



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC**  
**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA – UNIFOR**  
**DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA - ASSOCIAÇÃO AMPLA**

**O DRAMA DO MÉDICO NO ENCONTRO COM O PACIENTE  
NOS CENÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO E  
PRIVADO**

**KARINE BESSA PORTO PINHEIRO VASQUES**

Fortaleza  
2016

KARINE BESSA PORTO PINHEIRO VASQUES

**O DRAMA DO MÉDICO NO ENCONTRO COM O PACIENTE  
NOS CENÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO E  
PRIVADO**

Tese apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde  
Coletiva – Associação Ampla  
UECE/UFC/UNIFOR como  
requisito parcial para obtenção  
do Título de Doutor.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes

Fortaleza  
2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

V1d VASQUES, KARINE BESSA PORTO PINHEIRO.  
O DRAMA DO MÉDICO NO ENCONTRO COM O PACIENTE NOS CENÁRIOS DOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO / KARINE BESSA PORTO PINHEIRO VASQUES. – 2016.  
153 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação  
em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Orientação: Prof. Dr. RICARDO JOSÉ SOARES PONTES.

1. Relação médico-paciente. 2. Interação. 3. Dramaturgia. 4. Cenários público e privado. I. Título.  
CDD 362.1

KARINE BESSA PORTO PINHEIRO VASQUES

**O DRAMA DO MÉDICO NO ENCONTRO COM O PACIENTE  
NOS CENÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO E  
PRIVADO**

Área de Concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde  
Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde  
Campo Temático: Avaliação de Serviços, Programas e Modelos Assistenciais em Saúde

FOLHA DE AVALIAÇÃO

**BANCA EXAMINADORA**



---

Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes  
Orientador - Universidade Federal do Ceará – UFC



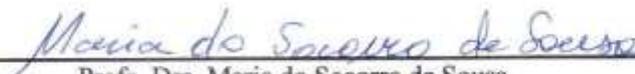
---

Prof. Dr. José Wellington Oliveira Lima  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof. Dr. Francisco Herlânio Costa Rodrigues  
Universidade Federal do Ceará – UFC



---

Profa. Dra. Maria do Socorro de Sousa  
Universidade Federal do Ceará- UFC



---

Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva  
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Aprovada em 29 / 02 / 2016

Ao meu marido Paulo e aos nossos filhos Luis, Isa e Duda, por todo amor e compreensão ao longo desta árdua caminhada de luta e ausência. Aos meus pais Sheridan e Luiz Porto pela presença constante e apoio incondicional.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que me ouviu nos momentos mais difíceis e desesperadores, me confortou, me acalmou e me deu forças para finalizar esta tese, a ele toda a honra e toda a glória.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ricardo José Soares Pontes pela enorme contribuição na minha formação e imersão no campo da Saúde Coletiva.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR e aos seus respectivos coordenadores.

Aos Professores do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR

Aos colaboradores administrativos do Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR, em especial Zenaide e Mairla.

Ao meu marido Paulo, meu amor, meu amigo e companheiro de todas as horas, foi um grande desafio, nós dois enfrentando doutorados simultaneamente, mas cá estamos mais fortes e mais unidos. Para você todo o meu amor sempre.

Aos nossos filhos Luis, Isa e Duda. Luis o amor incondicional, me ensina a enxergar o mundo fora da caixa, ‘a gentileza’. Isa minha guerreira cheia de sensibilidade, somos tão parecidas, “a obstinação”. Duda minha doce fortaleza, ‘o otimismo’.

Aos meus pais Sheridan e Luiz Porto, meus pés no chão e minhas asas, respectivamente. Não seria possível sem vocês, amores meus obrigada por compreender minha ausência.

Aos meus Irmãos Dedé e Kiko, minha conexão com o passado, o presente e o futuro, tão diferentes e tão meus.

Ao meu cunhado e as minhas cunhadas verdadeiros presentes de Deus.

Aos meus sobrinhos que me dão o prazer de cumprir a doce missão de ser TIA.

Aos meus Sogros Coronel Vasques e Dona Maria, estarei sempre em dívida com vocês.

A minha Celinha, minha afilhada, amiga, filha, irmã, confidente...

Aos meus amigos, Deus foi absolutamente generoso neste quesito, tenho muitos e maravilhosos amigos.

Aos anjos enviados por Deus, cada um de vocês foi absolutamente imprescindível para a conclusão desta tese.

O SENHOR é meu pastor e nada me faltará. (Salmo 23)

## RESUMO

Nas últimas décadas o Brasil tem sido palco de grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais. Nesse processo de democratização transcorre também a reforma do setor de saúde brasileiro, no qual se estabelece o serviço de saúde público e privado. Os serviços de saúde são hoje ofertados por indivíduos com profissões regulamentadas ou com treinamentos específicos e podem ser prestados em consultórios, domicílios, espaços públicos, clínicas, unidade de saúde e hospitais. O objetivo da pesquisa aponta para compreender a percepção de médicos, com atividades profissionais similares e simultâneas nos setores público e privado, acerca da interação entre médicos e pacientes no cenário de prática. Ancoram-se com o olhar sempre atento à dinâmica e peculiaridades dos serviços de saúde tendo como desdobramento os objetivos de identificar como se deu a composição do personagem médico para os entrevistados; desvelar a atuação do seu papel social; descrever os sentimentos dos médicos quanto a sua atuação profissional; analisar a percepção dos médicos acerca das plateias e dos cenários de atuação. O estudo de natureza qualitativa realizado à luz da concepção da representação teatral da dramaturgia de Goffman e do Interacionismo Simbólico. Nesta perspectiva cada um desempenha um papel, interagindo com os outros por comportamentos verbais e físicos, utilizando a aparência e o desempenho para convencer o outro de sua atuação. Quando o indivíduo está em contato com outro está representando e beneficiando-se de uma prática dramaturgicamente. Os 10 médicos participantes da pesquisa foram determinados de forma não probabilística e intencional, mas com exercício profissional, similar e simultâneo, em serviço público e privado e atender os paciente de forma direta e pessoal. O número de informantes foi definido pela saturação teórica dos dados, isto é, quando ocorreu durante a coleta das narrações e a análise, o aprofundamento conceitual das questões pesquisadas. A coleta das informações correu no período de novembro de 2015 a dezembro de 2015, por meio de entrevistas abertas e desenvolvimento de Desenhos. Durante as entrevistas foram solicitados a desenvolver um desenho que representasse a imagem que eles tinham a respeito da frase disparadora *“Porque no consultório elas são minhas clientes, elas pagam pra eu atender, né? E no Instituto de Prevenção do Câncer, elas são minhas pacientes, né?”*. Os dados foram organizados em temáticas as quais foram analisadas com base nas fundamentações teóricas. Os resultados mostraram que os 10 profissionais médicos atuavam em serviços públicos e privados, nas áreas de oncologia clínica, clínica, oncologia cirúrgica, radioterapia, mastologia, ginecologia e obstetrícia, com idades de 32 a 71 anos, prevaleceu o sexo masculino (07), todos com

titulação mínima de especialista/residência médica. A identificação dos codinomes foi decidida pelos participantes, o qual decidia qual personagem melhor o caracterizava. As temáticas abordaram sobre a construção e a atuação do personagem médico em situação e cenário distintos; construção social do personagem médico; a máscara na qual o profissional se esconde; sentimentos vivenciados pelo médico; formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática; a visão dos médicos acerca da atuação circunstancial dos pacientes nos cenários públicos e privado; cenário físico-estrutural e acesso a procedimentos materiais e medicamentos; clima organizacional e organização de processos; produtividade em relação ao tempo, a produção e a remuneração; o tempo de atendimento por pessoa; outros personagens em cena. Perceberam a entrevista com o uso do Desenho-disparador (um desdobramento do desenho-estória de Trinca, desenvolvido pela autora) como instrumento propulsor para a compreensão da relação com o paciente. As relações médico-paciente exigem atenção às peculiaridades do setor a qual está se efetivando, pois, as contribuições afloradas desta devem ser contínua e interdependente. Conclui-se que existem congruências e divergências na relação médico-paciente nos dois setores estudados. As semelhanças residem no trato dado aos próprios pacientes, não diferenciando o local em que estão sendo cuidados, enquanto as diferenças encontram-se direcionadas pelos cenários estruturais e organizacionais do setor público e privado, ainda assim permanecendo semelhanças propagação de valores morais e éticos.

Palavras-chaves: Relação médico-paciente; Interação; Dramaturgia; Cenários público e privado.

## ABSTRACT

In recent decades, Brazil has been the scene of major political, economic, demographic and social transformations. This democratization process also includes the reform of the Brazilian health sector, which establishes the public and private health services. Health services are now offered by individuals with regulated professions or specific training and can be provided in offices, homes, public spaces, clinics, health centers and hospitals. The aim of the present research is to understand the perception of doctors – who hold similar and concurrent professional activities in the public and private sectors – regarding the interaction between doctors and patients in the practice setting. We are anchored to the ever-watchful eye on the dynamics and peculiarities of health services in order to: identify how the medical character has been constructed from the respondents' point of view; unveil the performance of their social role; describe doctors' feelings regarding their professional practice; analyze the perception of doctors regarding the audiences and performance settings. This is a qualitative study conducted in the light of the conception of Goffman's theatrical representation of dramaturgy and Symbolic Interaction. In this perspective, each one plays a role and interacts with others through verbal and physical behaviors, using the appearance and performance to convince the other of one's own activities. When the individual is in contact with someone else, s/he is representing and benefiting from a dramaturgical practice. The 10 doctors who participated in the study were determined by intentional non-probability sampling; however, they should hold similar and concurrent professional activities in public and private services and provide care to patients in a direct and personal way. The number of respondents was defined by theoretical saturation of data, that is, when the conceptual understanding of research questions was deepened during the collection of stories and analysis. Data were collected from November 2015 to December 2015 through open interviews and the story-and-drawing procedure. During the interviews, the respondents were asked to draw the image they had about the trigger phrase *"Because in the office, they are my clients, they pay me to care for them, right? And at the Cancer Prevention Institute, they are my patients, right?"*. Data were organized in themes that were analyzed based on the theoretical background. The results showed that the 10 doctors worked in public and private services in the areas of clinical oncology, general clinical, surgical oncology, radiation therapy, mastology, gynecology and obstetrics; they were aged 32-71 years old and were mostly men (06). All of them held a least a specialization/medical residency degree. The identification of codenames was chosen by the

participants, who decided which character best described them. The themes addressed the construction and performance of the medical character in different situations and settings; the social construction of the medical character; the mask under which the professional is hidden; feelings experienced by the doctor; academic training for medical performance in different practice settings; the doctors' view of the circumstantial role of patients in public and private settings; physical and structural setting and access to materials and medicine procedures; organizational climate and organization of processes; productivity in relation to time, production and pay; the time available for each person; the influence of the presence of other characters in scenes on the performance of the actors. They recognized the interview using the Drawing-trigger (an unfolding of the Trinca drawing-story, developed by the author) procedure as an encouraging tool for understanding the relationship with the patient. The doctor-patient relationships require attention to the peculiarities of the sector in which it takes place, for the contributions resulting from it should be continuous and interdependent. It is concluded that there are consistencies and differences in the doctor-patient relationship in the two sectors studied. The similarities lie in the treatment given to the patients themselves, not differentiating the place where they are receiving care; and the differences are driven by structural and organizational settings of the public and private sector, but with remaining similarities in the diffusion of moral and ethical values.

**Keywords:** Doctor-patient relationship; Interaction; Dramaturgy; Public and private settings

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1- A Representação do Encontro de Serviço de Saúde, suas Regiões e Interfaces.	64
FIGURA 2- Distribuição dos bairros, por Secretarias Regionais de Fortaleza, CE.	69
FIGURA 3- Desenvolvimento da Análise	78
FIGURA 4- Mapa Conceitual	79
FIGURA 5- Retratação Do Núcleo de Sentido 1- Personagem de vida	85
FIGURA 6- Retratação Do Núcleo de Sentido 3- A formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática	92
FIGURA 7- Retratação Do Núcleo de Sentido 5 – A montagem física-circunstancial do personagem	97
FIGURA 8- Retratação Do Núcleo de Sentido 7- sentimento do personagem médico	102
FIGURA 9- Retratação Do Núcleo de Sentido 11- Outros personagens em cena	112
FIGURA 10- Desenho desenvolvido por “ <b>SCARLETT</b> ”	114
FIGURA 11- Desenho desenvolvido por “ <b>MEU PAI</b> ”	115
FIGURA 12- Desenho desenvolvido por “ <b>DOM QUIXOTE</b> ”	116
FIGURA 13- Desenho desenvolvido por “ <b>DR. HOUSE</b> ”	117
FIGURA 14- Desenho desenvolvido por “ <b>RAINHA ELSA</b> ”	118
FIGURA 15- Desenho desenvolvido por “ <b>ROBIN HOOD</b> ”	119
FIGURA 16- Desenho desenvolvido por “ <b>O ONCOLOGISTA</b> ”	120
FIGURA 17- Desenho desenvolvido por “ <b>PENÉLOPE CHARMOSA</b> ”	121
FIGURA 18- Desenho desenvolvido por “ <b>HIPÓCRATES</b> ”	122

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Características Básicas dos Serviços	45
QUADRO 2 - Considerações Dramatúrgicas dos Diferentes Tipos de Serviços	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABP	Aprendizagem Baseada em Problema
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	A Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ABRAMGE	Associação Brasileira de Medicina de Grupo
APS	Assistência Primária à Saúde
CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CNS	Conselho Nacional De Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRIO	Centro Integrado de Oncologia
ENEM	Encontro de Entidades Médicas
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
GEEON	Grupo de Educação e Estudos em Oncologia
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
IFCE	Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Ceará
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MEAC	Maternidade Escola Assis Chateaubriand – UFC
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NAMI	Núcleo de Atenção Médica Integrada – NAMI
NS	Núcleos de Sentidos
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
PACs	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPA	Plano de Pronta Ação
PROMED	Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina
PSF	Programa Saúde da Família
SNSP	Sistema Nacional de Seguros Privados
SUS	Sistema Único de Saúde
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1	AS MOTIVAÇÕES PARA DESENVOLVER ESTA TESE.....	17
1.2	O OBJETO E SUAS INTERFACES.....	20
1.2.1	Saúde: caminhos percorridos até o sistema único de saúde (sus) no brasil....	20
1.2.2	Contextualizando o tema da saúde em dois cenários: no público e no privado.....	25
1.3	MODO DE EXPOSIÇÃO.....	34
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>35</b>
<b>3</b>	<b>O OLHAR TEÓRICO: REVISITA A LITERATURA.....</b>	<b>36</b>
3.1	A FORMAÇÃO MÉDICA.....	36
3.2	SERVIÇOS E DRAMATURGIA: UMA VISÃO ORGANIZACIONAL....	43
3.3	A NATUREZA DA INTERAÇÃO SOCIAL, O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A REPRESENTAÇÃO DOS PAPÉIS SOCIAIS.....	49
3.4	O ENCONTRO DE SERVIÇOS ENTRE MÉDICO E PACIENTE SOB A LUZ DA DRAMATURGIA.....	56
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>66</b>
4.1	OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	66
4.2	CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	69
4.2.1	O cenário da pesquisa.....	69
4.2.2	Dimensões éticas da pesquisa.....	71
4.2.3	A busca das narrações, técnica e instrumentos de investigação.....	72
4.2.4	Plano de análise das informações.....	76
<b>5</b>	<b>DESCOBERTA E CONSTRUÇÃO DE TEMAS: RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>80</b>
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	80

5.2	ANÁLISE DAS TEMÁTICAS.....	80
6	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS E PONTOS DE REFLEXÃO.....</b>	123
7	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	131
	<b>APÊNDICES.....</b>	
	<b>ANEXO.....</b>	

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 AS MOTIVAÇÕES PARA DESENVOLVER A TESE

*Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida.*

SÓCRATES

A curiosidade de conhecer mais e melhor acerca da peculiar relação entre médicos e clientes foi aguçada por um fragmento de fala de uma informante-chave abordada em minha dissertação de mestrado. Na introdução daquele trabalho fora explicado que a decisão de nomear os pacientes como clientes estava amparada na percepção de que, naquele cenário (consultório médico particular), aquela era uma troca comercial, onde médico e cliente estavam claramente definidos como prestador e tomador de serviços e o serviço de saúde bem caracterizado como um produto intangível, que poderia ser comprado e vendido.

Nos séculos XVII a XIX, com o surgimento do experimentalismo e a busca por desvendar os complexos mecanismos de funcionalismo do corpo humano, a medicina das meras suposições entra em esgotamento. As questões são reformuladas, o ‘como’ dá espaço ao incomodo ‘por quê’ e o cliente toma, lentamente, o lugar do paciente, do latim, *patior* - aquele que sofre, mas não que é passivo. No entanto, mesmo perante a tanto desenvolvimento da época, em circuitos ‘pretensamente’ científicos considerar o paciente um sujeito, e não apenas um corpo físico com reações bioquímicas e elétricas, era fato havido como verdadeiro absurdo (ISMAEL, 2005).

No trabalho em foco o uso dos termos ‘cliente’ e ‘paciente’ foi considerado pelos médicos com abordagens distintas de acordo com o ‘cenário’ de atuação, como pode ser observado no fragmento de fala a seguir:

(...) porque no consultório elas são as minhas clientes, elas pagam pra eu atender, né? E no Instituto de prevenção do câncer, na perícia, elas são pacientes né? (...)  
(M4, F, MFF).

Esta informante era uma médica, a quarta entrevistada em um total de 6 (seis) previstas. Trabalhei com a díade médico-cliente. Cada médico indicou 2 (dois) de seus clientes com pelo menos 2(dois) anos de relacionamento profissional. Defrontei um dilema: continuar pelo caminho predefinido ou visitar todos os informantes e até mesmo selecionar

novos, pois ante aquela evidência inédita, os critérios para a seleção destes deveriam ser alterados: os entrevistados deveriam atuar tanto em cenários privado quanto público.

Contando um pouco da minha história... sou administradora e no início de 2005 fui aprovada em seleção de programa de Mestrado Acadêmico da Universidade Estadual do Ceará (UECE), com área de concentração em Pequenos e Médios Negócios. O projeto apresentado na seleção dizia respeito à fidelização de médicos às clínicas de imagem, com uma abordagem quantitativa e voltada absolutamente para o mercado. Naquele trabalho a amostra seria estratificada e utilizaria o modelo de equações estruturais de Paswan e Young (2002), que permite ao pesquisador testar um número maior de relações entre as variáveis. A intenção era verificar se a fidelização dos médicos a serviços de imagem poderia ser explicada pelos construtos propostos.

O estímulo da orientadora de mestrado e a leitura mais aprofundada sobre a pesquisa qualitativa, com destaque para o artigo intitulado *Commercial friendships: service provider-client relationships in context*, deflagraram uma mudança em minha visão de mundo de modo que passei a questionar a pesquisa quantitativa e os seus resultados de compreensão imediata, objetiva e absoluta da realidade. A estrutura inicial de minha dissertação classificava e interpretava a realidade por meio de equações que definiam percepções e avaliações objetivas previamente estabelecidas, tomava o mundo como óbvio e de significado unívoco. Esse modelo mantém as pessoas engajadas em visões de mundo e práticas sociais cujo sentido não se figura problemático e sim casuístico.

Esta transformação da maneira de olhar o mundo não foi romântica, tampouco poética, pois desconstruir e construir é sempre um caminho doloroso, se desapegar de algumas premissas que de tão suas parecem indissociáveis do seu existir e se apropriar de elementos tão estranhos, por vezes, parece um ato de corrupção pessoal, até entender que a própria história do pensamento ocidental traz de modo marcante uma luta entre os opostos na busca por uma verdade única e absoluta. Com um maior amadurecimento metodológico, entendi que as pesquisas qualitativas emergem não em contraposição, mas no intuito de preencher as lacunas verificadas nas investigações quantitativas, não existe, portanto, uma hierarquia entre as duas abordagens. Estas são linguagens complementares e não antagônicas.

Desliguei-me do grupo de pesquisa em métodos quantitativos e prossegui com leituras de aprofundamento em métodos qualitativos e teorias da Sociologia e da Psicologia Social.

Dentre tantos autores e diversidade de teorias, me encantei com a Sociologia Dramatúrgica, de Erving Goffman. Não havia nada de coincidência naquele ‘namoro’, nos anos de 1980, quando, ainda adolescente, me apaixonei pelo teatro e participei (clandestinamente, para a família) do elenco da Comédia Cearense, tendo a oportunidade de trabalhar com Haroldo e Hiramisa Serra. Fui obrigada a deixar os palcos quando tive meu rendimento escolar comprometido pelos longos ensaios, então, guardei esta paixão na caixa de pandora.

Concluí o mestrado início de 2007. Como mestra em Administração, atuei como professora em faculdades privadas e, posteriormente, fui aprovada em concurso público para o cargo de Professora Efetiva da disciplina Empreendedorismo, do Instituto Federal de Ciência e Tecnologia do Ceará (IFCE). Estas experiências profissionais me permitiram também notar diferenças e peculiaridades entre o ambiente privado e ambiência pública, principalmente no que tange às trocas sociais.

Sonho realizado: Professora universitária, era hora de pensar na realização do doutorado. Nesse momento, renasceu a ideia do fragmento de narrações oriundas da pesquisa da minha dissertação, que permanecia nos inquietando:

(...) porque no consultório elas são as minhas clientes, elas pagam pra eu atender, né? E no Instituto de prevenção do câncer, na perícia, elas são pacientes né? (...) (M4, F, MFF).

Logo após a posse como professora do IFCE, fui à busca de um programa de pós-graduação que me possibilitasse desenvolver este tema. Deparei-me com o programa do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC) que tem como Campo Temático "Avaliação de Serviços, Programas e Modelos Assistenciais em Saúde", Área de Concentração: Políticas, Gestão e Avaliação em Saúde e Linha de Pesquisa: Avaliação de Programas e Serviços de Saúde. Movida por estas inquietações, desenvolvi a pesquisa, que busca compreender as percepções e vivências dos médicos acerca dos encontros de serviço de saúde entre médicos e pacientes nos cenários público e privado.

Como parti de um lugar muito distante (Administração de Negócios Privados) achei por bem (na verdade, fundamental) conhecer a história e o cenário do campo tão novo que ali se apresentava. Esta imersão originou o texto apresentado a seguir.

## 1.2 O OBJETO E SUAS INTERFACES

### 1.2.1 Saúde: caminhos percorridos até o Sistema Único de Saúde (sus) no Brasil

*Qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem, pelos organismos e gêneros e no interior deles? A saúde como literatura, como escrita, consiste em inventar um povo que fala.*

DELEUZE

No Brasil, já no século XIX, a assistência de saúde à população pobre e indigente ficava à mercê da iniciativa filantrópica de figuras de importância econômica e social e de instituições, como as santas Casas de misericórdia (ligadas à Igreja Católica) (COSTA, 1985). O nascimento da saúde pública no Brasil ocorreu do fim da Monarquia e do início da República Velha, trazendo profundas mudanças nas práticas médico-sanitaristas da época. Oswaldo Cruz e Emílio Ribas tiveram papéis estratégicos para o desenvolvimento do campo da saúde, onde predominaram a hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores, a concentração da investigação em instituições estatais e a influência do modelo investigativo (MERHY, 1992).

Em 1923 surgiu a Previdência Social no Brasil (Lei Elói Chaves) com a criação das caixas de aposentadoria e pensões (CAPs) que tem como uma de suas atribuições a ‘assistência médica’. Sob a doutrina do seguro e com a orientação de economia de gastos, ocorre a organização dos institutos de aposentadoria e pensões (IAPs) (BRAGA; PAULA, 1981). A Previdência Social no Brasil, que objetivava a acumulação de recursos, tem na redução de ‘despesas’ um de seus principais pilares e a assistência à saúde passa então a assumir função secundária, sendo “prestada especialmente nos centros urbanos por médicos em prática privada, ficando a assistência hospitalar concentrada nas misericórdias, pertencentes as instituições religiosas ou filantrópica.” (ANDRADE, 2001).

Ainda o mesmo autor descreve o fato de nos anos de 1950 ocorreu um deslocamento significativo do ambiente rural para os centros urbanos, demandado pelo processo de industrialização acelerado então ocorrente no país. Configura-se, em meados dos anos 1960 o ‘modelo médico-assistencial privatista’ que se baseava na garantia de que o Estado era o seu grande financiador (por intermédio da Previdência Social), o setor privado o seu grande

prestador e o setor internacional o seu maior produtor de insumos. O modelo permanece dominante até os anos 1980.

Em 1966 os IAPs foram substituídos pelo INPS (Instituto Nacional da Previdência Social) que legalmente uniformizava os benefícios, ensejando um crescimento de demanda por serviços de saúde que não poderiam ser atendidos pela falta de capacidade de estrutura física e de pessoal. Duas medidas no campo da saúde se destacaram no ano de 1974: o Plano de Pronta Ação (PPA), que ampliava a contratação dos serviços privados, e a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), que financiava a construção de estruturas físicas em setores sociais. No ano seguinte, a Lei 6.229 definem as principais competências das distintas esferas de poder (ANDRADE, 2001).

A transição entre o regime autoritário e o sistema de governo democrático no Brasil resultou em novas realidades políticas com reações e rearticulações de forças sociais que delinearam projetos nacionais nas mais diversas áreas, sobretudo para o setor da saúde (NASCIMENTO, 2007). Os anos 1970 representaram a fase em que o campo da saúde coletiva inicia a sua estruturação formal. No campo acadêmico, é possível destacar a criação do primeiro curso de pós-graduação em Medicina Social, em 1974, no Rio de Janeiro (NUNES, 2009).

As políticas públicas brasileiras passaram por profundas mudanças decorrentes de acontecimentos sociais, políticos e econômicos. O setor da saúde, no que diz respeito, principalmente, as suas práticas sanitárias, vivencia uma reestruturação desde os anos 1970. Movimentos sociais de ordens diversas se organizam na busca por melhores condições de vida da sociedade. No setor Saúde, essa intensa fermentação ficou conhecida como Movimento da Reforma Sanitária, que criticava o modo de organização do sistema (médico-hospitalocêntrico) e os gastos excessivos que privilegiavam o setor privado (NASCIMENTO, 2007).

São inegáveis os avanços alcançados com o “Movimento da reforma sanitária”. Segundo Mendes (2007) a mobilização na área da saúde, iniciada clandestinamente à época da ditadura militar, se expandem e aferiu visão social no período da redemocratização, culminando com a criação do SUS na Constituição Federal de 1988. Consoante Arouca (1988), a proposta da Reforma Sanitária Brasileira representa, por um lado, a indignação contra as precárias condições de saúde, o descaso acumulado, a mercantilização do setor, a

incompetência e o atraso e, de outra parte, a possibilidade da existência de uma viabilidade técnica e uma possibilidade política de enfrentar o problema.

O Movimento da Reforma Sanitária aponta para a constituição de outro rumo na saúde, sendo assim um processo para cuidar dos cidadãos de forma democrática. A Saúde passa a ser entendida como um direito universal, sustentada por um sistema único de saúde sob a regulação do Estado. A Reforma Sanitária Brasileira, que confere a ela, por si própria, um potencial “revolucionário” de transformação da sociedade brasileira, se configurou como uma proposta abrangente de mudança social (NASCIMENTO, 2007).

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, promovida pelo Ministério da Saúde, é considerada um marco na história da conquista da democracia neste setor. Grande contribuição da VIII CNS foi a discussão acerca da ampliação do conceito de Saúde, que passou a ser entendido pela Carta Magna como:

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1988, p.3).

A VII Conferência Nacional da Saúde representou referência política e técnica que passou a nortear as estratégias futuras de intervenção na saúde. O relatório elaborado nesse encontro serviu de referência para a proposta de reestruturação do sistema de Saúde brasileiro, a qual passou a ser defendida na Constituinte (NASCIMENTO, 2007).

O SUS, consignado na Constituição de 1988, é regulamentado pelas Leis Orgânicas: Nº 8.080 que disciplina acerca da descentralização político-administrativa do SUS, das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e a lei Nº 8.142, que trata da participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências de recursos financeiros na área da saúde (SANTOS; ANDRADE, 2008; ANDRADE, 2001).

O SUS deve garantir acesso igualitário e universal às ações de promoção, prevenção e recuperação de Saúde. Para tanto, pauta-se pelos princípios básicos: universalização, descentralização, integridade e participação da comunidade.

É **Universal** porque deve atender a todos, sem distinções de acordo com suas necessidades. É **Descentralizado** - todas as ações e serviços que atendem a população de um município devem ser municipais; as que servem e alcançam vários

municípios devem ser estaduais e aquelas que são dirigidas a todo o território nacional devem ser federais. O SUS tem um gestor único em cada esfera de governo. É **Integral**, pois a saúde deve ser tratada como um todo. As ações de saúde devem ser voltadas, ao mesmo tempo para o indivíduo e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento. Deve promover a **Participação popular**, através do direito assegurado a todos os segmentos envolvidos no sistema-governos, prestadores de serviços, trabalhadores da saúde e principalmente os usuários dos serviços (SOCIEDADE PAULISTA DE MEDICINA, 2007, p.9): (Grifados).

O SUS adotou o modelo da hierarquização, em que os serviços de saúde são organizados por níveis de atenção que podem variar de acordo com as suas densidades tecnológicas. O nível básico ou primário é o de menor densidade tecnológica, o que não significa menor complexidade tecnológica. A Assistência Primária à Saúde (APS) pode ser definida como estratégia flexível, caracterizada por meio do primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um contínuum; sustentada com recursos humanos cientificamente qualificados e capacitados; a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores; organizada em coordenação com a comunidade e concatenada com os demais níveis da rede sanitária, para proteger, restaurar e reabilitar a saúde das pessoas, das famílias e da comunidade, em um procedimento conjunto de produção social de saúde - mediante um pacto social - que inclui os aspectos biopsicossociais e do meio ambiente; e que não discrimina nenhum grupo humano por sua condição econômica, sociocultural, de raça ou sexo (LAGO; CRUZ, 2001 p. 787)

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde incentivou a instituição de dois programas na área da atenção básica à saúde: o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACs) iniciado em 1991, e o Programa Saúde da Família (PSF), sendo concebido em 1994 como uma estratégia que concorre para a mudança do modelo assistencial hegemônico. Estes programas foram primeiramente adotados em cidades de pequeno porte da Região Nordeste e de Minas Gerais (MENDES, 2007).

O PSF surge como o pilar da atenção básica capaz de efetivar mudanças no modelo assistencial vigente. Em 2004, 10º Encontro de Entidades Médicas (ENEM), em Brasília, surge a discussão acerca do termo PROGRAMA de Saúde da Família visto que este aponta para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização então o PSF passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF) pois não prevê um tempo para finalizar esta reorganização.

A ESF foi concebida com o objetivo de

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção, em conformidade com os princípios de Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (...) a atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão do processo saúde/doença e a necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. (BRASIL, 1988, p.15).

O processo de trabalho no setor da saúde, desde sua institucionalização, era desenvolvido no ambiente hospitalar, onde o profissional médico desempenhava tanto funções intelectuais quanto manuais. Segundo Peduzzi (2001), no tocante à divisão do trabalho em Saúde, a prática dos médicos é fundadora da técnica científica moderna na área de saúde e, portanto, a base na qual outros trabalhos especializados se originam.

Os trabalhos que derivam e/ou complementam o labor do médico configuram um conjunto diversificado de áreas profissionais, necessárias à implantação das ações para viabilizar, eficaz e eficientemente, a atenção integral à saúde da coletividade. Em 29 de março de 1993, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução Nº 44, que extinguiu o termo “paramédico”, entendendo que esta expressão imprime um sentido de subalternidade. A Resolução determina que o vocábulo seja eliminado dos documentos oficiais e substituído pela dicção “Profissionais da Saúde” (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010). Um dos focos da mudança pretendida pela ESF é a transformação das práticas de saúde com origem no trabalho realizado pela equipe.

A Equipe de Saúde da Família é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais, formada, normalmente, por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de Enfermagem, um cirurgião-dentista e um auxiliar de consultório dentário. Esses profissionais devem atuar de forma integrada com os agentes comunitários de saúde, cujo número varia de acordo com o total de pessoas que se encontram sob a responsabilidade da equipe. Cada equipe é responsável pela cobertura de aproximadamente 3.450 indivíduos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2009).

### 1.2.2 Contextualizando o tema da saúde em dois cenários: no Público e no Privado

*No presente século, é impossível pensarmos a construção de uma sociedade do conhecimento sem levarmos em conta uma visão sistêmica e articulada.*

NEWTON LIMA NETO

Desafios e perspectivas da educação superior  
brasileira para a próxima década 2011-2020

As bases ideológicas do sistema de saúde privado vigente no Brasil foram instituídas em 1923, com a Lei Eloy Chaves, que estabeleceu a criação de Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das estradas de ferro. Esta caixa, embora ainda não constituísse plano de saúde, funcionava como um fundo gerido e financiado por patrões e empregados que, além de garantir aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes. Foi, contudo, apenas em 1944, que surgiu o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação, com a implantação pelo Banco do Brasil de sua Caixa de Aposentadoria e Pensão – Cassi (ANS, 2007). De modo geral, as caixas assistenciais criadas por empresas públicas e privadas destinadas ao financiamento de uma assistência médico-hospitalar adicional àquela organizada pelo Estado, nos anos de 1940 e 1950, converteram-se em um dos modelos de planos de saúde vigentes nos dias de hoje (BAHIA, 2001).

Outros modelos de planos de saúde comerciais, com clientela aberta, emergiram com origem em planos coletivos empresariais surgidos por meio da modalidade Medicina de Grupo no ABC paulista, nos anos 1950. Em especial depois do golpe militar de 1964, as mudanças operadas no contexto da Medicina Previdenciária promoveram um crescimento dos planos privados de saúde, culminando, em novembro de 1966, com a criação simultânea do INPS e do Sistema Nacional de Seguros Privados (SNSP) (ANS, 2007; OCKE-REIS, ANDREAZZI, 2006; BAHIA, 2001).

São, contudo, diversas as evidências históricas de que o modo de implementação dessa nova política previdenciária privilegiou a demanda por serviços privados. Não houve, por exemplo, expansão da rede pública, apesar da ampliação da cobertura a fim de englobar os trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada não assistidos pelos antigos institutos. Ademais, promoveu acentuada centralização financeira nas mãos do Governo Federal, dilatada com o aumento da contribuição previdenciária, além de impedir a

participação dos trabalhadores no processo decisório acerca da sua assistência médica (OCKE-REIS, ANDREAZZI, 2006).

Com efeito, a reforma administrativa implantada por meio do Decreto-lei 200, de 1967, consolidou no campo legislativo a contratação de empresas privadas na execução de programas e projetos sob a responsabilidade do Estado. Esse dispositivo legal estabeleceu a restituição, pelo INPS, às empresas, de um valor fixo mensal, por empregado, correspondente a 5% do maior salário-mínimo vigente, se reservando àquele o direito de fiscalizar os padrões de atendimento, ficando as empresas obrigadas a fornecerem atendimento integral aos funcionários (ANDREAZZI, 2003).

Em 1974, o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) criou o Plano de Pronta Ação (PPA), que previa a universalização do atendimento de emergência, abrindo outra nova fronteira de acumulação para os planos de saúde. Na mesma época, vigorava o financiamento direto a juros negativos para a construção de hospitais privados e aquisição de equipamentos, por meio do FAS, fato que beneficiou diretamente empresas de Medicina de Grupo. Com essa política em vigor, não demorou muito para, no início dos anos 1980, a Previdência começar a apresentar os primeiros sinais de recessão econômica e crise financeira (OCKE-REIS, ANDREAZZI, 2006).

Nos anos de 1960 e 1970, as medicinas de grupo - organizadas em torno de proprietários/acionistas de hospitais - e as cooperativas médicas nomeadas “Unimed” surgiram como alternativa heterodoxa, para preservar a prática nos consultórios médicos por via da constituição de cooperativas de trabalho. As Unimeds complementaram suas redes por intermédio do credenciamento de hospitais e laboratórios e as medicinas de grupo por meio da compra de consultas médicas realizadas pelos profissionais em seus consultórios (BAHIA, 2001)

As últimas quatro décadas, contudo, foram palco de grandes transformações políticas, econômicas, demográficas e sociais no Brasil, iniciadas com a recente redemocratização. Simultaneamente a esse processo transcorreu a reforma do setor de saúde brasileiro (PAIM et al, 2011).

Não apenas o Brasil vivenciou mudanças recentes na estruturação dos serviços de saúde. Essa discussão, que aufere novos contornos desde os anos de 1980 e 1990, atingiu diversos países, sendo transcontinental. Apesar das peculiaridades de cada sistema, o que há

em comum é que, na maior parte dos casos, há a predominância de sistemas de saúde mistos, que mesclam elementos da esfera pública e da iniciativa privada, tanto no âmbito da prestação de serviços, como no do financiamento destes. Observa-se, com efeito, o distanciamento dos três modelos clássicos, o sistema nacional de saúde exclusivamente estatal, financiado por tributos; o sistema pertencente ao seguro social, financiado exclusivamente por contribuições sobre folha de salário e o sistema de saúde liberal, baseado apenas nas forças de mercado (SANTOS, UGA, PORTO, 2008).

A reforma sanitária brasileira, entretanto, conta com a particularidade de ter sido conduzida não pelo Governo, mas sim por profissionais da saúde e pessoas de movimentos e organizações da sociedade civil, sendo contextualizada no período da redemocratização nacional, culminando com a idealização do SUS, com base nos princípios estabelecidos pela constituição de 1988, que consideram a saúde como um direito do cidadão e um dever do Estado (PAIM et al, 2011).

A implantação do SUS trouxe a expectativa de reversão dos problemas decorrentes da política prévia, considerando-se principalmente o acesso universal dos seus serviços. O SUS, porém, não fora capaz de atrair para o seu interior as famílias que compunham o núcleo dinâmico da economia, fenômeno conhecido grosso modo como universalização excludente (OCKE-REIS, ANDREAZZI, 2006).

Apesar das limitações e dos percalços em sua contínuo e complexa implantação, o SUS ampliou o acesso à atenção básica e ao atendimento de emergência, favoreceu o alcance de uma cobertura universal de vacinação e de assistência pré-natal e investiu intensamente na expansão dos recursos humanos e de tecnologia, incluindo grandes esforços para fabricar os produtos farmacêuticos mais essenciais ao País (NORONHA, SANTOS, PEREIRA, 2011; ALMEIDA, 1995; LUZ, 1991).

A idealização e estabelecimento do SUS, entretanto, transcorreram em um contexto que já contava com um setor privado robusto e abrangente, que incluía os campos da prestação de serviços, com um parque hospitalar predominantemente privado, dos seguros de saúde, por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde (ANS, 2007, ALMEIDA et al, 2010). Além disso, a Constituição de 1988 foi proclamada numa época de instabilidade econômica, na qual houve uma retração dos movimentos sociais e o fortalecimento de uma ideologia neoliberal (MENDES, MARQUES, 2009). Estruturada nesse

contexto a Reforma Sanitária ocorreu simultaneamente à reorganização das empresas de saúde, com vistas em atender às demandas dos novos clientes, recebendo subsídios do Governo e consolidando os investimentos no setor privado (MENDES, MARQUES, 2009; PAIM, 2011).

Deste modo, a política de saúde no País seguiu, desde os anos 1980, uma trajetória paradoxal: de um lado, a concepção universalizante, de outro, obedecendo às tendências estruturais organizadas pelo projeto neoliberal; concretizaram-se práticas caracterizadas pela exclusão social e redução de verbas públicas. Em função dos baixos investimentos em saúde e consequente queda da qualidade dos serviços, ocorreu progressiva migração dos setores médios para os planos e seguros privados (MALTA, 2001). Esse processo de expansão acentuou a organização de sub-redes e atingiu o ápice da fragmentação, quando um mesmo hospital, além de estar conveniado com o SUS e com numerosas empresas de assistência suplementar tornou-se ainda empresa de plano de saúde. Esse crescimento das opções particulares, corporativas e meritocráticas desafia a formação de um sistema de proteção social universal e redistributivo, embora evidencie perspectivas para a regulação de uma segmentação já consolidada (PAIM et al, 2011; BAHIA, 2001).

No início dos anos 80, a quantidade de clientes de planos de saúde, registrada pela Associação Brasileira de Medicina de Grupo (ABRAMGE) e pela Federação das Unimed do Brasil (cerca 15 milhões) era bastante considerável, sinalizando a persistência e a consolidação das empresas de planos de saúde. Foi, contudo, na esteira do Plano Real que os planos individuais passaram a ganhar mais força. A perspectiva do aumento do poder de compra de um expressivo contingente populacional e a informalização do mercado de trabalho estimularam a comercialização de planos individuais por hospitais filantrópicos e empresas médicas regionalizadas. Tais planos passaram a permitir o acesso a um grupo bastante restrito de serviços ou a único estabelecimento hospitalar, geralmente localizados em periferias das grandes cidades ou em municípios de médio e pequeno porte, além de obedecerem, via de regra, normas claramente associadas a uma hierarquização das demandas segundo *status* socioeconômico, com planos que diferem quanto à possibilidade de escolha do médico e acesso/tipo de acomodações em hospitais, sendo ofertados pelo mesmo grupo (BAHIA, 2001).

O sistema de saúde brasileiro se estruturou, portanto, sobre uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços, que passaram a competir entre si, ensejando uma

combinação público-privada financiada, sobretudo, com recursos privados (PAIM et al, 2011). O atual sistema é formado por um misto público e privado, sendo composto por três subsetores: 1) o público, com serviços financiados e prestados pelo Estado, nos seus diversos níveis, incluindo-se os serviços próprios das forças armadas; 2) o privado (lucrativo e não-lucrativo), financiado por sistemas de reembolso, que podem ser recursos públicos e privados e 3) o de seguros privados, financiados diretamente pelo consumidor ou pelas empresas empregadoras (em geral de forma parcial), com distintos níveis de preços e subsídios (TRAVASSOS, et al, 2000). Os componentes público e privado do sistema são distintos, mas estão interconectados, e as pessoas podem utilizar os serviços dos três subsetores, dependendo da facilidade de acesso ou de sua capacidade de pagamento (PAIM, et al, 2011).

O marco conceitual, desenvolvido pela Organização de Cooperação para o Desenvolvimento Econômico, em 2004, classifica o modo de relação entre os sistemas, definindo a maneira como se insere o seguro privado no sistema de saúde, podendo ser complementar, substitutivo, complementar ou primário (OECD, 2004).

No Sistema de Saúde Suplementar, cabe ao seguro privado comercializar planos de saúde cujos serviços ofertados já são cobertos pelo sistema público, seja ele de cunho universal ou proporcionado por seguro social de adesão compulsória. Verifica-se, portanto, nessa modalidade, uma cobertura duplicada de serviços de saúde, o que não impede, contudo, a oferta de alguns elementos adicionais pelo seguro privado suplementar, tais como diferenciação na hotelaria, livre escolha de prestador e/ou acesso mais ágil do que no sistema estatutário. Ele também pode, eventualmente, prover alguns serviços não cobertos pelo sistema estatutário, não considerados como fundamentais para a saúde – por exemplo, cirurgia estética (THOMPSON, MOSSIALOS, 2006; MOSSIALOS, THOMPSON, 2004).

O seguro privado pode, ainda, atuar como substitutivo, nos casos em que a pessoa pode optar pelo sistema público ou pelo seguro privado, em caráter de exclusividade, ou como complementar ao sistema estatutário, quando as pessoas o adquirem para complementar o acesso a serviços não cobertos pelo sistema estatutário, ou o são apenas parcialmente. O seguro privado atua como sistema primário, quando ele é o elemento preponderante do sistema de saúde, como no caso dos Estados Unidos da América (SANTOS, UGA, PORTO, 2008).

Com base na tipologia da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OECD), a definição de suplementar confirma, portanto, o carácter incremental do seguro em relação ao sistema nacional de saúde brasileiro constituído pelo SUS, cujo acesso é universal e integral. Em uma vez consagrado, porém, que o segmento de planos e seguros de saúde oferece serviços paralelos aos do SUS – diferenciados apenas em termos de hotelaria e, no que tange ao acesso, da maior facilidade para agendar o atendimento, da maior possibilidade de escolher medicamentos não genéricos –, verifica-se que, além da função de suplementar aos serviços do SUS, o segmento de seguros privados também é duplicado quanto à cobertura de serviços de saúde (SANTOS, UGA, PORTO, 2008; PAIM et al, 2011).

Esse modelo, contudo, resulta em graves problemas, no que diz respeito tanto a desigualdades no acesso a serviços de saúde, quanto à manutenção de elevados patamares de gastos públicos, já que, nesses casos, não há redução do gasto público que não é inferior em relação aos países dos quais o seguro privado está ausente (COLOMBO, TAPAY, 2004). Observa-se que, os detentores de esquemas privados de seguros de saúde continuam efetivamente utilizando serviços públicos, de modo que o seguro privado tem frequentemente adiciona gasto à despesa total em saúde em vez de substituir o financiamento público (SANTOS, UGA, PORTO, 2008). Além disso, esse segmento econômico recebe subsídios referentes à dedução dos gastos em seguros de saúde no imposto de renda devido (THOMPSON, MOSSIALOS, 2006; MOSSIALOS, THOMPSON, 2004; COLOMBO, TAPAY, 2004).

Quanto aos serviços ofertados pelas empresas de asseguramento, também estes constituem fatores segregadores, uma vez que a hierarquização das demandas depende do tipo de plano, cuja diferença estrutura-se no valor pago pelo usuário à empresa de asseguramento, refletindo-se em distintos tetos de reembolso de consultas médicas. Os honorários médicos correspondentes à internação de um paciente de um plano mais caro, por exemplo, podem ser seis a oito vezes maiores do que o previsto para o de um plano básico os valores médios das internações hospitalares seguem a mesma lógica (BAHIA, 2001).

Desse modo, as políticas de saúde no Brasil, historicamente, estimulam o setor privado e promovem a privatização da atenção à saúde, seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, ou pela remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, ou, ainda, mediante incentivos às empresas de planos e seguros de saúde (PAIM et al, 2011; BAHIA, 2001; MALTA, 2001). Para Ismael (2005), a Medicina é

uma prática moral baseada num contrato de confiança, atualmente este contrato está ameaçado, em grande parte, pelas empresas de saúde que, somente interessadas no lucro, pressionam médicos, transformando-os em agentes comerciais.

Esse subsistema privado de saúde se imbrica com o setor público, passando a oferecer não apenas serviços hospitalares e ambulatoriais pagos por desembolso direto ou medicamentos e planos e seguros de saúde privados, mas também serviços terceirizados pelo SUS; ou seja, parte da oferta do serviço privado é financiada pelo SUS, onerando os cofres públicos (BAHIA, 2001).

Os serviços pagos por desembolso direto perderam espaço, com o aumento da demanda por planos e seguros de saúde privados, especialmente por trabalhadores de empresas, sejam públicas ou privadas, que passam a oferecer tais benefícios aos seus funcionários. Em 1998, 24,5% da população brasileira possuíam um seguro de saúde – dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa proporção cresceu para 26% em 2008 e, em 2009, ensejou rendimentos de R\$ 63 bilhões (PAIM, 2011; NORONHA, SANTOS, PEREIRA, 2011)

Em 2000, a fim de garantir a regulamentação legal e administrativa do mercado de seguros privados de saúde, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. A Lei 9.656/98 tornou ilegal a negação de cobertura por parte dos planos de saúde privados a pacientes com doenças e lesões preexistentes e vedou a limitação do uso de serviços ou procedimentos de saúde específicos (ANS, 2007).

Essa medida protetiva, todavia, não foi capaz de sanar todos os problemas ensejados pelo modelo de relação entre os sistemas público e privado. Observa-se, com a atual política à gestão da saúde, uma expansão contínua do subsetor privado, que é em grande parte subsidiada pelo Estado (seja pela terceirização de serviços, seja pela dedução de impostos), enquanto o subsetor público se torna subfinanciado, o que potencialmente compromete sua capacidade de assegurar a qualidade do cuidado e o acesso da população aos serviços (NORONHA, SANTOS, PEREIRA, 2011).

Em razão do exposto, evidencia-se o fato de que as peculiaridades que regem historicamente a inserção do setor de planos e seguros privados de saúde no Brasil oferecem cobertura suplementar e duplicada, sendo promotoras de desigualdades na oferta e na utilização de serviços, dando ensejar uma relação verticalizada e hierárquica. Na medida em

que o segmento complementar disponibiliza serviços hospitalares e equipamentos de alta complexidade superiores à do SUS, os usuários de planos privados se postam em lugar superior aos usuários exclusivos do sistema público. Porém uma relação hierárquica também entre os usuários dos planos privados, na qual o valor pago se relaciona diretamente com a qualidade do serviço ofertado.

Diferentemente ocorre na rede privada, no sistema público, o usuário, em geral, é atendido pelo médico disponível no serviço, não possui a livre escolha pelo profissional. Esta limitação pode deixar o paciente insatisfeito e este pode decidir por não aderir ao serviço ofertado, o que prejudicará a evolução de seu tratamento, bem como o andamento das ações pré-estabelecidas pelo sistema de saúde, derivando em resultados não satisfatórios individuais e coletivos.

A prática de prestação de serviços de saúde está imersa num emaranhado conjunto de princípios éticos e sociais, que dificulta a definição cartesiana do consumidor e do prestador de serviços. Encontros de serviços representam o período durante o qual o consumidor interage diretamente com o prestador de serviço (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). O serviço de saúde é um exemplo de interação em que o produto entregue é o próprio desempenho, e é no ‘encontro de serviço’ que se pode observar a qualidade deste desempenho (HOFFMAN; BATESON, 2003).

A motivação deflagrada para a escrita desta tese, fragmento de falas identificado em nossa dissertação de mestrado, permite perceber a revelação voluntária de aspectos conexos à Metáfora Dramatúrgica, ficando evidente a influência do tipo de plateia e do cenário (privado e público) na definição e desempenho dos papéis que podem emergir em uma interação.

A Teoria dos Papéis baseada na Metáfora da Dramaturgia, estuda um conjunto de ‘deixas’ sociais, que guia e dirige o comportamento social em determinado cenário (GOFFMAN, 2009). O tomador de serviços e os pacientes exercem papéis ativos no drama, posto que, em qualquer dramaturgia, o desenvolvimento e a manutenção das interações sociais dependem tanto da representação dos atores, quanto da reação da audiência, bem como do cenário (SOLOMON et al., 1985). As conclusões de Solomon et al. (1985) mostram que, para ambos, provedor e consumidor, o sucesso da atuação, mesmo no mais básico cenário de serviço, envolve o domínio de uma ampla cadeia de comportamentos. A satisfação com o

encontro de serviço parece emergir em função da congruência entre o comportamento percebido e a expectativa de comportamento dos atores.

A Constituição Federal assegura, pela Lei nº 8.142/90, a Participação Comunitária, essa diretriz constitucional traduz o anseio dos atores sociais por uma democracia participativa, em que os cidadãos influem de maneira decisiva na definição e na execução da política de saúde. Desvelar e estudar os papéis que podem emergir desta interação de serviço de saúde parece ser um caminho coerente na busca por uma atuação satisfatória dos atores sociais envolvidos.

De acordo com Zeithaml e Bitner (2014), os tomadores de serviço possuem expectativas globais acerca de seus relacionamentos com os provedores de serviços e vice-versa; guardam, também, expectativas quanto aos contatos físicos individuais. Como é possível observar, o cenário da saúde configura-se de forma complexa num terreno fértil para investigações, onde podem ser feitas diversas pontes, interlocuções e sistematizações para discutir as interações na Saúde nos ambientes público e privado. Lopes e Jorge (2005, p.108) acreditam na “fundamentação da Teoria do Interacionismo Simbólico como ponto reflexivo e possibilidade para o cuidado interativo em saúde”.

Apesar da crença pessoal na inegável importância da coletividade (constante nas equipes da ESF) para a entrega de um serviço de saúde efetivo, para fins deste trabalho, escolhemos abordar somente o médico, por entender que boa parte destes profissionais de saúde desempenham atividades similares tanto no ambiente público quanto no privado, simultaneamente, e realizam acompanhamento profissional de longo prazo com seus pacientes em ambos os cenários de práticas profissionais.

Acreditando que o comportamento humano é um drama, e que os serviços são desempenhados, pois não podem ser estocados, este trabalho propõe a metáfora teatral como a luz que se joga sobre os encontros de serviços de saúde. Em razão destas reflexões, é expressa a seguinte pergunta de pesquisa: “como o médico compreende a interação médico-paciente nos cenários público e privado?” E se defende o pressuposto de que “o médico, sendo este um único ator e tendo participado de uma só formação profissional, quando em distintos cenários e frente variadas plateias, representam atuações e personagens distintos.

### 1.3 MODO DE EXPOSIÇÃO

A tese está disposta da seguinte forma: Introdução, Método, Resultados e Discussões e Considerações finais e pontos de reflexão.

Na Introdução, são mostradas as motivações e a aproximação da autora com o tema, os caminhos percorridos da saúde do Brasil culminando com a criação do SUS e a contextualização dos cenários público e privado da saúde em nosso país. Nestes estão descritos os principais conceitos e temas necessários à compreensão da pesquisa, são apresentadas reflexões da literatura, além de justificativa, pressupostos, questões norteadoras e objetivos da pesquisa. No método se destaca e fundamenta a opção teórico-metodológica norteadora da discussão e são apresentados os caminhos metodológico percorridos, destacando aspectos quanto ao cenário da pesquisa, as dimensões éticas desta, debatendo-se sobre a busca das narrações quanto ao trajeto, técnica e instrumentos utilizados. Ao final é expresso o plano de análise das informações.

No capítulo Resultados e discussões estão expostos os resultados com base na etapa exploratória, quanto às temáticas e núcleos de sentidos construídos no decorrer da análise das narrações dos sujeitos, e as discussões embasadas pelos referenciais teóricos. Nas Considerações Finais e pontos de reflexão são abordadas questões gerais decorrentes dos vários momentos da pesquisa, as considerações e reflexões extraídas dos resultados em relação com os referenciais teórico-metodológicos, destacando a especificidade do campo de estudo e as sugestões para trabalhos posteriores.

## 2. OBJETIVOS

*O objetivo percebido é (...) o que vemos e sentimos e que, na maioria das vezes, se apresenta como “real”, natural e transparente. Em pesquisa social sabemos o quanto estas percepções sofrem influências das nossas visões de mundo*

*DESLANDES, 2011*

O objetivo geral da pesquisa aponta para compreender a percepção de médicos, com atividades profissionais similares e simultâneas nos setores público e privado, acerca da interação de médicos com pacientes nestes cenários de prática. Ancoram-se com o olhar sempre atento a dinâmica e peculiaridades dos cenários público e privado, tendo como desdobramento os objetivos específicos: identificar como se deu a composição do personagem médico para os entrevistados; desvelar a atuação do seu papel social; descrever os sentimentos dos médicos quanto a sua atuação profissional; analisar a percepção dos médicos a respeito das plateias e dos cenários de atuação

### 3. O OLHAR TEÓRICO: REVISITA A LITERATURA

#### 3.1 FORMAÇÃO MÉDICA

*Não se pode considerar bem-sucedido um tipo de educação que desencadeie um novo tipo de pensar, mas não de agir.*

WERNECK, 1982

##### O surgimento da Medicina

A evolução histórica da Medicina perpassa as fases instintiva, empírica, religiosa e mágica, chegando à Medicina Científica. No período instintivo o comportamento humano era comparado ao de um animal, quando no intuito de se curar, este lambia os ferimentos. A medicina empírica buscava a resolução dos problemas de saúde, porém não havia a investigação dos fatores do que havia originado tal moléstia. No período religioso, a doença era atribuída aos deuses. A mágica fazia referência ao que anteriormente estava nas divindades, agora é transferida para os demônios e espíritos maléficos, passando, então, o poder de cura aos magos ou feiticeiros (SOUSA, 1996).

Percebe-se desta forma que a história da Medicina é marcada pela ideia da brevidade do ser humano, vindo desde os tempos pré-homéricos, quando as doenças eram entendidas como castigo dos deuses e a forma de atenuar os sofrimentos ocorria por intermédio das práticas de magias (PESSOTI, 1996). Por volta do século VIII a.C., a Medicina passa a ser realizada por sacerdotes ou magos, cuja a escolha decorre do fato deles estarem mais próximos das divindades (BULFINCH, 1999).

Na segunda metade do século V a.C., este modelo médico sacerdotal foi substituído por Hipócrates (460-370 a.C.). Considerado o Pai da Medicina Ocidental, foi ele quem tirou a Medicina do terreno da magia e das superstições religiosas, transformando-a em ciência, baseado na sua interpretação natural (ISMAEL, 2005). Na cidade de Cós, Hipócrates externou seus ensinamentos sob a forma de aforismos que cruzaram as fronteiras do tempo (REALE; ANTISERI, 1990).

“O juramento de Hipócrates”, escrito há 25 séculos (ISMAEL, 2005), é a expressão de um compromisso moral e evoca divindades como Apolo, Asclépius, Panaceia e Higéia, as duas últimas consideradas criadoras das artes médicas. Panaceia representa o poder curativo

das ervas e outras substâncias encontradas na natureza. Na via de Panaceia, a concepção filosófica indica a separação homem-natureza. Higéia expressa a saúde sustentada na força vital e na potência da vida, intrínsecas à natureza e ocorrente em todos os seres. A ação de Higéia orienta-se por uma reflexão filosófica, aplicada à Medicina, apostando na combinação de forças que enseja a noção de inseparabilidade entre homem e natureza (CALERI, 2009).

Higéia era adorada pelos que acreditavam na saúde como resultante da harmonia entre as pessoas e o ambiente, nas ações preventivas e na manutenção do equilíbrio entre os elementos fundamentais (ALMEIDA FILHO, 2003). A concepção da Medicina na visão de Hipócrates traz uma prática naturalista. Pessoti (1996, p.442), externa que “O médico é, antes de tudo, um homem aperfeiçoado pela ética e pelo saber a respeito da natureza humana. Ele é, necessariamente, um humanista”.

Com o passar do tempo, em meio às lutas entre as linhas de força que se expressavam, as irmãs tomam caminhos distintos. É possível inferir que aí foram inauguradas as visões de transcendência e imanência nas Artes Médicas. Apesar da clara afinidade entre a tradição higéica e os textos acerca das epidemias e da distribuição das enfermidades nos ambientes de Hipócrates, os herdeiros deste trataram de reprimir o espírito da primazia do coletivo estabelecendo, na Ilha de Cós, a busca pelo individualismo (CALERI, 2009).

A concepção humanística inserida na formação médica, defendida por Galeno e Hipócrates, passa a ser substituída em meados do século XVII, quando Descartes separa a prática curativa da Filosofia, ou seja, o homem que julga, pensa e se emociona não se insere no saber médico. Desta forma, tal prática passa a ser extrínseca, em que o médico passa a agir em busca da cura da doença e não precisa ser um humanista (PESSOTI, 1996). Esta mudança sustenta a prática atual, em que o curso de Medicina é procurado cada vez mais pela expertise de seus agentes, decorrendo apenas do saber científico.

A Medicina científica surge na Grécia antiga, tendo origem comum a Filosofia. Nesta fase buscavam-se explicações lógicas para os fenômenos da natureza, o pensamento era o meio para elucidar tais achados (SOUSA, 1996). Segundo Sousa (1996, p.24), tal medicina conceitua-se como a “que procura, baseada na observação e na experiência, encontrar uma explicação natural da doença, dos meios de reconhecê-la e tratar, ou de evitá-la, de esclarecer as suas causas e compreender as suas manifestações”.

Com o surgimento da clínica, a Medicina e sua forma de organização no Ocidente

tratavam seus doentes utilizando técnicas de supressão. A ilha de Lemno, local onde Filoctetes foi deixado para morrer após ser picado por uma cobra quando os chefes gregos faziam a viagem à Troia, foi utilizada por Leader como metáfora do que ele chama de ‘tríplice exílio do mundo do doente’: o exílio do cosmo, do corpo e do mundo social. (ISMAEL, 2005, p. 12). Os modelos de atendimento instituídos no século XVII pautavam-se pela lepra, cuja cura tinha como princípio geral o exílio e a expulsão dos doentes dos lugares de circulação pública.

Em uma espécie de higienização da sociedade, os doentes da época eram submetidos a um tratamento pautado pela exclusão (FOUCAULT, 2015). O autor acrescenta que nesse mesmo período os hospitais eram tidos como locais destinados a “depósito” dos menos afortunados, para que tivessem assistência religiosa e material até que seu fim chegasse. Nesse sentido, “Dizia-se correntemente, nessa época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer.” (FOUCAULT, 2015, p.175).

Posteriormente, no final do século XVIII e início do XIX, o hospital passou a ser considerado local para elaboração do saber médico, um expediente tecnológico destinado à organização desse conhecimento a serviço dos médicos, profissionais responsáveis pela prática da clínica. Desde essa ocasião se reorganizou a assistência ao doente, antes realizada por leigos e religiosos como forma de salvação, que passou a ser prestada por médicos, constituindo assim um saber empírico (FOUCAULT, 2015). Com efeito, o hospital, “além de um lugar de cura, é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital” (FOUCAULT, 2015 p. 188).

## Medicina no Brasil

A história da Medicina no Brasil é marcada pela colonização portuguesa, praticada inicialmente pelos religiosos e médicos formados em instituições europeias. Os médicos que atuavam no país tinham sua formação realizada nas faculdades de Salamanca e Valladolid. Somente no século XV o ensino médico foi disponibilizado aos leigos e judeus (SANTOS FILHO, 1991).

A instauração de escolas de ensino superior no Brasil foi protelada pelo governo de Portugal nos primeiros 300 anos da colonização, porém com o aumento da população devido da vinda da corte de Portugal com cerca de 10.000 integrantes, em 1808 Dom João VI, como forma de satisfazer a elite, criou algumas instituições, dentre as quais as Escolas de Medicina

de Salvador e do Rio de Janeiro (KAUFFMANN; HELITO, 2007).

Desta forma, o surgimento dos cursos de Medicina no Brasil data de 1808, mediante de um decreto do príncipe regente D. João VI nas cidades de Salvador e Rio de Janeiro. Neste período ocorrem um rompimento de Brasil com Portugal, tornando então o País um Reino. Nesta trajetória percebe-se a saída de boticários e físicos dando espaço para os novos médicos formados da escola nacional (SANTOS FILHO, 1991).

Os cursos de Medicina só foram denominados escolas em 1832, tendo as aulas teóricas administradas na faculdade e as práticas na Santa Casa de Misericórdia. A partir da entrada dos graduandos nestes nosocômios, a gestão dos mesmos passa a ser das faculdades (KAUFFMANN; HELITO, 2007). Segundo Santo Filho (1991, p.277)

O ensino de toda ciência médica processou-se, desde a instalação da universidade e até 1493, como se disse, através de uma só cadeira. Daí para frente e até 1540, dois foram os professores, os “lentes”, assim chamados porque “liam” os textos. Um, de “prima”, da cadeira maior, ou a mais importante, proferida nas primeiras horas da manhã, e a quem ensinava a obra de Galeno. O outro, de “véspera”, porque lecionava á tarde, incumbido dos livros de Hipócrates (...).

O mesmo autor complementa exprimindo que somente após a aprovação em gramática e lógica, o aluno poderia se matricular no curso de Medicina. Após três anos de estudo se tornava Bacharel em Artes e em Medicina. Acrescentando mais um ano de estudo, obteria o grau de licenciado e somente com cinco anos após defesas de “conclusões magnas” é que receberia o título de doutor (SANTOS FILHO, 1991).

Do século XX em diante o número de médicos aumentou e a terceira escola foi fundada em 1898 em Porto Alegre. Já em São Paulo, o curso veio somente após o Brasil se tornar república em 1912. O prédio de instalação do curso de medicina foi subsidiado com recursos da fundação Rockefeller (KAUFFMANN; HELITO, 2007).

#### Formação Acadêmica Contemporânea

Olhando para o histórico da educação dos profissionais no campo da saúde, observa-se que o modelo adotado reflete cursos médicos que enfatizam aspectos tradicionais do ensino “bancário”, que, na visão de Freire (2005) é um depósito de conhecimentos no qual o educando passa a ser um receptor passivo que deverá conhecer o mundo por meio de informações que lhe são passadas. O reforço da dicotomia “prático” e “teórico” e a fragmentação do processo de aprendizagem foram socialmente difundidos nas práticas dos trabalhadores, sendo que o desregramento da formação profissional em saúde sempre foi

indicativo a discrepância entre o vivido no campo prático e o conteúdo teórico disseminado nas salas de aula (ALMEIDA, 2005).

De acordo com os escritos de Alencar e Fleith (2006), a vivência universitária caracterizava-se basicamente pela produção de estudantes dependentes de notas e forçados a memorizar um grande volume de fatos num “ritmo alucinante”. O encorajamento ao pensamento reflexivo não era uma prática reforçada, e o professor era visto como único tradutor e fornecedor de conhecimento útil.

Com o intuito de reformular da matriz curricular, emerge a Resolução nº 3, de junho de 2014, que institui as Diretrizes Curriculares para a Formação em Medicina, em seu teor traz recomendações quanto a organização, desenvolvimento e avaliação para todas as instituições que ofertam o referido curso no âmbito nacional. (BRASIL, 2014). Tal documento prevê mudanças no modelo do ensino-aprendizagem, tirando o discente da posição de expectador, para situá-lo como sujeito ativo na elaboração do conhecimento. Conforme Landim *et al.* (2000 p.35)

A educação no seu sentido mais abrangente caracteriza-se por ser elucidativa na medida em que estimula o raciocínio e a construção do conhecimento compartilhado. É também constituinte indispensável da democratização do pensamento e participação social efetiva do sujeito como agente de transformação.

No que se refere à responsabilização compartilhada, o artigo nº 7 da Resolução supracitada exprime que “na Educação em Saúde, o graduando deverá corresponsabilizar-se pela própria formação inicial, continuada e em serviço, autonomia intelectual, responsabilidade social (...)” (BRASIL, 2014). Esta prática fomenta a mudança de um modelo centrado na doença, que fragmenta a pessoa, tido como Biomédico, para um modelo ampliado, que enxergue o todo e não os pedaços. Sendo assim cria-se um modelo Biopsicossocial, holístico.

Inspirado no arquétipo mecanicista, o modelo biomédico considera saúde como a ausência de doença no ser humano. O corpo é visto como uma máquina e se uma das peças ‘quebra’ se realiza sua reparação. A pessoa tem um papel passivo nesta perspectiva, e limita-se a procurar um técnico que imediatamente se responsabiliza pela sua “cura” por via de procedimentos ou medicamentos. Numa época em que havia um predomínio de mortes por causas infecciosas, este modelo certamente respondeu muito bem e a ciência encontrou soluções para muitas doenças agudas (TEIXEIRA, 2005)

O Relatório Flexner (1910) se relaciona com o modelo biomédico, e até hoje influencia o ensino e a prática da medicina e de outras áreas da saúde. O padrão flexneriano privilegia, dentre outros aspectos questões como: o enfoque na doença, o conhecimento médico fragmentado em disciplinas, a vinculação das escolas médicas à universidade, o hospital como espaço de cura e de ensino, o foco na especialização e o mercado de trabalho direcionado principalmente ao consultório. À luz desse modelo, a pessoa é reduzida a um organismo biológico, produzindo-se uma visão fragmentada e distanciada do ser humano de forma integral (DOLORES; MIRANDA; BRASIL, 2007).

George Engel (1977), no artigo intitulado “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, apresentou o modelo biopsicossocial que caracteriza a doença numa perspectiva multidimensional. Essa nova distinção redefine o papel profissional do médico por meio de da ampliação das fronteiras de sua responsabilidade. O modelo biopsicossocial denota uma perspectiva que dá importância não só aos aspectos biológicos da saúde humana, mas também a aspectos psicológicos e sociais.

Para contextualizar saúde e doença, bem como fundamentar as tomadas de decisão relativamente ao processo terapêutico, é preciso levar em conta o equilíbrio entre os diversos aspectos inerentes ao ser humano. Na concepção de Campos (2000):

Para que ocorra a transformação das práticas profissionais, a formação deve buscar a reflexão sobre as práticas produzidas pelos profissionais nos serviços de saúde, avaliando continuamente e problematizando os processos de trabalho, com foco nas necessidades de saúde do indivíduo e da população, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde. Desta forma, quando se atua por meio de ações reflexivas sobre o cotidiano dos sujeitos em ação, buscando compreender os processos de intervenção atrelados a determinados fins, está se tentando articular/discutir/negociar os interesses, desejos e vontades das pessoas com as necessidades sociais para um determinado fim.

Como forma de atender tais adequações, lançou-se mão da estratégia de Aprendizagem Baseada em Problema (ABP). Esta “técnica de ensino tem como base a teoria racionalista de conhecimento, segundo a qual o conhecimento dos fatos é primariamente um produto da nossa capacidade de pensamento e, portanto, de dedução” (TIBÉRIO; ATTA; LICHTENSTEIN, 2003 p.78).

Estudos inserem a ABP como meio com grande potencial para atender tais diretrizes na educação médica (GOMES; BRINO; AQUILANTE; AVÓ, 2009). Percebe-se um trabalho árduo, para que se possibilitar a reforma curricular, a qual ocorreu não só pela incorporação de novas disciplinas à matriz curricular, mas também com a implementação de novas técnicas

e material pedagógico (PONTES; REGO; SILVA JUNIOR, 2006).

Apesar dos esforços realizados para se obter uma formação menos tecnicista e mais humanística, percebe-se, no entanto, que ainda existem formadores que transmitem conteúdo da forma tradicional, uma vez que estes foram formados desta forma e se veem no paradigma de readaptar-se. Tal fato evidencia-se nos achados de uma pesquisa realizada com preceptores do curso de medicina de uma universidade federal situada na região nordeste que tinha como objetivo principal verificar a realidade deste curso. Constatou que a maior parte dos pesquisados referiram utilizar as metodologias tradicionais que remetem à aprendizagem direcionada à assimilação de conteúdo, ou seja, centrada no docente (BARRETO; MARCO, 2014).

A despeito do desalinhamento dos setores da saúde relativamente as da educação nos últimos tempos (um orientado por um movimento social democratizante, e o outro pelas diretrizes do Estado mínimo), as novas diretrizes curriculares nacionais para os cursos superiores da área da saúde apontam caminhos promissores para o enfrentamento do desafio em busca de um modelo ampliado de atenção à saúde. Essas novas diretrizes curriculares orientam para uma maior vinculação entre a formação acadêmica e as necessidades sociais de saúde (com ênfase nos princípios do SUS) e para um eixo de desenvolvimento curricular do processo saúde-doença que abranja todas as suas dimensões e manifestações relacionadas ao cidadão, à família, à comunidade bem com à realidade epidemiológica e social (ALMEIDA, 2005).

A Saúde Coletiva é um campo do saber e das práticas que busca a compreensão da saúde como fenômeno social, coletivo e determinado pelas condições e modos de vida dos diversos grupos da população. A Saúde Coletiva expressa que o conceito de saúde, deve ser entendido como parte de um "saúde-doença-cuidado", que cobre a historicidade e a relação das pessoas, grupos sociais e populações com o sistema de serviços de saúde (Teixeira, 2003).

As novas diretrizes destacam o fato de que os profissionais de saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, no plano individual e coletivo, exprimem ainda que a formação desses profissionais deve considerar intensamente o sistema de saúde vigente no País, observando, sobretudo, a atenção integral da saúde e o trabalho em equipe (ALMEIDA, 2005). Apesar de a elaboração do SUS ter alimentado diretamente o movimento por mudanças na educação dos profissionais de saúde,

de modo geral, a participação da Saúde Coletiva na graduação médica não é objeto de reflexão sistemática.

Em pesquisa realizada acerca da saúde coletiva na formação de acadêmicos de medicina, Oliveira et. al. (2011) verificaram que os discentes percebem a contribuição das disciplinas da saúde coletiva importante para o desenvolvimento de um olhar mais amplo acerca de fatores socioeconômicos relacionados com a origem da doença e para o aprimoramento da sua relação com os pacientes. Ismael (2005) ressalta que pouca coisa na formação e na experiência médica ajuda a dominar as habilidades cooperativas necessárias às relações profissionais nem a desenvolver a flexibilidade imperativa para se relacionar com os pacientes.

Os discentes da pesquisa supracitada ignoram ou têm apenas vaga ideia das ementas das disciplinas e grande parte destes sugeriu a redução do número de créditos para as disciplinas da saúde coletiva. Embora as disciplinas sejam oferecidas ao longo de todo o curso, parte dos alunos não possui um conceito consolidado do que seja ‘saúde coletiva’ (OLIVEIRA et. al., 2011)

Para Ismael (2005), o pensamento acadêmico pouco mudou nos últimos 200 anos, pois o médico continua sendo preparado para se relacionar com a doença e não com o paciente. Percebe-se a necessidade de repensar a reformulação curricular e introduzir mudanças em relação aos processos teórico-reflexivo e crítico desses conteúdos. O grande esforço de constituição do campo da Saúde Coletiva realmente ainda se concentra na pós-graduação e na produção de conhecimento (FORSTER, et. al. 2001).

### 3.2 SERVIÇOS E DRAMATURGIA: UMA VISÃO ORGANIZACIONAL

*As dimensões dos atores, audiência, palco e performance criam a experiência do serviço, assim como acontece em uma peça teatral.*

GROVE, FISK E JOHN, 2000

Os serviços de saúde são hoje ofertados por pessoas com profissões regulamentadas ou com treinamentos específicos e podem ser prestados em consultórios, domicílios, espaços públicos, clínicas, unidades de saúde e hospitais. O serviço de saúde quando fornecido pelo setor privado, é entendido como a aquisição comercial de um ‘produto intangível’. A Constituição Brasileira em seu Art. 196 define saúde como um “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de

doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. No primeiro momento deste tópico procuramos apresentar o tema ‘Serviço’ com base na literatura da Administração organizacional.

Segundo Zeithaml e Bitner (2014) serviços são ações, processos e atuações. Os serviços estão na vida de todos os cidadãos; falar ao telefone, consultar um profissional de saúde, ir ao barbeiro e abastecer o carro são apenas alguns exemplos deste consumo (LOVELOCK; WRIGHT, 2006). Para Hoffman e Bateson (2003), a distinção entre bem e serviço nem sempre é clara pois, muitos serviços contêm elementos de bens palpáveis e vice-versa. Zeithaml e Bitner (2014) acreditam que poucos produtos são puros ou plenamente intangíveis.

De acordo com Mello, Leão e Sousa Neto (2004), os componentes dos serviços são de avaliação difícil, em virtude da sua intangibilidade, complexidade ou natureza técnica. Para Hoffman e Bateson (2003), a intangibilidade é a base de todas as diferenças entre bens e serviços. Zeithaml e Bitner (2014) corroboram na citação supracitada, e classificam a intangibilidade como uma “determinante-chave” no sentido de definir se uma oferta é ou não um serviço. Almeida e Mello (2004) reforçam as seguintes características comumente relacionadas aos serviços: inseparabilidade, os serviços são prestados e consumidos em um mesmo momento; variabilidade, dependência da habilidade do prestador do serviço; e perecibilidade, os serviços não podem ser estocados.

Castells (1999) exprime que tais características, descritas por Lovelock e Wright (2006, p. 16), esmaecem em decorrência da interpenetrabilidade do conceito de serviços e produtos, um serviço que, teoricamente, não esteja agregado a um produto, será considerado puramente intangível, porém aqueles são consumidos juntos a um bem, em menor ou maior escala; desta forma, o objeto da comercialização inclui tanto produtos tangíveis quanto intangíveis. No intuito de tornar mais realista as diferenças básicas entre bens e serviços, Lovelock e Wright (2006) propõem a definição das características básicas dos serviços (QUADRO 1):

## QUADRO 1- Características Básicas dos Serviços

- > Os clientes não obtêm propriedade sobre os serviços
- > Os produtos dos serviços são realizações intangíveis
- > Há maior envolvimento dos clientes no processo de produção
- > Outras pessoas podem fazer parte do produto
- > Há maior variabilidade nos insumos e produtos operacionais
- > Muitos serviços são de difícil avaliação pelos clientes
- > Normalmente há uma ausência de estoques
- > O fator tempo é relativamente mais importante
- > Os sistemas de entrega podem envolver canais eletrônicos e físicos

Fonte: Lovelock e Wright (2006, p. 17).

A fidelidade e a adesão do cliente ao serviço, segundo Zeithaml e Bitner (2014), só é alcançada pela superação consistente do nível de qualidade do serviço, as autoras acreditam que serviços excepcionais podem intensificar a fidelidade dos clientes. Grove, Fisk e John (2000) acreditam que o alvo comum de qualquer organização de serviços é criar uma resposta positiva ao produto oferecido. Eles sugerem que o provedor de serviços deve adaptar sua performance às necessidades da audiência. É fundamental observar que o cliente é um ente específico e tem exigências diferentes, fato significa que a sua satisfação não pode ser garantida por soluções padronizadas.

Ainda na área da saúde, Lemme (2005) aponta que é possível classificar a qualidade dos serviços como: técnica, quando definida ou determinada pelos profissionais de saúde; e orientada para o cliente, ao ser relacionada com a percepção do usuário no tocante à atenção, cuidado, empatia, comunicação... Segundo Rocha e Mello (2000), durante o encontro de prestação de serviço de saúde, vários fatores não relacionados com a qualidade técnica dos profissionais, podem influenciar a opinião da pessoa a respeito deste serviço, como: pontualidade do atendimento, localização do serviço, instalações físicas (iluminação, móveis,

objetos...), disponibilidade de agendamento, acesso a informações técnicas, serviço de recepção, comunicação e outros. É possível então inferir que: “o processo de atendimento e comunicação tem forte impacto no grau de satisfação do cliente” (ROCHA; MELLO, 2000, p. 312).

John (1996) acredita que a compreensão do encontro como experiência é pré-requisito para a melhoria da qualidade do serviço. Segundo Zeithaml e Bitner (2014), em praticamente todos os serviços, o desenvolvimento de um relacionamento com o cliente deve visar à superação das expectativas dele em relação ao que lhe é oferecido. As necessidades e esperanças dos cidadãos estão mais amplas quanto mais exigentes, pois o encontro de serviços do provedor com o cliente parece ser o momento mais significativo no processo de elaboração do produto intangível (ZEITHAML; BITNER, 2014).

Enfaticamente, Grove, Fisk e John (2000, p. 25) dizem: “Serviços não são simplesmente como ‘teatro’, serviços são ‘teatro’”. Vários aspectos podem ser observados quando o cliente adentra uma organização prestadora de serviços, como por exemplo: o ambiente, os outros clientes deste ambiente e a forma como o serviço é representado pelos prestadores. As dimensões dos atores, audiência, palco e performance criam a experiência do serviço, assim como acontece em uma peça teatral.

Pesquisadores da área comparam a prestação de serviços à dramaturgia, Zeithaml e Bitner (2014), por exemplo acreditam que isto aconteça porque serviços e drama têm como objetivo comum à manutenção de uma impressão desejada junto a uma audiência, administrando atores e cenários, assim “a conformidade ao roteiro é a própria satisfação do cliente”. As mesmas autoras acreditam que “a habilidade dos ‘atores’ de serviços ao executarem suas rotinas, o modo como aparecem e seu comprometimento com o ‘espetáculo’ são pontos centrais para a prestação de serviços”.

Uma das principais razões que conduzem ao pensamento de que serviços são teatros repousa no fato de que serviços são essencialmente um desempenho, posto que não podem ser tocados ou estocados, apenas experimentados. Como em uma produção teatral, os serviços existem apenas durante o tempo de seu ato. Utilizar a metáfora teatral para os serviços pode servir como um meio de planejamento, coordenação e implantação de processos específicos de serviços (GROVE; FISK; JOHN, 2000).

A força das metáforas é também reconhecida ao longo do tempo por poetas e filósofos como poderoso instrumento descritivo e analítico. De acordo com Brown (1977, apud GROVE; FISK; JOHN, 2000), a metáfora é um caminho para visualizar algo sobre a ótica de outra coisa, é uma forma de compreender o que não se conhece. Ocorre pela transferência de características de um fenômeno familiar para um fenômeno menos conhecido. Metáforas são capazes de gerar hipóteses e análises acerca das comparações implícitas geradas (ZIKMUND, 1982 apud GROVE; FISK; JOHN, 2000).

As metáforas podem ser instrumentos eficazes de apreensão dos afetos, pois vão além da cognitividade, seu escopo é a conquista da intimidade. Em sua grande maioria, os processos de pensamento e sentimentos humanos são metafóricos (COHEN, 1992). Desvelar sentimento é outra importância da metáfora, bem como fornecer informações intraduzíveis e insights da realidade (RICOUER, 1992). As metáforas ocupam um espaço considerável na gestão como uma ferramenta pedagógica (GROVE; FISK; JOHN, 2000).

Visualizar os serviços como teatro orienta os resultados dos prestadores de serviço, pela demonstração de relações implícitas e explícitas dos relacionamentos entre: a organização de serviço, seus clientes e o ambiente físico. De modo a reforçar o conteúdo abordado, é interessante observar o QUADRO 2, que mostra considerações e relações entre exemplos de serviços e implicações dramáticas.

QUADRO 2 - Considerações Dramatúrgicas dos Diferentes Tipos de Serviços

Tipos de serviços	Exemplos de serviços	Implicações dramatúrgicas
Processamento com Pessoas	> Massagens > Cabeleireiros	Ator e audiência em contato íntimo. Ambiente e performance têm forte influência na avaliação da qualidade.
Processamento com estímulo mental	> Serviços de saúde > Entretenimento > Serviços telefônicos > Psicologia	Ator e audiência em proximidade física, algumas das implicações dos serviços de processamento pessoais são aplicáveis.
Processamento com Bens	> Serviços de zelador > Serviços de varejista > Serviços de oficinas > Serviços domésticos > Paisagismo	O ambiente pode ser na propriedade da organização ou da audiência. Contato das partes limitado pelo início e final do serviço. O resultado do desempenho mais evidente e é utilizado para a avaliação do serviço
Processamento com informações	> Contabilidade > Serviços de bancários > Serviços jurídicos > Serviços de seguros	Ação e reação são intangíveis. Em geral o serviço ocorre na ausência do cliente. O resultado é mais importante que o processo na avaliação da performance

Fonte: Adaptado de Lovelock (1994)

Hoffman e Bateson (2003) defendem que grande parte das propriedades dos serviços só pode ser avaliada pelo cliente durante o consumo do serviço, portanto, esses são atributos de experiência de interação, considerar o encontro de serviço como uma atuação pode ser de grande auxílio a este propósito.

### 3.3 A NATUREZA DA INTERAÇÃO SOCIAL, O INTERACIONISMO SIMBÓLICO E A REPRESENTAÇÃO DOS PAPÉIS SOCIAIS.

*O mundo todo é um palco. Todos os homens e mulheres  
são atores e nada mais. Cada qual cumpre suas  
entradas e saídas, e desempenham diversos papéis.*

WILLIAM SHAKESPEARE

De acordo com a definição tradicional da sociologia, Joseph (2000) descreve a interação social como sendo um sistema onde há a interação de pelo menos quatro componentes: um conjunto de unidades que interagem umas com as outras; um código ou um conjunto de regras que estrutura, tanto a orientação destas unidades, quanto a própria interação; um sistema ou um processo ordenado de interação; e, por fim, um ambiente em que o sistema opera, e com o qual se verificam trocas sistemáticas. Para Mendonça (2003), a interação social sempre figurou como um aspecto muito importante na vida do ser humano.

Um relacionamento é estabelecido por um conjunto de encontros ou interações contínuas e relacionadas (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). É preciso esclarecer que a presença imediata das pessoas por si só não constitui interação, é necessário que seja estabelecida uma comunicação (GAHAGAN, 1976). Porém, como advogam Mello, Leão e Souza Neto (2004, p. 55), “a presença física das duas partes é uma ótima oportunidade para o início de um relacionamento”.

Quando se discute sobre que aspectos podem tornar o encontro de serviços ‘o primeiro passo’ para a constituição de um relacionamento, um importante fator deve ser considerado: o grau de interesse que as partes possuem no estabelecimento de um vínculo duradouro. Do ponto de vista do cliente, tal interesse aumenta, quando existe um desejo contínuo ou periódico pelo serviço, quando os serviços exigem um alto envolvimento, ou quando são complexos e de qualidade bastante variável entre os prestadores disponíveis (BERRY, 2000).

A interação entre cliente e provedor de serviços representa incidentes críticos, onde a percepção do cliente é, muitas vezes, determinada pela qualidade do momento específico do encontro (HOFFMAN; BATESON, 2003). É importante colocar que o desempenho do serviço pode ser alterado em virtude de diversas variáveis como, por exemplo, a presença de outros no cenário. De acordo com Gahagan (1976, p. 50), “a vida social possui uma qualidade dramaturgica onde as pessoas desempenham papéis e ajudam outras a desempenhá-los, a

habilidade em manipular impressões através da comunicação é essencial para o êxito na cena cotidiana”.

De acordo com Mendonça (2003), o gerenciamento de impressões é reconhecido como um processo interpessoal de grande importância. A priori, para que relacionamentos existam, além do fato dos atores sociais terem expectativa de interagir por um longo prazo, eles precisam reconhecer um ao outro como desempenhadores de papéis (GUTEK, 2000 apud MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). O papel é um conjunto de padrões de comportamento, que se aprende pela comunicação e experiência, a serem desempenhados por um indivíduo em determinada interação social (HOFFMAN; BATESON, 2003).

Quando se fala em interação, não se pode esquecer que se trata de “pessoas em recíproca presença” (GAHAGAN, 1976, p.19), portanto, as consequências, positivas ou negativas, do encontro de serviço sofrem influências, não apenas do provedor de serviço de saúde, mas também do usuário. De acordo com Hoffman e Bateson (2003) os clientes são parte integral do processo de prestação de serviço, já que, durante esta interação, fornecem informações para o processo de produção do produto. Dessa forma, o usuário parece representar um papel importante na conclusão bem-sucedida do encontro de serviços.

No drama, representam-se e interpretam-se as inter-relações humanas, que são fundamentais para as ciências sociais (PERINBANAYAGAN, 1985 apud TEIXEIRA, 1998). Segundo Lyman e Scott (1976), a realidade social é percebida teatralmente, e o mundo social é inerentemente dramático. Os autores enfatizam que a abordagem dramatúrgica tem raízes profundas na Psicologia e na Sociologia modernas. De acordo com Nunes (2009) na década de 70 novas tendências para estas áreas foram apontadas, frutos das críticas feitas à organização dos serviços, e ao desafio dos problemas com as doenças crônicas e de acesso aos serviços de saúde.

De acordo com Hoffman e Bateson (2003, p. 112), “algumas teorias da psicologia social e da sociologia podem ser reunidas nas ideias de um enredo (script) e um papel”. Para a sociologia, os estudos de Evreinov, Mead e Geertz são considerados marcos neste campo. Porém, Erving Goffman foi o sociólogo que mais utilizou a metáfora teatral para explicar os processos de interação humana, inclusive na área da saúde, em uma de suas obras o autor utiliza o hospital de doenças mentais como cenário de pesquisa (NUNES, 2009). Carlson

(1997) destaca que o elemento teatral está presente em todas as cerimônias sociais, mesmo numa simples reunião de amigos, cada indivíduo representa diversos papéis sociais.

A metáfora teatral é mais um estudo da conduta associado a determinadas posições socialmente definidas, do que um estudo da atitude particular em si (JOSEPH, 2000). Augusto Comte cunhou o termo ‘Sociologia’ para designar a ciência que estuda os fenômenos sociais. A sociologia questiona acerca da natureza humana, da estrutura e das mudanças nas sociedades, estas questões abordadas por Comte também estão em Émile Durkheim (1858-1917), Karl Marx (1818-1863) e Max Weber (1864-1920). É possível identificar três formulações que possuem conexões com o pensamento dos autores supracitados, são estas, respectivamente: o funcionalismo, as perspectivas de conflito e o Interacionismo Simbólico (NUNES, 2009).

Mead (1962), professor da Escola de Chicago no período de 1893 a 1931 e considerado por muitos como o pai do Interacionismo Simbólico, acredita que esta visão de mundo concebe o social como uma trama, onde a sociedade e a vida em grupo são um aglomerado de comportamentos cooperativos exibidos por parte dos seus membros. Existem duas funções na cooperação humana: uma pessoa deve chegar a entender as ideias do emissor em ler ações e interações de outras pessoas; e em responder de um modo apropriado (HAGUETTE, 1997). Nunes (2005) considera a dramaturgia como uma tendência surgida no interior da tradição do Interacionismo Simbólico.

Blumer (1998) apresenta o assunto de forma sistemática e cita as três premissas básicas do Interacionismo Simbólico, são elas:

1. O ser humano age com relação às coisas com base nos sentimentos que elas têm para ele. Estas coisas incluem objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias, valores (honestidade), atividades dos outros e outras situações da sua vida cotidiana.
2. O sentido destas coisas emerge da interação social com outros.
3. Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra. (Tradução da autora)

O Interacionismo Simbólico “desenvolve uma microanálise por estudar as interações interindividuais, a negociação individual e reação do outro, levando às atividades interpretativas, determinadas pela situação e interação das pessoas” (LOPES; JORGE, 2005, p. 115). Para o estabelecimento da comunicação os seres humanos fazem uso dos símbolos que devem possuir um significado compartilhado entre indivíduos. O significado contém elementos que o relacionam, como: o gesto, a resposta e a consumação do ato, a ideia da

universalidade é a característica geral que define os objetos. O emissor tem assim, em si, as respostas que fazem parte de um coletivo (MEAD, 1962).

Lopes e Jorge (2005) apontam que em pesquisas de Enfermagem percebe-se que a aplicação da teoria interacionista busca ampliar conhecimentos na construção de ações e estratégias voltadas a um relacionamento interativo e humanizado entre os atores sociais. O profissional de enfermagem está em contínuo relacionamento, necessitando do processo interativo para o exercício pleno de seu ofício, as autoras acreditam na clara e forte aproximação com o Interacionismo Simbólico, este assume um papel cêntrico no próprio processo social (SILVA; MAMEDE, 1998)

Na década de 1960 sociólogos se voltam para o Interacionismo Simbólico, destaca-se o estudo sociológico na área da saúde de Erving Goffman (1922-1982) que aborda sobre o uso das drogas, o autor prossegue com suas pesquisas, em 1972 publica o livro “Manicômios, prisões e conventos” e em 1975 lança o livro “A representação do EU na vida cotidiana” (MUNNÉ, 1989 apud SILVA; SASS), nesta obra o autor se utiliza da metáfora do teatro para abordar a questão das relações interpessoais e discute a interação face a face. Segundo Haguette (1997), a obra de Goffman tem valor inestimável para a sociologia.

Goffman (2009) considera a interação (ou encontro) como um fenômeno face a face de sujeitos envolvidos que buscam, através do desempenho, a melhor maneira de agir perante uma situação. A Dramaturgia de Erving Goffman enfatiza a natureza das pessoas como atores sociais, que aprendem comportamentos adequados para as posições que ocupam na sociedade (SOLOMON et al., 1985). Segundo Bodart (2012) “esta perspectiva é fortemente influenciada pelas contribuições de sociólogos alemães como Max Weber e Alfred Schutz”, para os quais a ciência não pode se apartar das experiências reais. Neste sentido Silva e Mamede (1996, p. 17) destacam

O modo como as pessoas definem situações e objetos é largamente determinado pela interação simbólica relacionada com essas relações e com esses objetos. A linguagem é o nosso sistema simbólico primordial e constitui o mecanismo mais importante no desenvolvimento da mente e do eu. Por isso, é de grande influência na formação do comportamento.

As aparências exercem grande importância no comportamento dos indivíduos, quando o indivíduo está na presença de outros, sua atividade tem um caráter promissório, todo homem em qualquer situação social, diante dos seus semelhantes, tenta dirigir e dominar as impressões que possam ter dele. Joseph (2000, p. 47) cita que: “Sob o olhar de outrem, é

preciso agir e justificar a ação incessantemente” e todo ser humano é ciente dessa personificação (TEIXEIRA, 1998).

Os papéis existem antes mesmo da interação de ocupantes particulares ocorrerem e têm origem nas normas morais presentes em uma cultura (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). Para Moreno (2013), criador do teatro terapêutico ou psicodrama (um método de terapia de grupo), “o desempenho dos papéis é anterior ao surgimento do EU, os papéis não emergem do eu; é o eu que, todavia, emerge dos papéis”. A ideia da anterioridade do social sobre o individual aproxima, de certo modo, Mead da teoria de Durkheim. Entretanto, Durkheim direciona toda a sua atenção sobre ‘o que’ é social e as coisas propriamente internalizáveis, Mead está interessado em ‘como’ se dá o processo de internalização do social e nas implicações da ordem social sobre a produção da sociabilidade e interação (MOCELIN, 2010).

A obra de Herbert Mead (1962) *Mind, Self e Society*, considerada uma das mais importantes publicações da área da interação simbólica, apresenta como a constituição e a manutenção de identidades sociais confere ao self um ambiente estável e familiar e de sustentação da realidade social. Para Mead a mente é uma competência biológica que consente apreender e manejar símbolos com significados compartilhados por diferentes pessoas. A mente é capaz de estabelecer uma linguagem baseada em significados estabelecidos por uma determinada convenção. O pensar possibilita que os indivíduos tomam consciência de si mesmos e aprendem a conhecer comportamentos socialmente aceitáveis em determinado ato social (MOCELIN, 2010).

O self não é inato, ele emerge do processo da experiência social, o ser humano torna-se indivíduo em consequência de suas relações com os outros indivíduos e com o todo. A ação reflexiva do ator de se colocar no lugar do outro é o que capacita o indivíduo a se adaptar e modificar o ato social posto. Ismael (2005, p.101) apresenta a reflexão da médica mineira Clara Feldman de Miranda quando esta diz: “sofrer com o sofrimento do outro é um traço humano: revela solidariedade, sensibilidade, e provoca o desejo de ajudar (...) sofrer com a dor do outro é saudável, esperado, natural e adequado”. O indivíduo não se avalia a partir do seu olhar, mas com base na perspectiva dos outros indivíduos e do grupo social (MOCELIN, 2010).

Ao afirmar que o ser humano possui um self, Mead (1962) enfatiza que o indivíduo age socialmente com relação a outras pessoas e interage socialmente consigo mesmo, segundo Haguette (1997, p. 29) “o self, assim como outros objetos, é formado através das definições feitas por outros que servirão de referencial para que ele possa ver a si mesmo” (HAGUETTE, 1997, p. 37). O self, discutido por MEAD, constitui-se como uma díade de um “eu” e um “mim”, um reflete a ênfase no nível do **indivíduo** o outro no nível **social**. O “eu” refere-se ao fórum íntimo, a conversa interna que está constantemente ocorrendo dentro do organismo humano. O mim contém todas aquelas perspectivas sobre si mesmo que o indivíduo aprendeu dos outros (MACEDO; SILVEIRA, 2012).

Na obra *A representação do eu na vida cotidiana*, Goffman (2009) transporta o teatro da *performance* para fora da ‘mente humana’ e para dentro dos ‘espaços públicos’. O autor defende que o relacionamento humano assume a qualidade de uma máscara, onde cada pessoa se veste de um personagem que deve revelar um ‘eu’ apropriado para cada ocasião e, ao mesmo tempo, esconder um self que, se revelado, poderá tolher, confundir ou desvirtuar o seu propósito, o autor diz ainda que todo ser humano é sabedor deste processo.

A preocupação para Goffman (2009) não é a forma como os homens tentam modificar as estruturas da sociedade, mas a forma como eles se adaptam a elas. A originalidade da Teoria dos Papéis Sociais de Goffman reside na introdução de um modelo de dramatização através do qual o autor descreve e interpreta a ação social dos indivíduos na sociedade. Os indivíduos conseguem entender que são atores inseridos em um jogo de representação mesmo no campo do senso comum, Bauman e May (2010, p. 23) afirmam que:

Sabemos por nossas experiências que somos “o autor” de nossas ações, e que o que fazemos é efeito de nossas intenções, muito embora os resultados possam não corresponder ao que pretendíamos. Em geral agimos para alcançar um estado de coisas, seja visando possuir um objeto, receber elogios, impedir que aconteça algo que não nos agrada ou ajudar um amigo. Naturalmente, o modo como pensamos nossas ações é o modelo pelo qual damos sentido às ações dos outros.

Para Goffman os indivíduos não são apenas o público uns dos outros, estes devem atuar, dirigir e criticar. Sua dramaturgia evidencia a fato social como um teatro de *performances* acessível para estudo realizado pelos cientistas sociais e pelos próprios atores sociais, Goffman alude que a consciência da vida como teatro é uma característica empírica e problemática da própria perspectiva do ator social (TEIXEIRA, 1998).

De acordo com Goffman (2009, p. 12), o indivíduo expressa impressões por duas vias essencialmente diferentes de “atividade significativa”: uma é a expressão que ele ‘transmite’ e a outra é a expressão que ele ‘emite’. No sentido de elucidar as diferenças entre estas duas vias, o mesmo autor diz que:

A primeira abrange os símbolos verbais, ou seus substitutos, que ele usa propositadamente e tão-só para veicular a informação que ele e os outros sabem estar ligada a esses símbolos. Esta é a comunicação no sentido tradicional e estrito. A segunda uma ampla gama de ações, que os outros podem considerar sintomáticas do ator, deduzindo-se que a ação foi levada a efeito por outras razões diferentes da informação assim transmitida.

Em encontros de interação face a face, buscamos compartilhar uma impressão sobre nós mesmos, esta é ‘transmitida’ consciente e intencionalmente, mas ‘emitida’ de forma não intencional e incorpora os símbolos não verbais como as nossas ações, olhares, nosso modo de agir... tudo aquilo que se torna visível ao outro, mesmo que despercebido a nós mesmos. Interpretamos constantemente o papel que desejamos transmitir, assumimos personagens e nos tornando atores em todos os encontros de interação social (GOFFMAN, 2009).

Goffman (2009) aborda questões acerca da crença no papel que desempenhamos e apresenta dois tipos de atores que assumem personagens no encontro de interação, são eles: o sincero, que acredita na impressão criada por sua representação, e o cínico, que não crê em sua própria atuação e não se interessa no que seu público acredita. Porém, o ator cínico pode também enganar o público para o que acredita ser o próprio bem deste. Como sujeitos marcados pela vicissitude podemos pendular entre a descrença e a crença de nossos personagens, dependendo do palco, da plateia e da performance que adotemos (TEIXEIRA, 1998).

Para Solomon et al. (1985, p. 102) “a abordagem da Teoria dos Papéis enfatiza a natureza humana como atores sociais, que aprendem comportamentos apropriados para as posições que ocupam em sociedade”. Os ‘atores’, quando em um ambiente de prestação de serviços, devem agir de forma bastante diferente de como agem em seus momentos pessoais. As pessoas são definidas pelos papéis de serviços que desempenham e há uma tendência difundida em preencher o imaginário das pessoas quanto a suas expectativas acerca de religião, atuação profissional, política, competências...

Ao perceberem o comportamento humano como um drama e os serviços como performances, Grove e Fisk (1983), e mais tarde Grove, Fisk e Bitner (1992) propõem a

metáfora teatral como um olhar compreensivo para os encontros de prestação de serviços. Esta metáfora considera os prestadores de serviços como os ‘atores’, pois sua presença e suas ações definem o serviço; os consumidores como a ‘audiência’, pois é para eles que o serviço é destinado; o ambiente físico é visto como o ‘cenário’; e o desempenho do serviço, ou seja, o conjunto entrelaçado de interações entre todos os outros elementos que irão moldar a experiência do cliente é concebido como o serviço, como a ‘performance’ (MELLO; LEÃO; SOUZA NETO, 2004). É importante salientar que atores e audiência encontram-se em constante transferência de atuação, segundo Teixeira (1998), nos dramas da vida, os indivíduos não são apenas o público dos outros, mas devem também atuar, dirigir e criticar.

#### 3.4 O ENCONTRO DE SERVIÇOS ENTRE MÉDICO E PACIENTE SOB A LUZ DA DRAMATURGIA

*A relação entre o médico e o paciente é um dos capítulos mais complexos e intrigantes da comunicação humana*

*ISMAEL, 2005*

Pesquisadores e gestores da área de serviços têm questionado a natureza simplista do modelo baseado em apenas um participante para a compreensão da prestação de serviços, a interação diádica se apresenta como uma possibilidade de maior sucesso para esta situação (SOLOMON et al.,1985), Carvalho e Vergara (2002) acreditam que estabelecer com o público a dinâmica dos diálogos é mais enriquecedor do que utilizar-se de monólogos. Para Solomon et al. (1985) este tipo de interação pode ser considerado um fenômeno que exerce um papel fundamental sobre os resultados. Segundo estes estudiosos, o momento da verdade, ou o encontro de serviço, é tão importante que, se o cliente finda uma interação com uma impressão negativa acerca da atitude do prestador de serviços, outros esforços realizados pela organização e lhe passam simplesmente despercebidos.

Zeithaml e Bitner (2014) acreditam que “qualquer contato pode ser potencialmente fundamental para a determinação da satisfação e da fidelidade do cliente”, do ponto de vista do consumidor, a prova mais imediata da qualidade do desempenho acontece nos encontros de serviços (BITNER; BOOMS; MOHR, 1994; BITNER, 1995). De acordo com Solomon et al. (1985), a observação da importância do encontro é especialmente relevante em situações

onde o componente serviço é o principal elemento da oferta, como é o caso da prestação de serviços de saúde, objeto deste estudo.

Cada ato é uma transação propositada onde o resultado depende de ações coordenadas de ambos os participantes, cada parte da transação aprende um set de comportamentos apropriados para cada situação, no sentido de aumentar a probabilidade de atingir seu propósito. A comunicação entre o provedor de serviços e o consumidor é interativa; é mais um processo recíproco do que linear. Porém o provedor, em geral, comporta-se como se atuasse para clientes estáticos ou atua de forma quase automática, tendência denominada como *mindlessness*. É imperativo perceber o papel participante do cliente, como determinante para a formatação coerente do serviço (SOLOMON et al., 1985).

A temática dos ‘scripts cognitivos’ é abordada de forma habitual por autores que exploram a Teoria dos Papéis, para Kuwer (2005) o script cognitivo é uma “estrutura esquematizada de eventos que descreve uma sequência de atividades apropriadas para uma situação particular”. No contexto do marketing de serviços, um script seria uma representação mental de uma interação durante a produção do serviço, incluindo os comportamentos esperados para o consumidor e para o servidor. Os scripts, diz Motta (2006), apontam os desempenhos esperados em cada evento e as ações indicadas para expressá-los.

Os scripts cognitivos, geralmente, são decisões tomadas previamente sem o menor contato com as situações reais de interação, por executivos que acreditam, desta maneira, estar otimizando as chances de sucesso do encontro de serviços. Para alcançar os objetivos do Marketing de Serviços, as organizações costumam recorrer a estes scripts, que são roteiros comportamentais previamente elaborados para dirigir e controlar as situações interativas entre a organização e seus consumidores. A elaboração unilateral dos scripts, por outro lado, parece ser capaz de propiciar inúmeras e indesejáveis limitações para um adequado desenvolvimento da conversa entre a empresa e seus públicos, interno e externo (KUWER, 2005)

No presente trabalho, por tratar-se de encontros de serviços e por sua característica diádica, o assunto ‘scripts cognitivos’ não é explorado em profundidade, as conclusões do trabalho de Carvalho e Vergara (2002, p. 18) dão suporte a esta decisão, quando estes argumentam que:

A proposição do gerenciamento dos encontros de serviços com a utilização dos ‘scripts cognitivos’ parece mostrar-se totalmente ineficiente, quando não contraproducente, uma vez que não se pede apenas que o prestador do serviço deixe-

se guiar exclusivamente pelos desígnios funcionalistas e tecnocráticos providos pela sua subordinação aos scripts, mas também exige-se que o servidor ignore os impulsos e apelos das demais dimensões do seu ser, para que se atinja o efeito previamente estipulado pelo racionalismo.

Voltando à natureza diádica, Solomon et al. (1985) descrevem que em um encontro de serviços, consumidores e provedores desempenham padrões de comportamentos consistentes e aprendidos e assumem papéis específicos. Para o prestador de serviços, o processo de aprendizagem é, em geral, explícito, pode ser assimilado através de treinamento ou pela observação de um servidor mais experiente. Por outro lado, o cliente, tipicamente, aprende seu papel de forma implícita. De acordo com os mesmos autores, quando ainda não existe um script específico para determinado papel, o ator pode utilizar um padrão de comportamento similar e pré-existente. Atores podem basear seu desempenho em expectativas derivadas da televisão, de filmes ou livros. Segundo John (1996), a cultura também influencia na formulação do papel. Assim, as expectativas e percepções individuais acerca do comportamento social advêm de seus valores culturais e moldam os papéis desempenhados.

A congruência ou a discrepância destes papéis aparecem como mediadores importantes para o equilíbrio do sistema das representações. Para Cunha (1986, p. 269) o termo discrepar é definido como “divergir de opinião, discordar, ser diverso” 1549. Do lat. *discrepare* estar desafinado”. Segundo Goffman (2009), os papéis mais discrepantes são os das pessoas introduzidas em um estabelecimento social sob falsa aparência. Para Solomon et al. (1985), a discrepância de papéis consiste na ruptura do script esperado por uma das partes ou por ambas. Neste trabalho, ambas as definições para papéis discrepantes serão aproveitadas, considerando esta decisão mais útil ao posicionamento diádico adotado na pesquisa.

A satisfação com a interação é proporcionada pela congruência de suas performances (SOLOMON et al., 1985), para Hoffman e Bateson (2003, p. 112), a congruência dos papéis é “a propriedade dos comportamentos reais dos clientes e do pessoal condizentes com os papéis que se esperam deles”. A satisfação de ambas as partes é interdependente, para Solomon et al. (1985), a satisfação com o encontro de serviços é vista como a função da congruência entre comportamento percebido e comportamento esperado pelos atores.

De acordo com John (1996), o encontro de serviços é uma interação pessoal e social entre o provedor de serviços e o consumidor. No trabalho desenvolvido por Solomon et al. (1985), o termo encontro de serviços foi utilizado para indicar as interações face-a-face entre

um fornecedor e um consumidor em um ambiente de prestação de serviços, no presente trabalho, o termo está relacionado à interação da díade ‘médico – paciente’.

Encontros de serviço, denominados serviços puros, são caracterizados pelo seu alto nível de interação pessoa a pessoa, como é o caso da relação entre o médico e o paciente (SOLOMON et al.,1985). De acordo com Bitner (1992), o encontro de serviço de saúde é categorizado como o de mais alto nível de complexidade. Neste tipo de encontro, a qualidade do serviço é de difícil mensuração (SOLOMON et al.,1985). Segundo Lovelock e Wright (2006, p. 392), nos encontros de serviços de alto contato, o desempenho do prestador de serviços assume um papel fundamental, “em muitos aspectos essas pessoas são o próprio serviço”. Segundo Goffman (2009, p. 23), “Um desempenho pode ser definido como toda atividade de um determinado participante, em dada ocasião, que sirva para influenciar, de algum modo, qualquer um dos outros participantes”.

Outra forma de categorizar os serviços de saúde seria utilizando a terminologia classificatória de Merhy (1997), que remete à distinção entre recursos materiais e saberes, o autor propõe 3 (três) termos: (1) ‘tecnologias leves’, que associa a relações de produção de vínculo, autonomização, acolhimento e gestão; (2) ‘tecnologias leve-duras’, que seriam os saberes já estruturados, tais como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo e o fayolismo; e (3) ‘tecnologias duras’, quais sejam, as máquinas, as normas e as estruturas organizacionais.

De acordo com John (1996), um encontro de serviços é um encontro social, especialmente em experiências de serviços puros. A metáfora teatral é particularmente útil para os serviços de alto contato como é o caso do atendimento em saúde. O mesmo autor explica que os consumidores de serviços de saúde, quando comparados com usuários de outros serviços, são relativamente menos aptos a avaliar os aspectos técnicos do serviço e, conseqüentemente, utilizam outras pistas perceptivas, como o comportamento do provedor, além de outros itens tangíveis presentes no ambiente para a avaliação da qualidade.

Ainda de acordo com John (1996), quando se torna necessário estabelecer a relevância da metáfora teatral para o serviço de saúde, três elementos críticos devem ser avaliados: os atores/audiência, o cenário e a performance. O médico e o paciente possuem seus papéis sociais específicos em um encontro de serviços e tomam assento como atores e audiência em constante permuta de atuação, como já apresentado por Teixeira (1998). O ambiente é a

evidência física onde o serviço é entregue ou consumido. A performance é o processo do resultado da entrega e do consumo do atendimento de saúde. Cada um destes elementos será explorado nos parágrafos a seguir.

Em relação a atores e audiência, o aspecto da produção e consumação simultâneas do produto solicita a participação de ambos para a formulação do serviço, conforme anteriormente citado. Para Merhy (1997) a única forma de construir um novo modelo de assistência que considere o usuário como o centro do cuidado, será a mudança dos sujeitos que se colocam como protagonistas da atenção e a reorganização dos processos de trabalho. Na área da saúde, o efetivo diagnóstico depende também da precisão com a qual o usuário expõe suas queixas e sintomas. A recomendação em saúde educa o usuário acerca de suas responsabilidades para com o processo do tratamento. De acordo com Ismael (2005, p. 81):

As coisas se complicam quando se discute se o médico deve ou não manter um contrato de parceria com o paciente. Para os que acham que o paciente não está em condições de questionar o que o médico propõe, a discussão não tem significado. Ela o ganha quando o empenho de ambos é assumido como um projeto de colaboração comum, sem que o médico tema parecer inseguro em discutir com o paciente a sua doença, e este não se iniba em dizer-lhe que vai buscar uma segunda opinião

Em John (1996), encontra-se que a capacidade de comunicação do prestador de Serviços de Saúde é fator determinante para a satisfação social e emocional percebida pelo paciente. Ismael (2005, p. 10) reforça a importância da comunicação quando apresenta a reflexão do médico Cláudio Basbaum “o médico deve explicá-la (a doença) em termos simples e acessíveis para ter no paciente um parceiro da cura, e não um objeto ou um órgão doente”. O mesmo autor condena que o médico use a sua autoridade colocando o paciente na posição de uma “criança” a quem se diz o que se deve ou não fazer e ainda reforça este pensamento dizendo que a arrogância é uma das nuances mais nefastas com que o médico pode tratar o paciente que, em geral, desconhece aspectos técnicos da medicina.

A satisfação pressupõe uma complacência do usuário para com o tratamento e também afeta o restabelecimento de sua saúde. Esta conformidade do usuário de serviços para com o tratamento definido interfere positivamente para os resultados relacionados à sua saúde.

A geração de sentimentos positivos e sua associação com o comprometimento do doente com o tratamento foi objeto também de um estudo etnográfico conduzido por Locke (1996). A autora descreve como provedores de serviços de saúde, utilizando-se de peças cômicas, são capazes de gerar emoções positivas que se seguem à cooperação com o

tratamento e às recomendações fornecidas. A experiência conduzida foi baseada, entre outros, nos ensinamentos de Goffman, quando este discute o uso de performances como forma de estabelecer a sociabilidade.

Os elementos ambientais onde o encontro de serviços ocorre têm um papel importante para a avaliação da qualidade. Segundo Bitner (1992) os instrumentos para a medição da qualidade incluem itens tangíveis, os clientes de serviços dispõem de poucas pistas intrínsecas; para tanto utilizam pistas extrínsecas como o ambiente físico para inferir sobre qualidade. A mesma autora acredita que os aspectos ambientais são capazes de criar imagens e influenciar o comportamento de clientes e prestadores em um ambiente de serviços.

Em pesquisa realizada por Ismael (2005) 65% dos entrevistados relataram que: a boa aparência do consultório influi fortemente na pré-avaliação do profissional, estes ainda demonstraram preocupação com questões de iluminação, pintura e conservação dos móveis. A importância do ambiente físico demonstrada pela literatura deve impulsionar profissionais que atuam em gestão de serviços de saúde a desenhar um espaço que preencha as expectativas do imaginário de seus usuários.

Finalmente, em relação à performance, apesar da utilização de aspectos tangíveis para a avaliação da qualidade, o contato pessoal continua sendo a função pela qual o cliente melhor desenha sua satisfação. A performance em saúde é primariamente baseada na conduta do profissional. Cada encontro contribui para a produção do serviço e o desempenho é o produto destes encontros (JOHN, 1996). No trabalho citado anteriormente, estudos na área da sociologia médica demonstram que os aspectos técnicos não são suficientes, e que aspectos emocionais são mais significativos para o usuário de serviços de saúde (FRIEDSON, 1961; BEN-SIRA, 1982 apud JOHN, 1996).

O médico, além de exercer funções baseadas no conhecimento científico, não pode abdicar do lado humano do seu ofício, a falta de humanidade no médico ocasiona um distanciamento com o paciente impedindo assim uma boa comunicação e levando o enfermo há uma situação de inferioridade, já abastecida pela própria condição de saúde. Em entrevistas realizadas por Ismael (2005) foi observado que os pacientes esperam receber dos médicos quatro atitudes principais: confortar, escutar, olhar e tocar.

Para John (1996), o momento é paradoxal, os usuários estão gradativamente se desencantando com o serviço de saúde quando este dispõe de mais sofisticação e tecnologia

para diagnósticos e tratamentos. Há uma piora na imagem da própria medicina e da relação médico/paciente de uma forma geral. A explicação, para alguns autores (ENGEL, 1977; SHATTUCK, 1977), repousa no fato de que, à medida que estas tecnologias crescem, aumenta também a separação entre o cuidado em saúde como ciência técnica e o cuidado emocional como atuação interpessoal. Ismael (2005, p.13) apresenta a reflexão do médico Antônio Américo Friedmann:

O aprimoramento dos exames complementares vem contribuindo para aumentar a acurácia diagnóstica, facilitando o trabalho médico. Apesar de todo este progresso, o instrumento diagnóstico, e muitas vezes terapêutico, mais importante de que o médico dispõe é ele mesmo, desde de que os seus conhecimentos e habilidades seja utilizados com inteligência, critério e compreensão profunda do seu papel.

Esta é uma questão bastante antiga, já no início do Renascimento o doente começa a ser acatado como paciente, ou seja, um ente que precisa ser purgado pelo médico não só com a prescrição de medicamentos, mas também com conforto e acolhimento (ISMAEL, 2005).

De acordo com Doyle e Ware (1977 apud JOHN, 1996), os atributos que os usuários utilizam para a mensuração da qualidade em um serviço de saúde são: avaliação profissional, competência, cortesia, capacidade de comunicação, acessibilidade e ambiente físico. Para Brook e Williams (1975), estes atributos podem ser divididos em duas categorias: aspectos de cuidado e aspectos de cura. Grönroos (1984) divide os mesmos atributos em: técnicos (o que é entregue) e funcionais (como é a entrega). Estes atributos são evidenciados no decorrer do encontro de serviço de saúde e do conseqüente relacionamento desenvolvido entre profissional e o usuário.

Levando a discussão para a abordagem dramatúrgica, as partes envolvidas também desempenham papéis específicos. De acordo com John (1996), o médico tem um papel profissional que demanda competência técnica, neutralidade emocional e comprometimento em servir as pessoas. O cliente ocupa um papel social na relação, para Goffman (2009) ele atua fortemente no processo de construção do encontro social, principalmente por meio das informações fornecidas ao médico. Para Parsons (1975), um dos primeiros sociólogos modernos a estudar as sutilezas da comunicação entre médicos e pacientes, o encontro de serviços entre estes envolve uma relação de papéis com estrutura assimétrica, esta relação é confinada a componentes hierárquicos de autoridade, poder e prestígio. John (1996, p. 62) cita Hipócrates: “O paciente pode recuperar sua saúde simplesmente pelo seu contentamento com a bondade do Prestador de serviços”.

A confiança, a confiança e as normas de obediência do usuário derivam do conhecimento e treinamento adquirido pelo prestador de serviços, da legitimação de sua profissão, da expectativa cerimonial e da visão hipocrática. Nas interações sociais os indivíduos preveem, em seu imaginário, condutas antecipadas de outrem e, frequentemente, agem movidos por essas condutas (HAGUETTE, 1997). Profissionais de saúde veem buscando posicionar o usuário de forma mais central e participativa no tratamento, estimulando-o a contribuir em decisões clínicas (SLACK, 1977).

No setor da saúde, segundo Rocha e Melo (2000, p. 312), “nos últimos anos, graças ao acesso às informações e à difusão dos conhecimentos, o indivíduo foi chamado a tomar responsabilidade pessoal sobre sua própria saúde”, o que desloca a atenção ao desempenho do prestador de serviços de saúde. Importante ressaltar que o ato de confiar às pessoas a responsabilidade pelo cuidado de suas doenças perpassa também pela forma como os profissionais lidam com o seu próprio juízo de autoridade. As interações que envolvem o serviço de saúde são permeadas por inúmeras peculiaridades, para Ismael (2005) é uma relação complexa e sujeita à interferência de vários fatores.

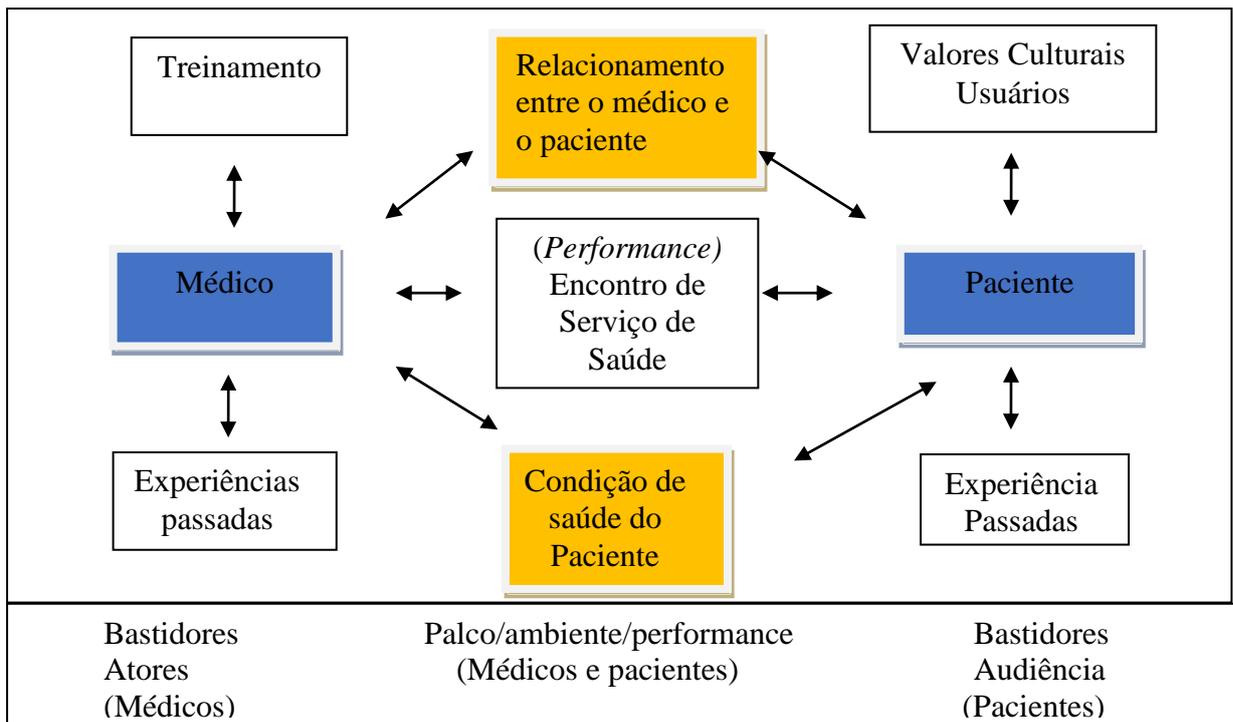
O grau de poder do profissional de saúde e de dependência do usuário pode variar de acordo com a condição de saúde deste (JOHN, 1996). Szaz e Hollender (1956) propõem três tipos básicos de encontro de serviços de saúde: emergenciais, de doenças agudas e de doenças crônicas. Em cada situação, os papéis dos atores podem variar.

Em um encontro de serviços de emergência, o papel do médico é de total controle, enquanto o paciente assume uma postura de passividade. Quando o indivíduo possui uma doença aguda, o profissional atua como um guia que encaminha, aconselha e/ou trata a doença, em geral, o usuário está acometido de dor e ansiedade, nesta situação a pessoa adota um posicionamento cooperativo com mínima participação nas decisões de conduta. Durante encontros de prestação de serviços de saúde relativos a doenças crônicas ou acompanhamento periódico (ex: acompanhamento ginecológico), o profissional se posiciona como um parceiro do usuário. Estes encontros são pautados pela coparticipação frente às decisões de conduta em saúde (JOHN, 1996).

Ademais, nestes três tipos de encontros de serviços, o profissional e o usuário adotam papéis baseados na situação de saúde na qual estão situados. O ambiente físico visível ao usuário é considerado como a região de frente ou palco, bem como a performance que ele

executará. O que não pode ser visualizado pelo profissional ou pelo paciente é considerado como os bastidores. Abaixo é apresentada um diagrama proposto por John (1996) para estas regiões e suas interfaces (FIG. 1).

**FIGURA 1: A Representação do Encontro de Serviço de Saúde, suas Regiões e Interfaces.**



Fonte: adaptado de John (1996, p. 66)

As performances dos médicos ocorrem na região de frente de ambas as partes. A atuação é definida pela abordagem deste profissional, pelas expectativas dos usuários, pelas condições de saúde destes e pelo nível de relacionamento do médico e do paciente. Um dos objetivos do profissional deve ser melhorar a avaliação do usuário quanto a sua performance. Para atingir este objetivo, o provedor de serviços deve conhecer cada expectativa de seus clientes. De forma a manejar o encontro para a satisfação do usuário para com o serviço de saúde, a visão dramaturgica sugere que o profissional adote um guia de gerenciamento de impressões, “assim, quando uma pessoa chega à presença de outras, existe, em geral, alguma razão que a leva a atuar de forma a transmitir a elas a impressão que lhe interessa transmitir” (GOFFMAN, 1985, p.13-14).

Para Goffman (2009), quando encontramos um desconhecido analisamos fatores tangíveis relacionados à sua aparência e a sua conduta, utilizaremos também as nossas experiências anteriores no estabelecimento de estereótipos não comprovados que nos

auxiliarão no encontro de interação. Porém, se já temos relacionamento com o sujeito envolvido no processo interacional procuraremos a persistência e generalidade de determinados traços psicológicos como uma maneira de prever o comportamento futuro daquela pessoa.

## 4- METODO

*O conhecimento é o simples resultado da ação recíproca, encontro junção, luta e compromisso entre os instintos. Alguma coisa é produzida, porque os instintos se encontram, brigam entre si, e, ao final da sua batalha, finalmente chegam a um compromisso. Este compromisso é o conhecimento.*

*MICHAEL FOUCAULT*

### 4.1 OPÇÃO TEÓRICO- METODOLÓGICA

A abordagem da pesquisa é qualitativa, por proporcionar a compreensão fundamental da linguagem, das percepções, dos significados, da linguagem, das atitudes e dos valores das pessoas (MINAYO, 2011). A pesquisa qualitativa entende que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida por seus próprios autores. Para Chizzotti (2003), o termo qualitativo implica uma partilha profunda com pessoas, fatos e locais que constituem projeto de pesquisa. Pretende-se extrair deste convívio os significados visíveis e latentes que somente são perceptíveis a uma atenção sensível. O autor deve interpretar e traduzir em um texto, com perspicácia e competência científicas, os significados patentes ou ocultos do seu objeto de pesquisa.

A pesquisa qualitativa vem se estabelecendo nas ciências sociais e na psicologia (FLICK, 2004) já que é um meio de investigar problemas que existem, mas talvez não tenham sido de fato problematizados devido aos instrumentos de investigação disponíveis (VIEIRA; ZOUAIN, 2004). Segundo Richardson (1999, p. 80) estudos que utilizam a abordagem qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais, podendo também contribuir no processo de mudança de determinado grupo e possibilitar, em maior nível de profundidade, o entendimento das particularidades do comportamento dos indivíduos.

Historicamente, os modelos de investigação qualitativa são estudos compreensivos, a visão de mundo que apoia a escolha metodológica desta pesquisa é o Interacionismo Simbólico que deriva do pensamento compreensivista de Max Weber, este se preocupa com a compreensão interpretativa da ação social (MINAYO, 2005). As teorias compreensivas são reconhecidamente antipositivistas (MINAYO, 2010).

O Interacionismo Simbólico estuda cientificamente a vida humana em grupo e a conduta humana. Esta abordagem percebe a sociedade como um processo; o indivíduo e a sociedade como estreitamente inter-relacionados, e o comportamento humano como uma parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica do self social e do grupo social (HAGUETTE, 1997).

De acordo com Mead (1962), toda a atividade grupal se baseia no comportamento cooperativo. O Interacionismo Simbólico se diferencia de outras abordagens das ciências sociais por dois aspectos pontuais: primeiro, ele aloca uma importância fundamental ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano. Em segundo lugar, concebe o sentido como emergindo do processo de interação entre as pessoas (HAGUETTE, 1997).

O estudo será realizado a luz da dramaturgia de Goffman, esta abordagem é uma tendência surgida no interior da tradição do Interacionismo Simbólico e parte da concepção da representação teatral (NUNES, 2005). Nesta perspectiva cada um desempenha um papel, interagindo com os outros por comportamentos verbais e físicos, utilizando a aparência e o desempenho para convencer o outro de sua atuação. Quando o indivíduo está em contato com outro está representando e beneficiando-se de uma prática dramática (GOFFMAN, 2009).

Quanto aos objetivos deste trabalho, será realizada uma pesquisa exploratória, pela intenção de proporcionar maior intimidade com o problema. De acordo Blumer (1969, p. 33), a “postura inicial do cientista social e do psicólogo, quase sempre, carece de familiaridade com o que de fato ocorre na esfera da vida que ele se propõe estudar”. De acordo com Raupp e Beuren (2003, p. 80) a caracterização do estudo como pesquisa exploratória normalmente ocorre quando há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada. Por meio do estudo exploratório, busca-se conhecer com maior profundidade o assunto, de modo a torná-lo mais claro ou construir questões importantes para a condução da pesquisa.

A pesquisa é o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas a problemas propostos e é desenvolvida mediante conhecimentos disponíveis e utilização cuidadosa de métodos (GIL, 2007). De acordo com Lakatos e Marconi (1995, p. 83), método é “O conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permite alcançar o objetivo – conhecimentos válidos e verdadeiros -, traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do cientista”.

Nicola (2005, p. 222), embasado no pensamento de Descartes, concorda com os autores há pouco citados, sendo este mais enfático ao definir:

Método é o conjunto de regras e de prescrições capazes de evitar o erro e garantir a validade do resultado. A formalização de um método geral de pensamento (particularmente o pensamento científico) foi tenazmente perseguida nos primórdios de revolução científica moderna, sendo depois abandonada devido às dificuldades que apresentava. Efetivamente, especificar com exatidão as etapas necessárias de um método cognitivo correto equivaleria a explicar a natureza da inteligência e da criatividade.

Minayo (2010) apresenta uma definição de pesquisa da qual me aproximo:

Pesquisa é a atividade básica das ciências na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino. Pesquisar constitui uma atitude e uma prática teórica de constante busca e, por isso, tem a característica do acabado provisório e do inacabado permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação.

A pesquisa discute o ser humano em sociedade, nasce de uma inserção no real, investiga o fenômeno saúde e a sua representação pelos atores que atuam no campo, sejam estes: instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários, trata-se, portanto, de uma pesquisa social em saúde de acordo com o descrito por Minayo (2011, p.47).

Segundo Blumer (1969), é possível depreender que em relação às escolhas metodológicas, os procedimentos devem se propor a uma análise empírica e não filosófica que permita um conhecimento verificável da vida humana em grupo e sobre a conduta humana. Estas orientações são essenciais às escolhas definidas nas próximas seções.

Quanto aos meios, utilizar-se-á a pesquisa de campo que, segundo Vergara (2003, p. 47-48), é “a investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-lo”. Minayo (2011) destaca um ponto fundamental acerca da pesquisa de campo que é a necessidade de “levar para a prática empírica a construção teórica elaborada”. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica (que será ampliada) para construir um referencial teórico que dará suporte à pesquisa de campo, bem como, conhecer e analisar as contribuições já existentes sobre o tema (CERVO; BERVIAN, 1983).

A pesquisa de campo além de construir um conhecimento empírico, facilita uma aproximação do pesquisador com realidade abordada e favorece a interação com os atores implicados, aspecto fundamental para as pesquisas sociais (MINAYO, 2011).

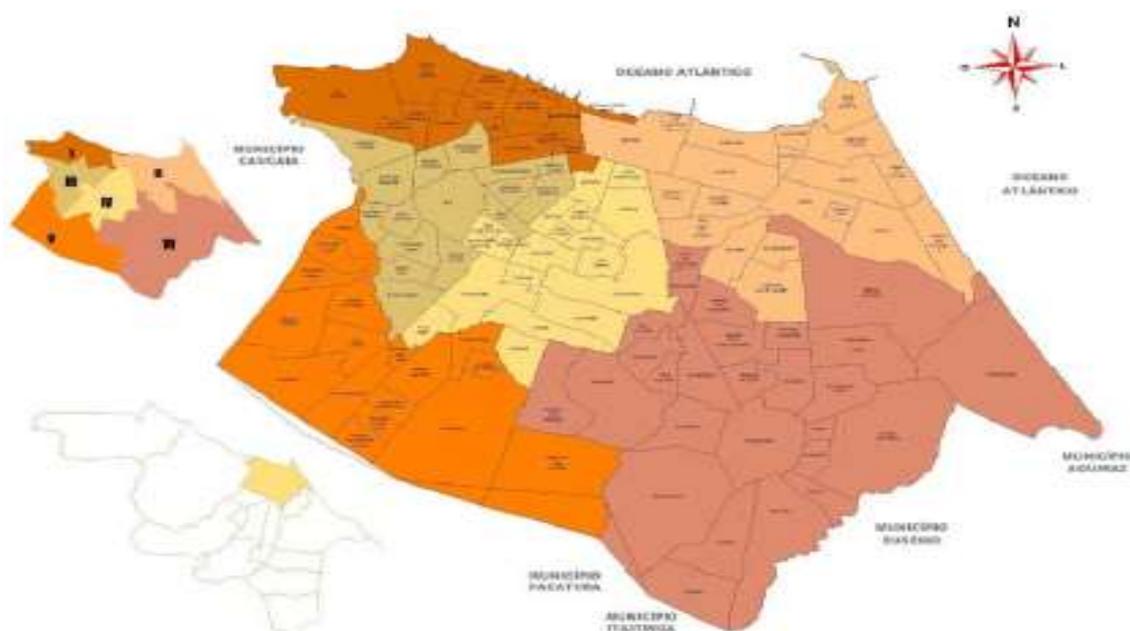
## 4.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.2.1 Cenário da pesquisa

O município de Fortaleza está localizado no litoral norte do estado do Ceará, com área territorial de 313,8 km<sup>2</sup>. Limita-se ao norte com Oceano Atlântico, ao leste Oceano Atlântico e com os municípios de Eusébio e Aquiraz ao sul com os municípios de Maracanaú, Pacatuba e Itaitinga e a oeste com os municípios de Caucaia e Maracanaú<sup>1</sup>.

O município de Fortaleza está dividido em 119 bairros distribuídos nas 06 (seis) regiões administrativas denominadas de Secretarias Regionais (FIGURA 2).

**FIGURA 2 - Distribuição dos bairros por Secretarias Regionais de Fortaleza, CE.**



Fonte: SMS/PMF/COVIS/CEVEPI, 2014.

Dos 119 bairros oficiais de Fortaleza estão distribuídos nas Secretarias Regionais na seguinte conformidade:

Secretaria Regional I (15 bairros): Alagadiço/São Gerardo, Álvaro Weyne, Arraial Moura Brasil, Barra do Ceará, Carlito Pamplona, Cristo Redentor, Farias Brito, Floresta, Jacarecanga, Jardim Guanabara, Jardim Iracema, Monte Castelo, Pirambu, Vila Ellery, Vila Velha;

Secretaria Regional II (21 bairros): Aldeota, Cais do Porto, Centro, Cidade 2000, Cocó, Dunas, Engenheiro Luciano Cavalcante, Estância (Dionísio Torres), Guararapes, Joaquim Távora, Lourdes, Meireles, Mucuripe, Papicu, Praia de Iracema, Praia do Futuro I, Praia do Futuro II, Salinas, São João do Tauape, Varjota, Vicente Pinzón;

Secretaria Regional III (17 bairros): Amadeu Furtado, Antônio Bezerra, Autran Nunes, Bela Vista, Bonsucesso, Dom Lustosa, Henrique Jorge, João XXIII, Jóquei Clube (São Cristóvão), Olavo Oliveira<sup>2</sup>, Padre Andrade (Cachoeirinha), Parque Araxá, Parquelândia, Pici (Parque Universitário), Presidente Kennedy, Quintino Cunha, Rodolfo Teófilo;

Secretaria Regional IV (19 bairros): Aeroporto (Base Aérea), Benfica<sup>3</sup>, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaóca, Itaperi, Jardim América, Jose Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Peri, Vila União;

Secretaria Regional V (18 bairros): Bom Jardim, Canindezinho, Conjunto Ceara I, Conjunto Ceara II, Conjunto Esperança, Genibaú, Granja Lisboa, Granja Portugal, Jardim Cearense, Manoel Sátiro, Maraponga, Mondubim, Parque Presidente Vargas, Parque Santa Rosa, Parque São José, Prefeito Jose Walter, Siqueira;

Secretaria Regional VI (29 bairros): Aerolândia, Alto da Balança, Ancuri, Barroso, Boa Vista<sup>4</sup>, Cajazeiras, Cambeba, Cidade dos Funcionários, Coaçu, Curió, Dias Macedo, Edson Queiroz, Guajerú, Jangurussu, Jardim das Oliveiras, José de Alencar (Alagadiço Novo), Lagoa Redonda, Lagoa Sapiranga (Coité), Messejana, Palmeiras, Parque dois Irmãos, Parque Iracema, Parque Manibura, Parque Santa Maria, Passaré, Paupina, Pedras Sabiaguaba e São Bento.

Em cada Secretaria Regional funcionam as Coordenadorias de Saúde, Educação, Meio Ambiente, Assistência Social e Infraestrutura, dentre outras.

Há ainda a Regional Central que abrange apenas o Bairro centro de Fortaleza. Esta Regional possui como característica o atendimento secundário através de equipamentos de rede especializada.

Dessas regiões de saúde a pesquisa ocorreu na Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC)- Regional III, no Centro Regional Integrado de Oncologia (CRIO)- Regional I, no Departamento de saúde coletiva da UNIFOR- Regional VI, Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI)- Regional VI, no Grupo de Educação e Estudos em Oncologia

(GEEON)- regional III, e finalmente em 3 (três) Consultórios privados (3), sendo 2 (dois) destes na Aldeota e 1 (um) no Dionísio Torres, todos localizados na regional de Saúde II em Fortaleza.

Importante destacar que a apresentação das regionais da cidade de Fortaleza, supracitada nesta pesquisa tem papel descritivo de contexto geográfico, e, não apresenta interlocução direta com os objetivos do trabalho.

Os participantes da pesquisa foram determinados de forma não probabilística e intencional, os informantes abordados foram dez (10) médicos com exercício profissional, similar e simultâneo, em serviços público e privado. Foi também critério de seleção o tipo de especialidade médica, o exercício desta deveria pressupor relação direta e pessoal com os pacientes. A identidade dos informantes foi preservada pela utilização de codinomes (os médicos escolheram personagens com os quais se identificavam).

O número de informantes foi definido pela saturação teórica dos dados, isto é, quando ocorreu durante a coleta das narrações e a análise, o aprofundamento conceitual das questões levantadas durante o processo e os objetivos definidos. Esta ferramenta atenta para a representatividade dos conceitos que deverão emergir durante a aplicação dos instrumentos de investigação. A Amostragem teórica é uma ferramenta frequentemente empregada em pesquisas qualitativas no campo da Saúde. É usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

#### 4.2.2 Dimensões éticas da pesquisa

Foram acatados todos os aspectos éticos e legais de pesquisa presentes na resolução Nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regula a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Este trabalho faz parte do Projeto de Pesquisa “MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES” financiado pela Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa/FUNCAP, com recursos do Programa de Pesquisa para o SUS/PPSUS-REDE. Este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – UFC e teve aprovação sob o parecer: 137.055/2013 (ANEXO 2)

O componente ético fez parte de todas as etapas da pesquisa e os princípios da bioética foram respeitados: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Antes de iniciar a

aplicação de qualquer instrumento de investigação os participantes foram informados acerca; dos objetivos e técnicas utilizadas na pesquisa, do respeito à recusa e do consentimento livre e esclarecido expresso por assinatura em termo (APÊNDICE A). Neste instrumento, estão contidas todas as informações relevantes sobre a pesquisa e o contato da entrevistadora para o caso de dúvidas. Foi solicitada a participação voluntária no estudo, enfatizando que não haveria qualquer risco ou prejuízo ao participante. Além disso, são garantidos o sigilo e a privacidade das informações, assegurando o uso do material exclusivamente para fins de pesquisa.

#### 4 2.3 A busca das narrações, técnicas e instrumentos de investigação.

A coleta das informações correu no período de novembro de 2015 a dezembro de 2015, através das técnicas entrevistas abertas e desenvolvimento de Desenhos-disparadores. Os participantes da pesquisa foram entrevistados em seus ambientes de atuação profissional, de acordo com a sua preferência, e mediante agendamento prévio. A decisão de abordar os sujeitos em seus cenários de prática tem base na teoria dramaturgica e pretende realçar o palco de onde se fala.

Mediante a aceitação dos médicos em participar da pesquisa e após a assinatura do termo livre e esclarecido foi dado início a coleta de dados. Todas as interações ocorreram em espaço reservado a fim de evitar qualquer constrangimento ou falta de privacidade. Inicialmente o (a) médico (a) foi solicitado a escolher um personagem com o qual se identificava para ser o seu codinome, preservando assim a sua identidade, em seguida preencheu um pequeno questionário acerca de sua idade, gênero, instituição de graduação, ano de formatura e especialidade.

Nesta pesquisa utilizou-se o Desenho-disparador e a entrevista como instrumentos de investigação. Os entrevistados foram solicitados a desenvolver um desenho que representasse a imagem que eles tinham a respeito da frase disparadora: *“Porque no consultório elas são minhas clientes, elas pagam pra eu atender, né? E no Instituto de Prevenção do Câncer, elas são minhas pacientes, né? ”*. O objetivo do desenho foi facilitar a demonstração de emoções (BOMFIM, 2003). A utilização de desenhos em pesquisas empíricas pode estimular as dimensões emocionais e psicológicas, pouco enfatizadas por métodos de cunho racional. A interpretação ficou a cargo do (a) médico (a) que desenvolveu o desenho e não da

investigadora. Não é objetivo deste trabalho identificar o significado do desenho em si, a fonte essencial de dados refere-se ao relato dos próprios sujeitos (VERGARA, 2005).

A gênese do desenhar encontra-se nas condições sociais e históricas em que os sujeitos estão inscritos e nas transformações que a imaginação permite realizar. O procedimento de Desenhos-Estórias elaborado por Walter Trinca, na década de 1990, vem sendo amplamente empregado em pesquisa por sua simplicidade e adaptabilidade aos diferentes sujeitos e contextos. São necessários apenas lápis, uma folha de papel e o clima emocional adequado para que alguém faça um desenho. A singeleza, entretanto, é apenas aparente, pois o alcance científico e a capacidade do instrumento possibilitam uma ampliação da contextualização e uma riqueza de resultados (VALGUEIRO, 2013).

O instrumento de Desenhos-Estórias foi introduzido por Walter Trinca, em 1972, como ferramenta de investigação clínica da personalidade. Na escrita deste procedimento manteve-se a grafia "estória", ao invés de "historia", embora esta seja a exclusiva e recomendada hoje em dia (HOUAISS; VILLAR, 2009).

Vem sendo amplamente empregado em pesquisa por sua simplicidade e adaptabilidade aos diferentes sujeitos e contextos. São necessários apenas lápis, uma folha de papel e o clima emocional adequado para que alguém faça um desenho. A singeleza, entretanto, é apenas aparente, pois o alcance científico e a capacidade do instrumento possibilitam uma ampliação da contextualização e uma riqueza de resultados (VALGUEIRO, 2013). Para Trinca (1972) o desenho livre, associado a estórias, constitui instrumento com características próprias para obtenção de informações sobre a personalidade em aspectos que não são fluentemente detectáveis pela entrevista psicológica direta.

A técnica de aplicação dos Desenhos-Estórias é bastante simples, coloca-se uma folha de papel na posição horizontal. Solicita-se ao examinando que faça um desenho livre, mesmo quando concluído, este não é retirado da frente do sujeito. O examinador solicita, então, que o entrevistado conte uma estória associada ao desenho, concluída a etapa, passa-se ao "inquérito", nesta etapa pode ser solicitado quaisquer esclarecimentos necessários à compreensão e à interpretação do material produzido, tanto no desenho quanto na estória. Ainda com o desenho diante do examinando, pede-se o título da estória, nesse ponto, retira-se o desenho da vista do examinando. Com isso, está concluída a primeira unidade de produção, composta das etapas: desenho livre, 'contação' da estória, "inquérito", título e demais

elementos relatados. Pretende-se conseguir cinco unidades de produção, seguindo os mesmos procedimentos metodológico, em uma única sessão de 60 minutos. Não se alcançando as unidades, ainda que utilizado o tempo de duas sessões, será considerado e avaliado o material que produzido (TRINCA, 2001).

O procedimento do Desenho-Estória pode ser desenvolvido com um tema determinado que pode ser escolhido em função das necessidades do examinando e/ou examinador. Essa variação foi introduzida para focar de forma direta algum aspecto específico. Uma dificuldade relatada com o emprego desta forma de Desenho-Estória incide em fazer o examinando se confrontar diretamente com suas dificuldades, criando assim possíveis resistências. Apesar disso, tem sido usado com sucesso em diversas abordagens metodológicas. (TRINCA, 2001)

Em 1978, o mesmo autor expõe um desdobramento do instrumento desenvolvido e apresenta o procedimento de Desenhos de Família com Estórias - DF-E, que consiste na realização de quatro desenhos de família a partir dos seguintes comando: desenhe uma família qualquer; desenhe uma família que gostaria de ter; desenhe uma família em que alguém não está bem; desenhe a sua família. Os passos seguintes seguem o roteiro do procedimento dos Desenhos-Estórias: contar uma estória sobre o desenho, inquérito e criação de título do desenho. O procedimento permite identificar possíveis conflitos familiares e suas implicações no desenvolvimento da criança, o aspecto lúdico do desenho permite a realização da pesquisa com a população de infantil (TRINCA, 2001). Inicialmente a aplicação deste instrumento ocorria com a pessoas de cinco a quinze anos de idade. Atualmente se observa que a faixa etária pode ser estendida para crianças a partir de três anos a adultos de todas as idades (TRINCA, 2013).

O procedimento do Desenho-Estória já sofreu diversos desdobramentos, tanto quanto a sua aplicação, quanto aos objetivos almejados, dando origem assim a novos instrumentos de pesquisa. Diante de todas estas questões de complexidade e dinamismo dos caminhos metodológicos, e na busca pelo equilíbrio entre um trabalho cientificamente rigoroso e ao mesmo tempo liberto de teias que possam aprisionar uma contribuição legítima e relevante, me utilizei da criatividade como arcabouço para as escolhas metodológicas. Ao longo de minha trajetória acadêmica, como pesquisadora qualitativa, utilizei a confecção de desenhos-disparadores como técnica para a obtenção de dados das pesquisas. O Desenho-disparador é

um desdobramento do desenho-estória de Trinca, principiei a construção desta ferramenta em minha dissertação de mestrado.

A abordagem ocorreu por meio do desenvolvimento de Desenhos-disparadores e de entrevistas abertas, os entrevistados foram solicitados a desenvolver um desenho que representasse a imagem que eles tinham a respeito da frase disparadora *“Porque no consultório elas são minhas clientes, elas pagam pra eu atender, né? E no Instituto de Prevenção do Câncer, elas são minhas pacientes, né?”*. Para a confecção do desenho, foram fornecidos aos informantes: folhas de papel A4, lápis de cor, canetas hidrográficas, canetas esferográficas e lápis de escrever. Durante o desenvolvimento do desenho os médicos foram deixados sozinhos e o tempo foi livre, quando estes consideravam ter finalizado esta etapa a entrevistadora era chamada de volta ao recinto.

Todos os entrevistados concordaram em fazer seus desenhos, apenas 1(um) dos médicos não disponibilizou este para a apresentação na pesquisa, para a confecção do desenho, foram fornecidos aos informantes: folhas de papel A4, lápis de cor, canetas hidrográficas, canetas esferográficas e lápis de escrever. Os desenhos desenvolvidos estão apresentados no APÊNDICE (E). Esta ferramenta foi utilizada como estratégia metodológica auxiliar e posicionada, estrategicamente, no início do instrumento com o intuito de deflagrar um processo de representações imagéticas antes que o entrevistado iniciasse sua expressão verbal.

A entrevista é a técnica de obtenção de informações em que o investigador se apresenta pessoalmente à população selecionada e formula perguntas, com o objetivo de obter dados necessários para responder à questão estudada (COLAUTO; BEUREN, 2003, p. 131). Para Haguette (1997, p. 86), a entrevista pode ser definida como “um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações por parte do outro, o entrevistado”. Ainda para a mesma autora, o processo de interação contém quatro componentes: o entrevistador, o entrevistado, a situação e o instrumento de coleta de dados ou roteiro de entrevista.

Nesta pesquisa, a obtenção das narrações ocorreu por meio de entrevista aberta ou em profundidade, direta e pessoal. Para o manuseio desta ferramenta, foi papel da pesquisadora fazer emergir: motivações, percepções crenças, atitudes e sentimentos. O informante foi solicitado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do investigador, buscaram dar

aprofundamento às reflexões (MINAYO, 2010). A análise dos dados se deu de forma comparativa e constante, o que permitiu a compreensão dos significados (derivados da interação social) sob a perspectiva do participante. Todo o material gravado foi transcrito e os desenhos escaneados, respeitando a integridade absoluta dos mesmos.

A realização de todas as etapas da abordagem direta com cada um dos médicos durou em média 2(duas) horas, entre apresentação inicial, leitura e assinatura do termo livre e esclarecido, explicação acerca da metodologia utilizada, desenvolvimento do desenho e realização da entrevista.

#### 4.2.4 - Plano de análise e interpretação das informações

A análise das informações seguiu alguns passos, sugeridos por Minayo (2013) e adaptado por Assis e Jorge (2010), que constaram da ordenação dos dados, classificação e análise final dos mesmos. O intuito foi o de estabelecer relações dialéticas entre as diferentes fontes, num processo de confronto do material empírico e o referencial teórico norteador, para chegar, finalmente, a considerações que deem conta de explicar as questões relacionadas a compreensão dos encontros entre médicos e pacientes nos cenários dos serviços de saúde público e privado.

Na primeira etapa, a ordenação, foi realizada a organização do material, complementar à leitura do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nos discursos. Nesse momento, ocorreu o primeiro contato com o material empírico coletado, foram feitas as transcrições dos áudios, a leitura geral do material transcrito e a organização das diferentes narrações dos médicos contemplados nas entrevistas e Desenho-disparador.

A segunda etapa de classificação das informações correspondeu à construção das narrações empíricas que tomou como base a teoria que sustenta a pesquisa. Esta etapa consistiu no conjunto de informações que foram submetidas aos procedimentos analíticos, orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Esta fase será desenvolvida em dois momentos:

1º momento: Realizou-se a leitura exaustiva e “*flutuante*” do material coletado nas entrevistas, na busca de estabelecer núcleos de sentido, a partir das ideias centrais sobre o tema em questão.

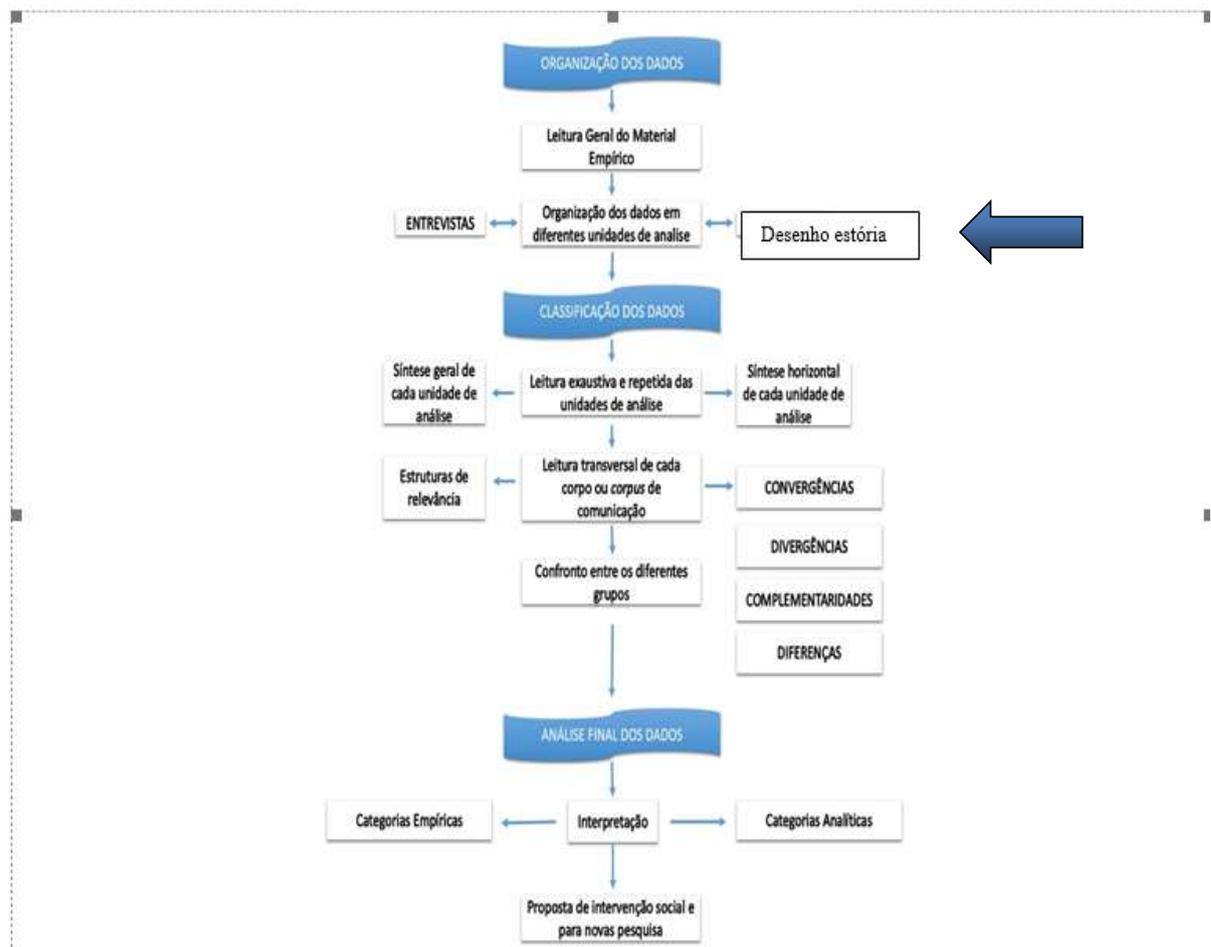
Este momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos entrevistados, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais - permitindo mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por unidade temática analisada como convergentes e divergentes, complementares e diferentes. Destacou-se nesse momento, as “*estruturas de relevância*”, que significam, para Minayo (2013), a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

Em cada entrevista recortou-se trechos de discursos correspondentes aos núcleos de sentido e, em seguida, realizou-se a síntese analítica. Ao final, montou-se um quadro, o grupo de entrevistados, nos quais confrontou-se com os núcleos de sentido de cada texto, entre si. Como resultado das sínteses horizontais entre os sujeitos pesquisados e de contínuas leituras do conteúdo das entrevistas, construiremos as temáticas empíricas do estudo.

2º momento: leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações, estruturados a partir dos núcleos de sentido, percebidos nos diferentes grupos que compõe a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, as questões orientadoras e aos pressupostos teóricos.

A terceira etapa do estudo, foi a análise final das entrevistas e textos produzidos pelo Desenho-disparador. Enfatiza-se, nessa forma de análise, segundo Assis e Jorge. (2010), o encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais que são estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social. Para a análise do contexto, exigiu-se um movimento contínuo entre os dados empíricos e o referencial teórico eleito pelo pesquisador, este fluxo está representado na FIGURA 3.

FIGURA 3- Desenvolvimento da análise



Fonte: adaptado de Assis e Jorge (2010)

Os 11 núcleos de sentidos produzidos pela análise estão destacados: (1) Personagem de vida; (2) Construção social do ‘personagem Médico’; (3) A formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática; (4) A atuação médica nos diferentes cenários - Eu e os outros; (5) A montagem física-circunstancial do personagem; (6) A máscara na qual me escondo; (7) Sentimento do ‘personagem médico’; (8) Cenário físico-estrutural e acesso a procedimentos, materiais e medicamentos.; (9) Clima organizacional e organização de processos.; (10) Produtividade - o tempo, a produção e a remuneração.; (11) Outros personagens em cena.

Os Núcleos de Sentidos foram agrupados em 4 (quatro) temáticas, são as seguintes: (1) A Construção e a atuação do personagem médico em situações e cenários distintos (NSs-1, 2,

3, 4, 5, 6 e 7); (2) A visão do médico acerca da atuação dos pacientes no cenários público e privado; (3) Cenários estruturais e organizacionais dos setores Público e Privado (NSs-8, 9, 10 e 11); (4) O sentido da experiência: percepção sobre a entrevista com o uso do desenho-disparador, como propulsores da compreensão da relação médico-paciente..

Esses núcleos de sentidos e as temáticas estão apresentados em forma de mapa conceitual na FIGURA 4

FIGURA. 4 - Mapa conceitual



Fonte: autora; 2016.

## 5 DESCOBERTA E CONSTRUÇÃO DE TEMAS: RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 10 profissionais médicos que atuam em serviços público e privado, nas áreas de cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, radioterapia, oncologia clínica, cirurgia oncologia, clínica médica, nefrologia e mastologia, com idades de 32 a 71 anos, onde prevaleceu o sexo masculino (07), todos com titulação mínima de especialista/residência médica. A identificação dos codinomes foi decidida pelos participantes, que decidiam qual personagem melhor os caracterizava, os entrevistados foram analisados por meio destes no estudo e foram denominados “personagem de vida”, estes consistem em: **O Matuto, Dom Quixote, Scarlett, Meu pai, O Oncologista, Hipócrates, Dr. House, Rainha Elsa, Robin Hood e Penélope Chamosa.**

### 5.2 ANÁLISE DAS TEMÁTICAS

#### TEMÁTICA I - **A construção e a atuação do personagem médico em situações e cenários distintos**

Para a melhor compreensão do texto, é importante depreender que a TEMÁTICA I trata, em todos os seus núcleos de sentidos, ‘do olhar do médico sobre o médico, seja este ele mesmo ou seus colegas de profissão’. A temática construiu-se dos núcleos de sentidos: Personagem de vida; Construção social do personagem ‘Médico’; Contribuição da formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática; A atuação médica nos diferentes cenários - Eu e os outros; A montagem física-circunstancial do personagem; A máscara na qual me escondo; Sentimento do personagem médico

#### **Núcleo de sentido 1- Personagem de vida**

Quando os entrevistados foram solicitados a indicar um personagem com quem se identificavam para lhe servir de codinome, a maioria pareceu surpreso, mas, de um modo geral, não delongaram para definir sua opção, e até se divertiram, o que contribuiu para o andamento da abordagem e a confecção do Desenho-disparador, como indica Valgueiro (2013), o clima emocional adequado facilita o desenvolvimento deste instrumento. Ao final

da entrevista os participantes ficaram intrigados de como a escolha, aparentemente inocente, do personagem podia dizer tanto de si, fosse no aspecto profissional e/ou pessoal. Os nomes dos personagens selecionados estão destacados em negrito, de modo a facilitar ao leitor a identificação e a assimilação destes.

**O Matuto** refere que este é um personagem estigmatizado pelo preconceito de ser do Interior, para Goffman (2012) o conceito de estigma é permeado pela ideia de presença física entre estigmatizados e normais, uma dada característica pode ser um estigma, sobretudo quando a sua implicação de descrédito é relevante. O autor concebe o conceito de estigma numa perspectiva Social salientando a interação como responsável pela construção social dos significados. Apontando uma vivência própria, se sentindo reputado pouco alfabetizado, mas com sua experiência tem muito que ensinar, apontando que a bagagem que herdou da família e os valores que não se encontra nos livros devem ser valorizados. A fala do personagem sugere ainda a dificuldade da caminhada entre a vida no interior e a formação acadêmica.

Eu nasci no interior e o matuto é o estigmatizado, é a pessoa que não sabe de nada, que foi pouco educado, pouco alfabetizado... mas se a gente for observar direitinho o matuto, (...), a gente tem muito a aprender com o matuto, o matuto tem muito o que ensinar, é aquela pessoa mais calada, mais quieta, mas que tem uma experiência de vida enorme que herdou do que escutava dos familiares (...) naquele tempo, as famílias conversavam mais, vai passando de pai pra filho as coisas que ele aprendeu, coisas que não tem nos livros, que ele também não estudou né?

As imagens referenciadas pelos médicos estão relacionadas a questões pessoais e profissionais, como por exemplo, a **Rainha Elsa** (Personagem fictícia do filme de animação Frozen) que fala para sua filha sobre a independência da mulher, apontando para a relevância do poder de decisão, que se apresenta no campo pessoal e profissional. Ela menciona a não obrigatoriedade de a filha encontrar o “príncipe encantado” bem como demonstra a importância de incorporar sua personagem para se posicionar firmemente no centro cirúrgico sendo ela mulher.

(...) a minha filha perguntou pra mim “porque que a **Rainha Elsa** não tinha um príncipe?” todas as princesas tem príncipe: Branca de Neve, Bela Adormecida, por que a **Rainha Elsa** não tem príncipe? Porque ela não precisa de príncipe, ela briga sozinha por ela mesma, entendeu? E eu me identifico muito (...) em termos de realização profissional, né? eu gosto da minha família e tudo, mas eu também (...) queria crescer profissionalmente, me tornar uma profissional melhor (...) eu não queria ficar com a sombra de ninguém (...) ter a minha luz própria, como a **Rainha Elsa** (...) as vezes a gente procura passar uma certa confiança, né? (...) eu opero, (pausa) então assim, dentro do ambiente cirúrgico, as vezes a gente tem que se impor porque se a gente não se impõe a gente fica meio que abaixo pelo fato de ser mulher (...) Então tem que dar uma de **Rainha Elsa**, porque que fulano pode eu não? Porque eu sou mulher? Não, não é assim não, eu tive a mesma formação, estudei, eu me capacitei (...)

A **Scarlett** também menciona a presença de sua personagem na sua vida pessoal e profissional, sua fala produz significado de ser uma personagem que luta e não desiste, imprimindo a celebre frase de Scarlett O'hara “amanhã eu choro, hoje eu tenho que reconstruir Tara” do clássico filme “E o vento levou”. A médica relata que esta postura é percebida por todos a sua volta, seja no âmbito profissional ou pessoal. Várias de suas senhas pessoais contêm a palavra **Scarlett**.

“Amanhã eu choro, hoje eu tenho que reconstruir tara” (...) a questão de **Scarlett** é exatamente essa entendeu? Assim, ou a gente para pra ficar chorando e não sai do canto nunca mais, ou a gente põe a mão na massa, arregança as mangas e vai em busca daquilo que a gente quer né? Eu sou extremamente proativa, sempre fui desde criança, sempre lutei pelo o que eu queria. (...) então assim, é uma personagem pra mim extremamente forte que me apareceu na infância e depois me apareceu várias outras vezes na minha adolescência e outras coisas, ela é senha de várias coisas minhas (...)

**Penélope Chamosa** faz menção à importância que se deve dar a exterioridade; a médica imprime esta postura tanto nos cenários público quanto privado. A personagem percebe que o paciente se sente valorizado com o cuidado dela com as vestimentas e aparência.

(...) “a minha doutora toda arrumada, olha lá vem minha doutora, como minha doutora é chique, como minha doutora se arruma pra mim” entendeu? É a questão de você prestigiar o seu paciente, assim (pausa) “hoje eu sai de casa, eu me arrumei pra você, pra lhe receber (pausa) então eu estou lhe prestigiando, eu estou lhe dando o melhor de mim” (pausa) entendeu? Igual (pausa) oh! No salto (mostrando o sapato de salto alto) igual, igual, igual, igual, do mesmo jeito que eu me arrumo pra vir pra cá (Consultório Particular) eu me arrumo pra ir pro posto.

O personagem fictício **Dr. House**, da série televisiva “House”, se destaca pela capacidade de elaborar excelentes diagnósticos diferenciais, mas também pelo seu mau humor, ceticismo e distanciamento dos pacientes. A concepção de médico do personagem **Dr House** se refere as competências e um ritmo intenso e complexo de trabalho para o qual traz soluções criativas e inusitadas expressas por ele. Desse personagem, que o qualifica apenas no aspecto técnico, apresenta essas dimensões.

É porque é um personagem de uma série que é um médico muito bom, muito experiente que é, trabalha num ritmo assim bem intenso e, como é que eu falo, ele soluciona vários problemas dos mais difíceis aos mais simples, é um ícone assim na medicina (...) mesmo no cenário adverso ele (**Dr. House**) procuraria alguma solução pro problema, ele dá um jeito, entendeu? Ele faz o que tem que ser feito. (...) dá um jeito de resolver na medida do possível, fazer o que pode pra tentar resolver o problema do paciente. Porque eu acho que o objetivo da minha profissão é resolver o problema das pessoas, problema de saúde entendeu? (...) mas muitas vezes a gente tem que dá um suporte psicológico e social pra aquele paciente, entendeu?

Por sua vez **Dom Quixote** (Personagem do livro Dom Quixote de La Mancha, de Miguel de Cervantes) representa sua imagem baseada no sentimento de impotência frente a realidade de adoecimento, desvelando que as doenças revelam facetas de desconhecimento, então passa a buscar conhecimento que parecem nunca ser suficientes.

(...) há uma sensação de que se sabe muito pouco de tudo e que as doenças, cada vez mais, mostram facetas desconhecidas e aí, vendo esse inimigo desconhecido de mil e uma faces a gente se sente muito pequeno na capacidade de vencer esses monstros que assumem as mais variadas formas, nas mais variadas épocas e eu termino me sentindo exatamente igual ao médico primitivo que desconhecia as coisas que a gente hoje acha que são tão simples, mas hoje surgiram coisas tão mais complexas que nos tornam exatamente igual aqueles primeiros que começaram a exercer a medicina. E por isso o **Dom Quixote** continua o mesmo desde o início da medicina.

**Robin Hood** se considera preocupado com o acesso ao tratamento de pessoas humildes, sem condições monetárias, e busca ajudar através de um atendimento humanizado. Ele trabalha em um serviço que atende diversas modalidades de pacientes, quando necessário, o mesmo abre mão de seus honorários bem como disponibiliza procedimentos exclusivos do setor privado, para usuários do SUS, na condição destes não resultarem em custos para a instituição.

(...) existem alguns tratamentos de radioterapia que o SUS não paga, eventualmente a gente deixa de ganhar pra fazer um tratamento melhor pro paciente, porque a gente tem a disponibilização daquela tecnologia. Então como não vai onerar muito eu pego uma paciente de SUS e submeto-o aquele tratamento, as vezes a gente deixa de ganhar pra poder dar um tratamento melhor pro paciente por questão tanto de satisfação, de você ter um resultado melhor, até as vezes por questão de segurança (...)

**O Oncologista** como se denomina em sua personagem denota uma característica intrínseca de ter nascido oncologista, portanto a escolha da especialidade foi natural. **O Oncologista** relata acerca da sua timidez e de como esta o auxilia do desempenho de sua atuação. O ator parece se enrustir do personagem, o mesmo relata ainda que passa a maior parte de seu tempo investido deste personagem. (...) “isso é uma coisa que vem junto com a gente, no fim das contas passo a maior parte do meu tempo no ambiente profissional, e as pessoas lembram de mim quando querem falar com um oncologista.”

**Hipócrates** demonstra relação apenas profissional com o personagem, remetendo ao juramento de **Hipócrates** que mergulha na reflexão acerca dos princípios éticos na profissão e da humanização do médico. O mesmo ressalta a questão da finitude por meio do câncer. A palavra câncer permanece relacionada a morte no imaginário popular, pessoas carregam

memórias de perdas de entes querido e longos e dolorosos períodos de acompanhamento de tratamento (BUZAID, 2009)

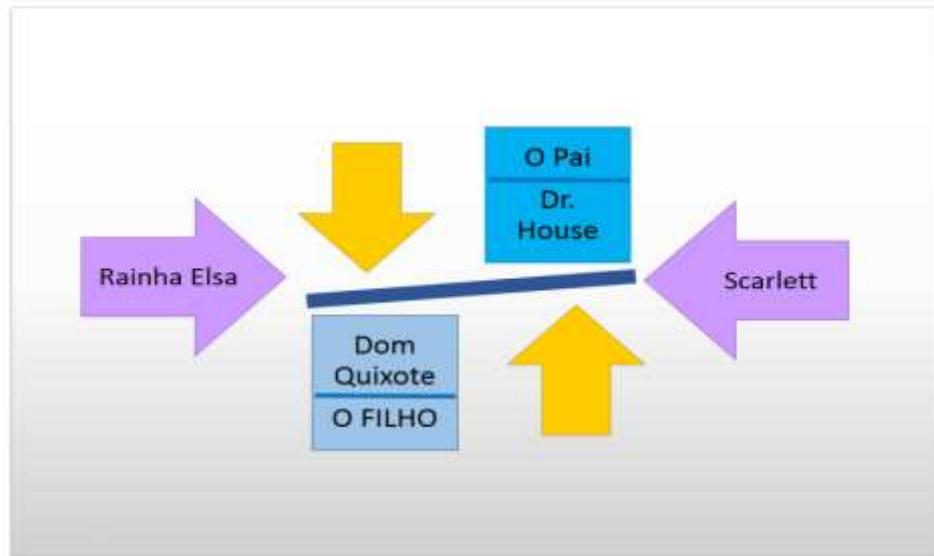
O médico na sua formação, pelo menos na minha, a mais de vinte anos, tem na figura de **Hipócrates** os preceitos da questão ética, algo que nós não podemos afastar, é extremamente importante, nós que lidamos com algo que é de um valor imenso, imensurável que é a questão da saúde, a questão das interações humanas, a questão da doença, a questão da finitude, a questão do câncer... com algo que nos demonstra a nossa fragilidade. Que o médico deve entender que ele tá inserido nesse contexto pra confortar, pra aliviar e pra dar esperança aos pacientes. **Hipócrates** na minha percepção é como o pai da medicina que sintetiza esses preceitos e que nós não podemos nos afastar deles. A medicina deve ser conduzida e praticada com o olhar no ser humano na essência, com a questão da humanização, do ouvir, do escutar, do olhar que não pode ser substituído por nenhuma tecnologia, é algo insubstituível nessa relação.

“**Meu pai**”, o médico entrevistado com menos idade, 32 (trinta e dois) anos, considera o seu pai como exemplo pessoal e profissional, por ser médico, remetendo a questões éticas e de humanização como as pessoas que cuida.

(...) independente do que eu faça quando eu vou tomar alguma conduta eu paro e digo assim: rapaz o que é que meu **pai** faria? Entendeu? Eu paro e penso, porque ele é uma pessoa muito sensata, como profissional e como pessoa (...) Eu me espelho muito no meu pai, meu pai é médico também e eu vivi a minha infância, a minha adolescência vendo as coisas que ele trazia pra casa pra conversar, pra discutir, como ele conduzia os pacientes

Apreende-se que os médicos se intitulam como personagens fictícios e da vida real, estes personagens idealizam os seus próprios contextos social, histórico e cultural. Em algumas narrações, questões alusivas a ‘poder’ ficaram evidentes em uma perspectiva relacional. O achado encontra apoio no pensamento de Foucault (2000) para quem o poder não existe, o que existe são as relações de poder. A FIGURA 5 busca representar as relações de poder presentes nas narrativas exploradas neste núcleo de sentido.

FIGURA 5- **Retratação do núcleo de sentido 1- Personagem de vida**



Fonte: autora; 2016.

### **Núcleo de sentido 2: Construção social do personagem 'Médico'**

A opção pela carreira médica traz consigo mudanças fundamentais para o jovem: em plena adolescência, enfrenta a intensa competição do vestibular, aprendendo precocemente a renunciar a desejos e prazeres, preparando-se para a disputa acirrada. Na verdade, a crença de que o médico deve passar por algum tipo de sacrifício para que possa exercer plenamente sua profissão remonta à Grécia antiga. Na mitologia grega, Asclépios fora salvo do ventre da mãe cujo corpo havia sido queimado. As motivações que levariam jovens adolescentes a uma opção profissional tão relacionada à dor, sofrimento e morte, pertencem a dois níveis: conscientes e inconscientes. Do ponto de vista das motivações conscientes, as mais apontadas são: o desejo de compreender, de ver, o desejo de contato, o prestígio social, o prestígio do saber, o alívio prestado aos que sofrem e a atração financeira (RAMOS-CERQUEIRA, LIMA, 2002).

“**Meu pai**” utiliza a metáfora da edificação civil para ilustrar a construção do personagem, ele acredita que o este processo pode mudar de fluxo e de direção de acordo com

a sua satisfação com o que está se desenvolvendo. O mesmo acredita que existem diversos tijolos que compõem esta estrutura, quais sejam: com a família, com os professores, com os colegas de trabalho, com os pacientes e com os próprios erros.

(...) na minha mente a gente vai montando a estrutura né? Como se fosse construindo uma casa, né? Você tem os alicerces, você vai construindo as paredes e aí aquela parede que não tá legal, você vai ajeitando, você vai conversando com os pacientes, você vai atendendo, você vai aprendendo, você não acerta sempre né? Na verdade você vai aprendendo com os erros ... eu escolhi o meu codinome não foi à toa, eu acho que o grande pilar é o que você já é, são coisa que você não tem como mudar, você traz da sua família, então se você não tem um bom pilar em casa vai ser difícil você formar o resto. (...) O paciente é o seu segundo maior professor, você aprende com cada paciente que você vai atendendo... seus professores foram grandes formadores de como eu sou hoje. Ah! e em especial os colegas de trabalho, quando você sai do convívio com os professores, você aprende com eles o que é bom, o que é certo, mas também aprende a não fazer muitas coisas, seja uma técnica cirúrgica que você não gosta, seja uma conduta que ele faz com um paciente...

Na leitura atenta das narrações, apreende-se a vinculação entre o pensamento de “**Meu pai**”, com os conceitos do Interacionismo simbólico que considera o *self* como não é inato, emergindo do processo da experiência social, em que o ser humano se torna indivíduo em consequência de suas relações com os outros indivíduos e com o todo. O indivíduo não se avalia a partir do seu olhar, mas com base na perspectiva dos outros indivíduos e do grupo social (MOCELIN, 2010).

**Scarlett** é enfática ao dizer que a construção do personagem se dá unicamente pela estrutura familiar, ela acredita que o que importa são os valores, os “princípios” ... lá dos primórdios (...), que traz consigo. **O Matuto** e **Hipócrates** também apresentam a família como influenciador desta construção, mas é possível perceber que a influência se exerce no tocante a escolha da profissão, ambos relatam a importância de se ter um médico em famílias do interior. Essas questões estão apontadas nos discursos **Matuto** e **Hipócrates**:

(...) foi muito mais familiar. (...) na minha família não tinha, nenhum médico e antigamente há trinta e tantos anos atrás toda família tinha que ter: um médico, um advogado e um padre (risos) (...) o estímulo mais familiar, o estímulo dos pais, mais por parte de minha mãe (matuto)

Outrossim, **Hipócrates** expressa sua subjetividade em relação aos seus grupos de referências denominadas família, experiências vividas no campo da saúde, para escolha de sua profissão:

(...) Eu já tinha dois tios médicos e de uma maneira, eu acho que incisiva, me inspiraram e me estimularam a fazer medicina. Sou oriundo de duas famílias do interior, onde a questão do médico exerce um papel de extrema importância, você ter um médico na família e ser um médico de uma família no interior já causa um orgulho...

Destaca-se nessa situação interpretada que a família não é somente, uma unidade biológica e natural, mas como um espaço social, portanto, interacional onde cada evento é vivido a partir de significados construídos simbolicamente (ANGELA, 1997).

A **Rainha Elsa** relata que a sua abordagem humana para com os pacientes é fruto do cenário de amor no qual foi criada, mas acredita que não é suficiente ser amável e benevolente os aspectos técnicos moldam fortemente a composição do seu personagem médico.

(...) algumas (pausa) pacientes (pausa) falam isso pra mim, que, é uma característica minha (pausa) é de ser (pausa) humana, assim, até as vezes até demais, hoje eu carrego muito a humanidade no meu lidar com paciente (pausa) mas isso é da minha personalidade, eu (pausa) sou filha única, fui criada naquele cenário de muito amor, muita atenção, dentro de casa, né? e sempre (pausa) eu procurei trazer essa-essa humanidade, no atendimento, no lidar com o paciente, (...)e procuro sempre também me atualizar, nas questões técnicas, porque você não pode ser só um profissional humano, ótimo, botar paciente no colo, mimar mas você não ter conhecimento técnico nenhum pra você dar o melhor pro seu paciente (pausa) então eu procuro TAMBÉM me atualizar, estudar e ir agregando essas coisas (pausa) né pra se tentar ser boa (...) acabei a formação, médica, fiz a primeira residência, fiz a segunda residência, quando acabei a residência, resolvi (pausa) realmente, dar uma engrenagem maior na minha vida pessoal, aí foi quando eu resolvi ter minha filha, engravidar, casar, e agora minha filha já tá (pausa) grandinha, que estou fazendo a pós-graduação (pausa). (**Rainha Elsa**)

O **Oncologista** corrobora com a **Rainha Elsa** e enfatiza que o domínio técnico, a experiência e a segurança são arranjos marcantes para o seu personagem, ele foca explicitamente nas questões técnicas, enfatiza ainda peculiaridades de sua especialidade médica como expressa nas narrações:

Por muito tempo eu tinha até alguma dificuldade de me imaginar como médico (...) isso durante a faculdade mesmo (...) porque vamos dizer que relações interpessoais nunca foram meu forte durante a adolescência, e essa é uma profissão que você tem que tá em contato com pessoas o tempo todo, sejam clientes, sejam colegas. E eu tinha alguma ansiedade sobre como é que eu ia me portar, como é que eu ia conduzir essa questão da timidez. No fim das contas eu acho que a melhor coisa que aconteceu comigo foi ser oncologista porque é uma especialidade em que o paciente se entrega para gente, se põe na nossa mão, o tempo todo. (...) Primeira coisa que faz uma diferença ENORME é saber o que você está falando, é ter segurança. Você ter experiência de casos passados, semelhantes que você tratou, ter um treinamento, conhecer bem a doença e os tratamentos, isso naturalmente vai fazer você se sentir muito mais seguro (...) e o paciente sente muito mais confiança (...) Mas enfim, eu acho que a coisa de domínio técnico faz uma diferença muito grande (pausa) no construir do médico (**Oncologista**)

Buzaid (2009) reforça que as inúmeras particularidades relacionadas a oncologia indicam ser mandatório a construção de uma relação de confiança, na qual o paciente confia na qualidade técnica e no legítimo empenho do médico na luta contra a sua enfermidade.

O médico, além de exercer funções baseadas no conhecimento científico, não pode abdicar do lado humano do seu ofício, a falta de humanidade no médico ocasiona um distanciamento com o paciente impedindo assim uma boa comunicação e levando o enfermo há uma situação de inferioridade, já abastecida pela própria condição de saúde. Em entrevistas realizadas por Ismael (2005) foi observado que os pacientes esperam receber dos médicos quatro atitudes principais: confortar, escutar, olhar e tocar.

Dessa forma, a técnica pela técnica trata o ser humana como objeto esquecendo que o ser humano é holístico, isto é, tem corpo e mente, que significa que “é indispensável transcender a doença” e buscar por trás de suas manifestações a pessoa que sofre e que precisa ser confortado com o mesmo empenho que se dedica ao combate da doença tecnicamente (MIZIARA, 2005, p.19).

**Dom Quixote** revela a importância da observação de mestres mais experientes para a composição de modelos e acrescenta que após o convívio acadêmico se continua a buscar arquétipos nas mais diversas fontes, entre elas: cinema, televisão, livros, entre outros, as quais as narrações as identificam:

(...) quando eu era aluno eu olhava aqueles meus professores e ficava vendo eles na prática comigo nos ambulatórios dos hospitais universitários e a gente procurava copiar esses modelos (...). Depois que ele se especializa, nas leituras, no cinema, ele vai começar a copiar modelos que estão disponíveis nas séries de televisão de médicos, de como ele vai agir naquele paciente particular (**DOM QUIXOTE**).

(...) a gente de alguma forma vai olhando a prática e aprendendo com os mais antigos, como se conduzir, mas muito vai da sua intuição, daquilo que você vai aprendendo, daquilo que você vai formatando e da bagagem que você traz familiar, cultural, psicológico, enfim (**HIPOCRATES**)

Confrontando as ideias de **Dom Quixote** e **Hipócrates** se apreende que existe congruência em seus discursos, pois ambos expressam que a construção do personagem médico está provavelmente condiciona a modelos e experiências vividas pelos seus grupos de referências. Os indivíduos se constroem simbolicamente a partir das interações sociais dos quais fazem parte, mas, ao mesmo tempo, esses grupos e coletividades interferem na conduta do indivíduo (CANCIAN, 2009).

### **Núcleo de sentido 3: formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática**

Para alguns dos médicos a formação universitária não incidiu em desenvolvimento para a atuação nos diversos cenários de prática, e que a mesma prepara médico com conhecimentos estáticos, por vezes dissociados da realidade, com o objetivo de ‘sedar a dor’

(...) a universidade não questiona muito esse cenário de atendimento diferente (...) a universidade não está preparando as pessoas pra esses dois cenários, a universidade prepara simplesmente médico com a cabeça formatada com a série de conhecimentos, muitas vezes dissociados da realidade, então eu acho que é um choque muito grande quando você sai da universidade e vai atender (...) A universidade prepara pra ele resolver o problema dos sofrimentos dos pacientes, “Sedare Dolores divinum estes”, ele vai sedar a dor de alguém, não importando em que cenário ele trabalha (...) (D. Quixote).

O personagem **Hipócrates** refere que não existe na formação acadêmica essa preparação de abordagem para cenários diferentes... dessas peculiaridades, isso é algo que a gente vai construindo e aprendendo na prática. (...) não houve na formação acadêmica algo específico, algo direcionando pra essa abordagem. **Dom Quixote** destaca ainda o despreparo com que o médico ‘cai’ no mercado de trabalho

(...) não há um treinamento desses alunos para o atendimento num consultório particular (...) o recém-formado ele cai no serviço público, depois é que ele se prepara, como ator, para trabalhar no cenário dos pacientes particulares, (D. Quixote).

Apreende-se na leitura das narrações de **Scarlett**, que os médicos durante seu percurso na universidade, não teve a experiência de ter contato de atendimento com paciente no sistema privado, basicamente no SUS, essa, sendo esta a experiência vivida:

(...): Público, basicamente público, na faculdade a gente não atende privado, pelo menos na minha experiência só público, a gente não tinha nenhum tipo de atendimento no privado (...) Deixa eu lembrar se teve alguma experiência assim privada, mas que eu lembre não (**Scarlett**)

(...) a gente tem a formação médica nos hospitais que normalmente são vinculados aos sistemas públicos (...) A formação ela prepara pra você trabalhar em situações adversas. Eu não sei em que momento você passa a entender que existe situações não adversas e quando você passa a ansiar por elas sabe. (...) (**Scarlett**)

(...) (A formação acadêmica) me preparou pra o cenário do SUS, quando você se depara com o cenário privado, você pensa que é a mesma coisa, mas realmente não é. Eu acho que no começo você tem um pouco de medo, você pisa em ovos... a maneira de abordar cada paciente, só depois de um tempo você percebe que é a mesma coisa (**Meu pai**)

Vale ressaltar as dificuldades vivenciadas pelos médicos ao lidar com o paciente privado ou de convênio do que os pacientes de serviço públicos. Essa experiência parece acontecer com os personagens entrevistados:

(...) as vezes eu tenho um pouco de dificuldade de agir com essas pessoas (Privado), de saber que que é adequado, que não é adequado e aí a gente acaba tratando todo mundo do mesmo jeito que é mais fácil, entendeu? (...) a formação acadêmica (...) prepara muito pouco TANTO pro cenário público quanto pro (...) privado, né? É mais um aprendizado de observação, né? Você mesmo vai criando, através da sua observação (...) você TEM durante a faculdade cadeiras de ética, né? de bioética (pausa) mas (**Robin Hood**)

(...) o fato do meu primeiro vínculo, ter sido com serviço público já me ajudou muito a construir um papel de certa forma diferente, eu tive uma formação dentro de um hospital escola (...)

A experiência de **Penélope Charmosa** retrata uma formação acadêmica com pouca qualidade e destaca a importância da Pós-graduação para a sua atuação profissional, **Matuto** credita ao mestrado a sua relação mais profícua com a ‘humanização’

(...) na minha época, a formação acadêmica, deixava muito a desejar eu vejo hoje em dia que a formação acadêmica teve um ganho, muito grande. (...) quando a gente chega numa residência médica é onde realmente a gente vai aprender a ser médico, né? (**Penélope Charmosa**)

O mestrado me mudou muito porque eu procurei a parte da humanização (**O Matuto**)

As narrações de **Dr. House**, também revelam que ao ingressar na universidade a humanização se torna um ponto relevante para que o médico cuidasse do ser humano, a valorização de um currículo mais integrado e de uma prática nas instituições de saúde inicialmente irrisória nos primeiros semestres letivos, tendo assim um contato mais significativo e relevante médico-paciente, em que mesmo o discente não tendo conhecimento apontava para o apreender a questão do comportamento como cuidar da pessoa, como se portar em um serviço de saúde, como revelam as experiências:

(...)eu entrei na faculdade estava se falando muito na questão de humanização, de um currículo mais integrado entre as disciplinas, unindo mais a prática com a teoria, mas ainda era o currículo tradicional de disciplinas isoladas, e pouca prática nos semestres iniciais, certo? Agora já no início da faculdade no primeiro semestre a gente foi já era levado pra prática, no caso na atenção primária, a gente já tinha um contato inicial com o paciente, certo? Então eu acho que isso é um ponto positivo (...) já lhe colocar em contato com os pacientes, mesmo sem você ter conhecimento teórico, mas pelo menos a questão do comportamento de como tratar a pessoa, como se portar dentro de um serviço de saúde, desde o início a gente já era treinado pra isso (...). (**Dr. House**)

O currículo integrado, destacado em narrações, é como uma espécie de “guarda-chuva” capaz de agrupar uma ampla variedade de práticas educacionais desenvolvidas nas salas de aula, parte da necessidade de relacionar o âmbito escolar à *prática* social concreta e é um exemplo significativo do interesse em analisar a forma mais apropriada de contribuir para melhorar os processos de ensino e aprendizagem (SANTOMÉ, 1998).

Em 2002, o Ministério da Saúde, em parceria com o MEC e com as escolas médicas, criou o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), com o objetivo de apoiar, financeiramente, a elaboração e implantação, nos cursos de Medicina, das mudanças curriculares propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica. (BRASIL, 2002)

Estas questões se refletem nas falas dos entrevistados quando estes relatam perceber a mudança do foco da universidade para o atendimento ao SUS, e as mudanças curriculares apontando para a transversalidade da saúde coletiva. Este cenário é percebido pelos narradores deste o primeiro ano do curso de medicina.

Minha formação foi mais pra atender a parte privada e eu sinto que hoje o médico é mais preparado pra atender o público do SUS. Na minha faculdade, a cadeira de saúde coletiva era só um semestre, hoje já são oito, o aluno começa a ver essa parte de saúde coletiva assim que entra na faculdade e vê até entrar no internato (...) (O **Matuto**)

(A formação acadêmica) me preparou pra o cenário do SUS, quando você se depara com o cenário privado, você pensa que é a mesma coisa, mas realmente não é. Eu acho que no começo você tem um pouco de medo, você pisa em ovos... a maneira de abordar cada paciente, só depois de um tempo você percebe que é a mesma coisa. (Meu pai)

Para **Scarlett**, a formação é realizada para que o médico aja em situações distintas, criando valores equivocados, "aprender nos pobres pra trabalhar nos ricos", significando, assim uma atitude de (des) humanização. A prática do ensino médico pressupõe a presença física, e por vezes a atuação, de acadêmicos em atendimento a usuários do SUS, são feitas reflexões distintas acerca desta circunstância.

(...) Quando eu era estudante, que eu era ligada ao centro acadêmico, a questão era sempre essa, "aprender nos pobres pra trabalhar nos ricos", isso é errado, como se os pobres fossem cobaias. (...) Quando você chega lá na faculdade você vai aprender valores de quem tiver lá, e quem tá lá é um grupo heterogêneo e muitas vezes cansado de tantos anos de más condições de serviço. (**Scarlett**)

(...) até porque assim, no serviço privado eu acredito que existe uma resistência maior do paciente querer ser atendido por aluno ou aceitar que tenha estudantes

assistindo a consulta, mesmo sem fazer nada eu acredito que tem uma resistência muito grande, não posso te dizer com certeza porque eu nunca vivenciei essa experiência, nem como médico de ter um estagiário, por exemplo, no serviço privado é mais complicado isso ai e na universidade pública a gente totalmente é inserido no SUS, é serviço público (**Scarlett**)

(...) é, porque que no SUS, aquelas PESSOAS TEM que se submeter a ISSO? (Receber o atendimento médico na presença de acadêmicos) e no PRIVADO não se submetem a isso” eu realmente nunca tinha parado para pensar nisso” (...) mas assim, não vejo como uma coisa ABSURDA (...) porque isso acontece a já muitos anos dessa forma, né?

**FIGURA 6- Retratação do núcleo de sentido 3- A formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática**



#### **Núcleo de sentido 4: A atuação médica nos diferentes cenários- eu e os outros**

Inicialmente este núcleo foi denominado “A auto definição da atuação médica nos diferentes cenários”, porém, ao longo já das primeiras entrevistas, se evidenciou que, ao descrever a ‘atuação médica’, principalmente quando se tratava de um desempenho reprovável, as narrações começavam mais ou menos assim:

(...) conheço outras colegas que (...) (**Scarlett**)

(...) porque tem gente que diferencia, tem médico que diferencia, (**Dr. House**)

(...) Eu vejo que alguns profissionais colegas fazem (...) (**O Matuto**)

Veio à tona então a célebre de Sartre “o inferno, são os outros”, da peça de teatro ‘Entre quatro paredes’ de sua autoria. O inferno sartreano é simbólico e se manifesta quando se crê na intersubjetividade do eu com o outro, “os outros” são todos aqueles que, voluntária ou involuntariamente, revelam nós a nós mesmos (OLIVO; GRUBBA, 2010).

Personagens afirmam que não fazem distinção entre paciente que é de serviço público ou privado. Estes retratam que o atendimento deve ser igual em todos os aspectos: relacionais, de cuidado e técnico para as pessoas que atendem, mas destacam que, ‘como todo ser humano’, o seu humor pode variar, mas esta variação não pode estar vinculada ao atendimento ao público ou ao privado:

(...) como ser humano, eu tenho altos e baixos, pode ser que hoje eu esteja num bom dia ou num mal dia, mas isso vai acontecer tanto no sistema público quanto no sistema privado (...) acontece. (...) O ‘carão’ que eu dou na paciente aqui porque não cumpriu com o pacto que a gente faz de médico-paciente, é o mesmo ‘carão’ que eu vou dar na paciente do privado também(...) porque você passa uma medicação barata aqui e uma cara no consultório né? Mas você tem na verdade a obrigação de oferecer, de dizer: "olha existe esses tantos tipos de medicação que você pode comprar", nos dois locais né? (**Scarlett**)

No meu consultório particular ou de atendimento público, eu tento dar o mesmo grau de atenção, valorizando o que as pacientes têm a falar (...) (**Meu pai**)

A personagem **Dr. House** e outros personagens analisados denotam em suas narrações o ser ético, não basear seu atendimento em ganhos secundários, ou diferenciações entre seres humanos.

... Porque a profissão da gente também faz parte da ética, tá muito ligado a ética, se você lê o código de ética médica, fala tudo isso. Você não pode atender pensando em ganho secundário (**Dr. House**)

Porém o mesmo personagem atenta que o tratamento pode sofrer variações pela falta de recursos no setor público, mas acredita que independente desta escassez o médico deve prescrever o melhor para o paciente, independente se no público ou no privado, se o hospital não tem isso não é um problema do médico, é problema do gestor do hospital pois esta é uma questão de gestão

(...) na medicina a gente trabalha muito com diretrizes, *guidelines*, consensos, porque não é uma ciência exata (...) mas o tratamento de determinada doença, independente se é no público ou se é no privado, é pra ser igual, às vezes você faz tratamento diferente porque no público pode faltar determinada medicação, então você se vê entre aspas obrigado a fazer um tratamento diferente. (...) Teoricamente você tem que passar o melhor tratamento pra aquele paciente independente se tá no público ou no privado, se o hospital não tem isso não é um problema do médico, é problema do gestor do hospital que vai ter que ir atrás da medicação que o médico tá prescrevendo, porque que a gente vê essa questão de prescrever é o que tem no

hospital é como se fosse é, um tipo de condescendência do médico com estrutura precária do SUS entendeu? (**Dr. House**)

A conduta médica também pode ser impactada, principalmente no serviço público, que atende a uma enorme quantidade de usuários, com diversas peculiaridades, culturais, econômicas e até geográficas. Este público em geral precisa de uma resposta imediata para seus males, o atendimento dar-se-á somente sobre os sintomas sem aprofundar o diagnóstico.

(...) ele (médico no serviço público) tá com o tempo mínimo pra atender aquelas pessoas que precisam ter uma resposta pra seus males, então vai atender somente os sintomas maiores da consulta e não vai poder aprofundar no diagnóstico. (...) a pressão do tempo menor faz com que aquele conhecimento que ele tinha todinho, ele empregue de maneira diferente nos dois cenários. (**Dom Quixote**)

(...) no público por exemplo, você é forçado a intervir logo cirurgicamente, porque a paciente mora no interior, vai ter dificuldade de fazer acompanhamento, então você modifica, inclusive a conduta por conta da condição social, por conta da questão cultural. Diferente do privado (...) onde você tem uma condição de dar um acompanhamento mais de perto, você sabe que ela vai ter condições de seguir um programa de acompanhamento (**Hipócrates**)

A questão do nível de conhecimento e informação também são abordadas

Para o paciente que tem o capital intelectual mais baixo [...] quando eu vou falar de efeitos colaterais do tratamento eu me ateno àqueles efeitos colaterais que são muito frequentes [...] eu prefiro ser mais sucinto [...] de uma forma a maximizar a captação de conteúdo da consulta.

Outros entrevistados revelam de forma franca que há sim diferença em sua atuação, e que ela pode ser deflagrada por diversos motivos. **O Oncologista** apresenta de forma objetiva alguns deles, com destaque para a necessidade em se desempenhar diversos papéis no cenário público:

É muito comum que o médico que tá atendendo no SUS não se entregue à consulta, ele está atendendo o paciente mas está ao mesmo tempo pensando nas suas tantas outras responsabilidades naquele cenário [...] as vezes no convênio ele é obrigado, por pressão as vezes dele próprio [...], a esconder o celular, desligar o celular, deixar com a atendente... coisa que no SUS comumente não acontece. (Oncologista)

Com o paciente do SUS eu tenho que passar muito tempo escrevendo, fazendo receitas e tal, eu não consigo olhar pro paciente como gostaria, não consigo parar para ouvi-lo como gostaria, existem informações que ele fala e que eu sei que estão se perdendo porque eu estou tentando resolver outras coisas ao mesmo tempo, pra conseguir dar conta do trabalho. (Oncologista).

**O Oncologista** destaca ainda que a presença empática do médico pode ter papel terapêutico:

E o que ele (paciente em estado grave) precisa **DEMAIS** é de atenção e de paciência e de tranquilidade, os pacientes chegam lá em estado de absoluto pânico, nervosismo... nessas horas a gente percebe como a conversa médica, o ato da

consulta, tem um poder terapêutico por si que é ENORME. [...] (A oncologia) é uma especialidade em que o paciente se entrega pra gente se põe na nossa mão, o tempo todo. (**O Oncologista**)

Observando um dos aforismas hipocráticos "*Curar quando possível; aliviar quando necessário; consolar sempre*", Bausbam (2005, p.9) credita a presença do médico um poder indefinido, não se trata de magia, capaz de transmitir a sensação de que as “vicissitudes do paciente serão amenizadas”.

### **Núcleo de sentido 5: A montagem física-circunstancial do personagem**

A fala do **Matuto** identifica a importância dada ao jaleco. Esse pensar é expresso na narração: “E outra coisa também que eu acho chato é o médico que usa o jaleco, o jaleco do consultório é um e no sistema público não usa é nenhum tipo de jaleco.” (**O Matuto**)

O Conselho Regional de Medicina do Ceará - CREMEC (2014) aponta que:

(...) A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em sua norma regulamentadora NR nº 32, que trata da segurança e saúde no trabalho em serviço de saúde, considera o jaleco um equipamento de proteção individual. Assim, estabelece que os trabalhadores não devem deixar o local de trabalho com os equipamentos de proteção individual e as vestimentas utilizadas em suas atividades laborais... (CREMEC, 2014, p.2)

A perspectiva do Interacionismo Simbólico sobre este objeto, amplia a compreensão dessa questão com a observação das 3 (três) premissas apresentadas por Blumer (1998):

**1.** O ser humano age com relação às coisas com base nos sentimentos que elas têm para ele. Estas coisas incluem objetos físicos, outros seres humanos, categorias de seres humanos (amigos ou inimigos), instituições, ideias, valores (honestidade), atividades dos outros e outras situações da sua vida cotidiana. **2.** O sentido destas coisas emerge da interação social com outros. **3.** Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra.

Quanto a aparência, vários personagens salientam que os médicos (‘os outros’) se produzem significativamente para os cenários privados, utilizando a aparência para convencer de sua atuação, passando uma imagem relacionada ao poder econômico relacionando com o conhecimento, estabelecendo, assim, estereótipos com intuito de convencer acerca de sua atuação dramática. Nesta perspectiva cada um desempenha um papel, interagindo com os outros por comportamentos verbais e físicos, se beneficiando de uma prática dramática (GOFFMAN, 2009). O indivíduo não se examina a partir do seu olhar, mas com base na perspectiva dos outros indivíduos e do grupo social (MOCELIN, 2010).

O ator que vai para o cenário particular com a sua melhor roupa (...) se for homem ele põe a sua gravata e se for mulher põe as suas pinturas, os seus sapatos e aí ele vai tentar impressionar o paciente pelo poder econômico que ele tem em função do grande conhecimento que ele tem, ele vai fazer com que o paciente associe a sua aparência ao conhecimento que ele tem. Há uma interação completamente diferente (no cenário público), ele não vai ter a necessidade de, como ator, usar as suas roupas mais expressivas, o seu perfume mais caro, ele vai simplesmente da maneira mais frugal possível atender o paciente no consultório público. (**Dom Quixote**)

Vale expressar na leitura exaustiva das narrações que no sistema público, há uma desvalorização do cuidado com a aparência, quando a diferença do ôntico para atender ao setor privado. Embora também se identifique nas falas a não distinção neste sentido.

No sistema público ela vai sem acessórios, ela vai despenteada, ela vai desleixada (...) no sistema privado (...) Ela vai toda arrumada, ela vai penteada, ela vai maquiada, ela coloca os acessórios dela(**Scarlett**)

(...) o profissional do SUS não faz tanta questão de ser um profissional bem vestido (**Rainha Elsa**)

(...) de manhã trabalhei no privado, de tarde trabalhei no SUS, então, a mesma maneira que eu me porto, que eu me-arrumo, que eu venho trabalhar no SUS eu venho pro privado, então assim, EU não faço distinção (pausa) né? (**Rainha Elsa**)

Além do cuidado com a aparência pessoal, os médicos aqui abordados, relatam sobre a relevância do cuidado com o ambiente, essa questão é expressa pelo **Oncologista**. Os elementos ambientais onde o encontro de serviços ocorre têm um papel importante para a avaliação e medição da qualidade. Os clientes de serviços dispõem de poucas pistas intrínsecas; para tanto utilizam pistas extrínsecas, como o ambiente físico, para inferir sobre qualidade. Os aspectos ambientais são capazes de criar imagens e influenciar o comportamento de clientes e prestadores em um ambiente de serviços. (BITNER, 1992)

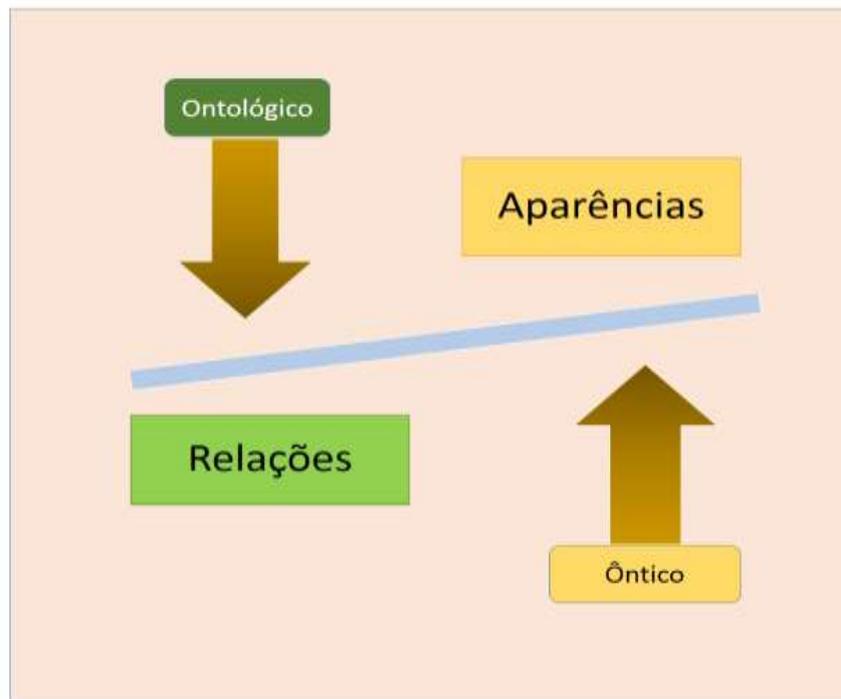
Outra coisa que às vezes parece mais fútil mas faz parte, o paciente repara no consultório, em como você tá vestido, no seu cuidado pessoal(...) não adianta achar que só o fato de dominar a coisa tecnicamente vai ser suficiente pra passar segurança, você tem que lembrar dessa questão da apresentação, sua e das suas coisas, seu consultório... Porque se conquista um paciente com esse cenário multidimensional. (**O Oncologista**)

Para John (1996), a metáfora teatral é particularmente útil para os serviços de alto contato, como é o caso do atendimento em saúde. O mesmo autor explica que os consumidores de serviços de saúde, quando comparados com usuários de outros serviços, são relativamente menos aptos a avaliar os aspectos técnicos do serviço e, por conseguinte, utilizam pistas perceptivas, como o comportamento e aparência do provedor, além de outros itens tangíveis presentes no ambiente para a avaliação da qualidade. Neste sentido a narrativa de **Penélope Chamosa** ganha reforço de sentido

E assim, eu já encaminhei (pausa) pacientes aqui do consultório pra paciente de consultório que chegou disse assim “armária’, vou mais pra sua colega não. Ô mulher desarrumada” (**Penélope Charmosa**)

O "ôntico" é o adjetivo do ente, toma o seu significado da própria existência das coisas; esta existência é um dados independente do que o homem pode saber sobre ele; o "Ontológico" é adjetivo do ser, corresponde à interpretação que o homem dá quando ele recebe a tarefa de descobrir a essência das coisas. A consciência é ontológica na sua constituição, mas ôntica no seu conteúdo, na sua função representativa. O ontológico é o verdadeiro por desocultar o objetivo oculto sobre as aparências, o alicerce da casa (CÓRSIO, 1980) (tradução da autora). Em síntese as personagens retratam a importância do ôntico sobre o ontológico, provavelmente em virtude da incapacidade de perceber a qualidade dos aspectos técnicos dos serviços de saúde, agarrando-se nas pistas aparentes e tangíveis.

**FIGURA- 7 Retratação do núcleo de sentido 5 – A montagem física-circunstancial do personagem**



Fonte: autora; 2016.

## Núcleo de sentido 6: A máscara na qual me escondo

Existem diversidades de barreiras, para que o médico atenda, em tempo mínimo, uma quantidade designada pelo serviço, desqualificando assim a relação médico paciente em que haja atenção e diálogo. O paciente deseja falar de suas dificuldades e de sua relação ao seu adoecer. Observa-se na literatura que diversos autores como Gadamer (1994) e Wulff, Pedersen e Rosemberg (1995), citados por Caprara e Franco (1999, p.148), expressam a necessidade de um processo de humanização da medicina, em particular da relação entre médicos e pacientes, reconhecendo a necessidade de uma maior sensibilidade diante do sofrimento da doença.

Esta proposta aspira pelo nascimento de uma nova imagem profissional, responsável pela efetiva promoção social e não somente de um ponto de vista biológico. Para esses autores, o desenvolvimento dessa sensibilidade e sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio para a biomedicina do século 21. No momento em que nos encontramos a medicina não está preparada para enfrentar este novo desafio (CAPRARA & FRANCO, 1999).

(...) (no setor público) preferência ele fecha a cara pra poder inibir uma relação maior pra poder ter tempo de atender todos os outros (**Dom Quixote**)

Usar a barreira de que o sistema público não funciona ou que falta condição... é como se fosse uma máscara que a gente tenta colocar quando a gente não gosta do tipo de atendimento que tá fazendo. (**O Matuto**)

(...) não quer dizer que o colega, que tem outro tipo de experiência, não diga pra você assim: "eu trabalho assim porque pobre é pobre mesmo e tem mais que se arrombar", uma coisa bem "hitleriana" mesmo. Pode ser que você jamais escute isso de alguém certo? Pode ser que ele até pense isso mas ele jamais vai dizer isso numa entrevista, né? (...) Pode ser que o médico não se perceba, pode ser que tudo que eu tenha dito pra você aqui agora seja "fake", seja parte do que eu estou querendo construir como proteção pra minha autoimagem. Já pensou se eu me percebo diferente aqui e em outro local? Como é que fica a minha autoimagem perante mim mesma e perante você, que eu conheço? Então assim, você começa a lançar mão de esquemas de proteção, e aí o teu discurso fala dessas proteções. (...) A bíblia diz que quando você testifica de si próprio esse testemunho é falso né?(...) A farda do plantão já faz com que o médico, fique meio padronizado, não é?, (...) pelo traje que ele tá usando, é como se ele se desfigurasse pra ficar sem cara, sem personalidade, sem uma conduta própria (...) ele passa a ser descaracterizado, como se não fosse responsável pela sua atuação, ali ele não é mais o médico, ele é a instituição, ele é o protocolo que a instituição traz, ele é a farda que a instituição traz, ele é o representante da instituição, e não mais dele próprio.(**Scarlett**).

É possível observar nas narrações as diversas máscaras na qual o atendimento médico pode se velar, o caráter destas é usualmente protetivo, esta dinâmica pode ocorrer de forma consciente ou não.

Pode ser que eu não me perceba, pode ser que tudo que eu tenha dito pra você aqui agora seja fake, certo? Seja parte que eu estou querendo construir como autoproteção pra mim mesma, certo? Assim, pra minha autoimagem, né? Construir como proteção pra minha autoimagem, já pensou se eu fico sabendo que eu, eu, é, se me percebo como há eu sou diferente aqui e em outro local é, é, eu atuo de um jeito aqui e em outro local, como é que fica a minha autoimagem perante a mim mesma e perante a você que eu conheço, né? Então assim, é, é e aí você começa a lançar mão de, de esquemas de proteção, e aí o teu discurso fala, desses, dessas proteções, né?  
(**Scarlett**)

As narrações de Robin Hood e Penélope Charmosa expressam uma máscara institucional, que pode se apresentar pela escassez de materiais na instituição ou afirmando ser uma conduta estabelecida pela instituição, não permitindo a possibilidade da qualidade do diálogo, não deixando espaço de questionamentos.

(...) ALGUMAS INSTITUIÇÕES que são extremamente FORTES (pausa) a ponto do médico poder se esconder atrás dela...as vezes pode acontecer a (pausa) isso aqui é CONDOTA do SERVIÇO. Então é a conduta do SERVIÇO, não tem (pausa) muito QUESTIONAMENTO...isso aí pode acontecer (**Robin Hood**).

Porque assim, pra mim, é muito cômodo chegar para o paciente e dizer assim: “ó (...) eu não vou fazer essa biopsia porque eu não tenho material.” (...)Pra mim é bem mais simples dizer pro paciente que não vou fazer a biopsia porque não tenho o material, do que “não vou fazer a biopsia da senhora porque hoje eu não estou disposta” (**Penélope Charmosa**)

É muito cômodo, pra mim. E assim, uma coisa que vem me perturbando muito, ultimamente, é porque esse grau de comodidade estar sendo cada vez mais utilizado, entendeu? Assim, a gente tá entrando num processo de acomodação, não sei assim se é a minha questão pessoal já pela questão idade, ou há muito tempo de serviço público, assim aquela questão de você não querer (...) De certa forma é uma coisa eu não estou mentindo, entende? (**Penélope Charmosa**).

Nas narrações é possível perceber o incômodo, mas ao mesmo passo a alegação para o uso da máscara institucional. A FIGURA 8 representa as diversas máscara que podem ser constituídas

### Núcleo de sentido 7: Sentimentos do personagem médico

Os personagens médicos denotam que, sentimentos de angústia, impotência, frustração e o estresse crescem, quando não conseguem o melhor, principalmente no sentido técnico e tangível, para os seus pacientes e se percebem limitados em sua função de médico. **O Oncologista** relata a constante falta de acesso ao tratamento adequado na rede SUS, ocasionando sensação de raiva, mal-estar e mal humor. Neste sentido, a ação reflexiva do ator de se colocar no lugar do outro, é o que capacita o indivíduo a se adaptar e modificar o ato social posto.

Muitas vezes, no cenário público, eu sei o caminho para resolver aquele problema, mas as dificuldades para conseguir os tratamentos limitam os meus resultados (...) Isso gera uma angústia muito grande quando se tem alguma consciência social. (**Dom Quixote**)

Lá (no sistema público) ela vai infeliz, ela tá sempre olhando pra o relógio dela, então ela tá infeliz (...) você passa um creme vaginal 'nistatina' e a tarde você vai pra outro lugar, que você consegue prescrever 'cartrax' mais caro, né? Então assim, eu acho que esse andaime de dois mundos deixa a cabeça de um meio parafuso também. (...) as pacientes não paravam de chegar loucamente... o teu grau de estresse vai crescendo no momento em que você não tem condições, então assim, é natural do ser humano você ter aquela raiva interior. (**Scarlett**)

(...) não consigo vaga pra internação, eu não consigo suporte nutricional, eu não consigo fonoaudióloga que faço a avaliação e não consigo passar uma sonda (...) isso causa uma sensação de impotência... me dá um mal-estar enorme saber que o paciente precisa de ajuda, eu saber o que é que eu preciso fazer e não conseguir fazer. E talvez seja uma limitação minha, mas isso me deixa automaticamente incomodado, de mal humor e de novo, isso transparece. E esse é o tipo de consulta que eu tenho CERTEZA que é uma consulta de baixa qualidade. (...) é uma frustração e uma e eu fico com RAIVA, desse tipo de coisa, sabe? É uma consulta que eu quero TERMINAR, pra partir pra outra. (...) Então uma coisa é você ter um paciente com um câncer de pâncreas, que eu sei que eu vou oferecer muito POUCO mas eu digo “ó, eu tenho um tratamento X, que vai fazer você se sentir melhor, comer mais, ganhar peso, mas que não faz o tumor diminuir de tamanho” mas então eu ofereço alguma coisa... agora quando o paciente chega pra mim sangrando aos montes, que eu PRECISO interná-lo, o paciente tá desesperado ou tá com uma dor terrível, internado num Frotinha com uma equipe que não tem a MENOR ideia de como é que vai tratar a dor dele... isso me dá uma angústia e um mal-estar ... eu tenho dificuldade de conduzir isso (...) eu gostaria de passar mais conforto praquela família que tá sofrendo. Porque isso interfere em mim. Sabe? Isso mexe com a forma como eu atendo. (...) (**O Oncologista**).

**Penélope Charmosa** relata que os fluxos dos processos no Sistema de Saúde Pública não atendem suas expectativas globais como médica, e critica a condução da central de leitos, não diferenciando a prioridade na fila para gravidade das doenças

(...) Meu papel vai ser até ali, eu vou informar, eu vou encaminhar, entendeu? E aquela paciente ela vai cair numa rede (pausa) de atendimento que eu não sei (pausa) aonde é que aquilo ali vai findar (...) no serviço público (pausa) paciente sangrando, paciente com mioma, com pré-operatório em mãos, quem é que vai resolver o

problema dessa paciente? (pausa) Não sou, entendeu? Quando vai ser? Quem é que sabe? Quer dizer, aquilo ali perturba demais, a rede do serviço público (pausa) apesar de tudo que dizem, ela não funciona num grau de prioridade não (pausa) o paciente com câncer (pausa) ele vai (pausa) pra uma rede (pausa) exatamente igual ao paciente numa doença benigna (pausa) ele vai para a central de leito (...) então assim, não tem- “olha, eu estou aqui com um diagnóstico, paciente de câncer de mama, é lei, esse paciente tem que ser atendido em trinta dias” “sim, e daí?” a lei existe. (...) é extremamente frustrante (pausa) eu acho que (pausa) cada nível de atendimento tem seu grau de frustração... (**Penélope Chamosa**).

Na interseção entre a teoria e a prática aprendem-se grandes lacunas no modelo assistencial de saúde na atenção primária e de alta complexidade, que dificulta a relação médico-paciente ao dar resolutividade das necessidades de saúde da pessoa no adoecer.

Uma destas lacunas se relaciona com a questão da Referência (representa o maior grau de complexidade, o usuário é encaminhado para atendimento com níveis de especialização mais complexos, hospitais e clínicas especializadas) e da Contra-referência (menor grau de complexidade, quanto a necessidade de saúde do usuário, que pode ser conduzido para um atendimento em nível primário, próximo de seu domicílio) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Na prática a referência e a contra referência, constituintes ainda se encontra em estágio pouco desenvolvido, tanto em aspectos teóricos como práticos, é quase inexistente, funcionando apenas os fluxos informais (FRANTINI; ROSITA; MASSAROLI, 2008)

Apreende-se nas narrações que a idade e o gênero ocasionam preconceitos, os quais dificultam a relação médico – paciente. Essas dificuldades estão relacionadas ao gênero masculino quando das especialidades que cuidam da intimidade da mulher, e ao feminino quando se trata da competência técnica. As narrações apresentam o sentimento de traição quando pacientes buscam colegas com mais tempo de experiência. Evidenciasse também o ‘medo’ em iniciar o atendimento em pacientes do setor privado

Existe esse preconceito da idade, principalmente na minha profissão, eu trato de mulher, eu sou ginecologista, trato com mastologia também, a parte mais íntima, né? Ai elas quando me procuram... primeiro é homem, ai ela já vem: "você tem idade de ser o meu neto", "vixe tão novinho" é como se fosse um pouco de desprezo. (...) Eu acho que no começo quando você entra nesse perfil de atendimento (privado), eu acho que você tem um pouco de medo, você pisa em ovos. (**Meu pai**)

(...) essa questão (pausa) de NÃO DAR total credibilidade, (pausa) que sou mulher, e sou jovem... eu recebo muito preconceito, (...) às vezes eu estou com a paciente um bom tempo, fiz o diagnóstico, dei o resultado, passei uma hora com ela explicando qual era o próximo passo, e aí ela vai no outro (pausa) né? Talvez mais famoso, (pausa) HOMEM, com mais tempo de formação, e as vezes eu vejo isso até como uma espécie de traição, embora (...) cada um tem o direito de ver quantas (pausa) opiniões quiser, e quantas vezes (Rainha **Elsa**)

As narrações deixam claro o sentimento de frustração e compaixão dos médicos, desse modo, Ismael (2005, p.101) apresenta a reflexão da médica mineira Clara Feldman de Miranda quando esta diz: “sofrer com o sofrimento do outro é um traço humano: revela solidariedade, sensibilidade, e provoca o desejo de ajudar (...) sofrer com a dor do outro é saudável, esperado, natural e adequado”, bem como se alegrar. A valorização se apresenta em diversas falas. Joseph (2000, p. 47) observa que sob o olhar outro, é preciso agir e justificar a ação incansavelmente

Eu me sinto bem atender as pessoas, eu gosto de conversar com os pacientes e fico alegre quando o paciente sai sorrindo(...) eu faço porque eu gosto mesmo. (O **Matuto**)

Você percebe no olhar que elas vão ficando mais à vontade, vão conversando... e aí você escuta: ah! gostei de você! E isso é bom, sabe? Agrada, é bom saber que você tá fazendo certo. (**Meu pai**)

(...) medida que a gente vai vendo, que os pacientes entram e saem de uma primeira consulta completamente diferentes e que apesar de saírem com a ideia de que eles vão começar uma quimioterapia pra uma doença metastática, eles saem felizes... então a gente começa a sentir o próprio trabalho mais valorizado (O **Oncologista**)

FIGURA 8- retratação do núcleo de sentido 7- sentimento do personagem médico.



## TEMÁTICA II- A VISÃO DOS MÉDICOS ACERCA DA ATUAÇÃO CIRCUNSTANCIAL DOS PACIENTES NOS CENÁRIOS PÚBLICO E PRIVADO

Esta temática retrata a percepção do médico quanto a atuação circunstancial dos pacientes nos cenários público e privado. Neste sentido, no que tange a capacidade intelectual e o nível de informação, se percebe que, pacientes atendidos no cenário público, em geral, possuem menos capacidade de elaborar o resultado tangível da consulta, enquanto no serviço privado a paciente busca esclarecimento na rede digital e assim compreende as informações mais facilmente.

(...) Os pacientes do SUS, por serem pessoas menos esclarecidas, têm menos questionamentos, menos capacidade de elaborar o resultado tangível da consulta. (**Dom Quixote**)

(...) é mais fácil no sistema privado ela ter pesquisado, ter ido pro google, ter se informado e já chegar com questionamentos (acerca de determinada doença) do que no do sistema público (**Scarlett**)

(...) Costumam ser pessoas um pouco mais esclarecidas (clientes do setor privado) do ponto de vista de acesso a informação (...) muitas vezes já tem uma noção do problema. Vai para você pra tirar uma dúvida ou então ver uma segunda opinião, são pessoas que quando você aborda um tratamento, elas dizem: "deixa eu ver se é isso mesmo", 'Ah! Dr. inclusive eu já li sobre isso, eu acho que é isso mesmo" (**Meu pai**)

A questão do empoderamento do conhecimento se torna relevante para a atuação no serviço e privado de forma diferenciada a compreensão. A escolaridade também interfere nessa compreensão, o profissional deve explicar de uma forma acessível, isto é, levando em consideração a cultura do outro. É preciso também cuidado com a interpretação das informações dada pelo paciente, com esse poder de conhecimento quer sobrepor ao conhecimento médico.

(...) Eu acho é a questão da informação, do EMPODERAMENTO do conhecimento, cria ai dois segmentos diferentes com duas atuações diferentes, no setor privado as pessoas já chegam com a abordagem é mais questionadora já chegam com, com uma abordagem de, de, de que pesquisou que viu na internet, de que escutou no fantástico, de que viu um programa, que assistiu a uma palestra (**Hipócrates**)

(...) muitas vezes ele chega querendo impor aquilo que ele viu, e que ele acha que é correto (...) Então a gente acaba tendo que esclarecer BEM MAIS para o paciente privado, né? por conta desse acesso maior a informação (pausa) do que as vezes o paciente-do SUS, tá entendendo? O paciente do SUS, (...) de cada dez, três ou menos, vão me questionar alguma coisa sabe? (**Robin Hood**)

No público geralmente as pessoas tem um menor nível de escolaridade e muitas vezes não entendem da doença, (...) se a gente explica de uma maneira fácil ele entende (**Dr. House**).

No que diz respeito a passividade, o paciente do SUS se mostra em postura de submissão, a qual difere do paciente do privado, em que a conduta é questionada e contra argumentada:

(...) o que eu percebo muito no público, é que elas deixam muito a decisão na mão da gente (pausa), elas não têm esse grau de instrução, digamos assim, de nível de esclarecimento pra você às vezes poder é fazer essa partilha (...) FAÇA O QUE VOCÊ ACHAR MELHOR, O QUE VOCÊ ACHAR (...) **Rainha Elsa**

(...) No sistema público (...) é como se ela mais desleixada em relação a atuação dela, ela espera que você tome todas as atuações (...) dela ou tire as preocupações dela, ela não se entende responsável por atuar. (...) ela (paciente do Público) tem, em geral, uma postura de submissão, de cabeça baixa em relação a ela (médicas) e de afastamento (**Scarlett**)

(...) A plateia do público ela é mais suscetível a intervenção e a atuação, a você ditar pra ela sem muito questionamento da conduta, diferente do privado, onde a conduta é questionada, é contra argumentada e isso no público existe numa menor demanda (**Hipócrates**)

A GRANDE maioria (pacientes do setor público) não pergunta NADA (pausa) não questiona NADA, (...) só o fato de você tratar BEM, chamar pelo nome, CONVERSAR... isso aí faz uma GRANDE diferença pra eles (**Robin Hood**).

Por sua vez, **O Matuto** destaca que a Passividade do Público está mudando por conta do conhecimento do SUS, pois percebe que os pacientes são mais resignados, mas exigem ser bem atendidos igualmente aos pacientes particulares. No setor privado os médicos apontam que as pacientes por ter condições financeiras exigem mais do médico, inclusive por 24 horas.

(...) O paciente do SUS, ‘era’ aquele paciente calmo, que sentava, aceitava, passava uma, duas, três horas e aceitava tudo aquilo com certa paciência, e já o do consultório, que é o ‘cliente’, ele tá pagando, ele chega exigindo ser atendido imediatamente. Eu acho que hoje esse antigo “paciente” começa a ter uma ideia de que ele paga o imposto, que tem direito... a constituição de 1988, no artigo 196, apresenta os princípios do SUS da integralidade e da universalidade, tudo isso já faz com que ele saiba que saúde é um direito, ele tá começando a exigir também que seja tão bem atendido quanto o paciente do particular ou do plano de saúde. (**O Matuto**)

(...) no setor privado, pelo fato delas terem mais esclarecimento (...) de terem mais condições financeiras, elas as vezes EXIGEM mais do médico, né? Até uma atenção as VEZES 24 HORAS. (...) (**Rainha Elsa**)

Porém a atuação do paciente se modifica com o grau de complicação da enfermidade e a dificuldade em acessar o atendimento médico. Isso pode desencadear revolta e agressividade.

(...) tem pacientes (com câncer) que (...) dependendo da fase que ele está, (...) ele QUER jogar aquela revolta em cima do médico. (...) ou as vezes ele tá ali TÃO ANSIOSO durante a consulta, que ele NÃO-não-presta tanta atenção no que você tá falando (**Robin Hood**)

(...) principalmente no serviço público, você já convive num ambiente de muita agressividade, agressividade no ponto do paciente já vir com uma sobrecarga grande que ele traz pro seu consultório, tá entendendo? tanto por toda a trajetória que ele já LEVOU, de SOFRIMENTO, até chegar até ali... de ESPERA, (...) paciente já chega (...) cheio de defesas, né? O paciente já entra no seu consultório com uma certa AGRESSIVIDADE (**Rainha Elsa**)

Esta agressividade contra o médico em serviços públicos é cada vez mais noticiada. A pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo revelou que 47% dos médicos conhecem um colega que sofreu algum episódio de violência na relação com pacientes. Ainda de acordo com a pesquisa, 17% foram vítimas e tiveram conhecimento de colegas que viveram a situação. A maioria era jovens (78% de 24 a 34 anos) e mais mulheres (8%) que homens (3%) (AGÊNCIA BRASIL, 2015).

Quando a comunicação Buzaid (2009) entende ser importante que todos os questionamentos acerca do tratamento e dos procedimentos que serão realizados posteriormente sejam esclarecidos logo no primeiro encontro. Esta comunicação deve ser estabelecida com muita circunspeção, o paciente pode apresentar carência de atenção e limitação de atenção e compreensão, dependendo do estado de saúde e fase da doença.

TODA A CONSULTA, explico TUDO, e ele (paciente em estado grave) vai lhe perguntar a mesma coisa, (...) você tem que CHECAR (...) porque as vezes ele pode não ter ENTENDIDO, e ter vergonha de falar, (...) e isso pode dificultar a adesão ao tratamento (**Robin Hood**)

### TEMÁTICA III: CENÁRIOS ESTRUTURAIS E ORGANIZACIONAIS NOS SETORES PÚBLICO E PRIVADO

#### Núcleo de sentido 8: cenário físico-estrutural e acesso a procedimentos materiais e medicamentos.

Ao relatar as experiências em ambulatórios públicos apontam limitações no atendimento aos pacientes, em relação ao acesso de material (luvas, agulha, dipirona, exames), exames, intervenções e informação. Esta contingência acarreta em resultados técnicos e relacionais insatisfatórios.

(...) Muitas vezes, nos ambulatórios públicos, as dificuldades dos meios de tratamento limitam os meus resultados. (**Dom Quixote**)

(...)eu já cheguei em plantões do sistema público em que estava faltando luva, água, agulha, dipirona... (...) aí você pode descontar em alguém, esse alguém pode ser a auxiliar de enfermagem que tá do teu lado, o teu filho que telefona, naquela hora em que você está mais estressada, pra dizer que queria comer um Bebelu e pergunta se pode usar o teu cartão de crédito" (...) o teu descontentamento pode aflorar e você pode descontar em uma pessoa próxima, que pode ser o paciente também, né? (...) você tá aqui (setor público) trabalhando com poucas condições, você não tem como pedir um exame mais específico, não tem como passar um medicamento 'top'. (**Scarlett**)

(...) se você tá trabalhando num lugar que não lhe dá estrutura (...) não lhe um conforto, você não vai trabalhar da mesma maneira que um lugar onde você tem toda estrutura, no mínimo você não vai ter o mesmo bom HUMOR que você teria, entendeu? (...) é eu já trabalhei em hospitais aqui em Fortaleza que você vai pra uma enfermagem e não tem AR CONDICIONADO, meio dia tá fazendo quarenta graus, você tem que se controlar pra não ficar mal HUMORADO, né? (...) você precisa de exames, precisa muitas vezes de um procedimento ou de uma internação que você não vai conseguir no SUS porque o serviço tá (...) abarrotado (...) a gente vive essa situação de é, como se fosse um estrangulamento mesmo assim do sistema (...) (**Dr. House**)

(...) muitas vezes no serviço público você tá atendendo, a sua porta não tem uma fechadura (...) ela tá só encostada (...) de repente, alguém pode entrar na sua sala (...) a minha sala é a primeira sala, ela é em frente (...) onde o pessoal faz a marcação de consulta então tem muito barulho (...) Quando você não tem um AR-CONDICIONADO você sabe que você não vai dar a melhor resposta (**Penélope Chamosa**)

Desse modo, é relevante que as unidades do SUS, tenham prontuários eletrônicos, a fim de que apreenda a história pregressa do paciente, com a finalidade de tomada decisões mais rapidamente. Destaque para os possíveis prejuízos oriundos da má qualidade da informação.

(...)Na hora de tomar qualquer decisão no SUS, eu preciso rever prontuários de sete anos, pra lembrar o que aconteceu, pra saber qual vai ser o melhor passo seguinte, ter um prontuário eletrônico facilita demais isso (...) nós chegamos no

consultório, e aí primeira coisa que a gente recebe é a informação, de que está faltando a droga A, droga B, droga C, droga D (pausa), que o AR-CONDICIONADO está quebrado (...) e que a impressora que eu uso pra imprimir os relatórios (...) também não está funcionando E EU TENHO QUE FAZER AQUELE MESMO TRABALHO QUE EU JÁ FIZ OUTRAS VEZES PARA MANTER OS DADOS NO COMPUTADOR, VOU TER QUE FAZER NOVAMENTE A MÃO. (...) mexe na forma como eu estou conduzindo o caso, (...) na forma como eu me porto em relação ao paciente, porque eu estou preocupado (...) em lembrar o que aconteceu e isso tira o foco da consulta e acaba minimizando a atenção que eu dou ao paciente. (...) na prática o que acontece com muita frequência: Então, chega uma hora (...) que já estou com um péssimo humor, e por mais que eu tente não transparecer, não dá, não consigo (...) não atendo da mesma forma, como atendo, com tudo que está à minha disposição no consultório privado. **(O Oncologista)**

Ao confrontar as experiências de atendimentos em serviço público, revela que morrem pessoas que tinham a possibilidade de viver, por não ter condições materiais, por falta de leitos, medicamentos e procedimentos cirúrgico, entretanto, nos serviços privados, o óbito não está relacionado diretamente com a escassez de material. A narração choca “NO PÚBLICO A GENTE VÊ MUITA GENTE QUE MORRE QUE NÃO ERA PRA MORRER”

No serviço privado geralmente as condições são melhores (...) já trabalhei em hospital que o banheiro dos médicos era imundo como é que você trabalha satisfeito nisso? (...) morre mais gente no público do que no privado, (...) claro que no privado (...) a pessoa mesmo pagando, se tiver com uma doença grave, vai morrer independente do tratamento, MAS NO PÚBLICO A GENTE VÊ MUITA GENTE QUE MORRE QUE NÃO ERA PRA MORRER, morre porque faltou a medicação, porque deixou de fazer um procedimento, porque deixou e fazer a cirurgia porque não tinha vaga no centro cirúrgico e quer dizer que são condições que eu acho um absurdo, isso não era pra acontecer e isso desestimula qualquer profissional.(...) **(Dr. House)**

O setor público é cheio de limitação, é uma biópsia que não tem, um anestesista que não consegue, uma sala de cirurgia que não tem, é um exame de congelação (...) com certeza (...) eu queria dar o resultado pra paciente (do serviço público) em uma semana como eu consigo fazer no setor privado, no privado eu consigo uma biopsia com resultado em sete dias (...) no público, ela volta com um mês, dois meses, três meses, ÀS VEZES JÁ VOLTA COM UM TUMOR AVANÇADO PORQUE JÁ EVOLUIU, já ficou agressivo por conta do tempo (...) isso realmente TRAVA o trabalho da gente (...) no privado a gente tem mais facilidade. **(Rainha Elsa)**

As narrações dos médicos apresentam a diferença de acesso a medicamentos e procedimento nos cenários público e privado, e demonstram que apesar da reconhecida escassez, alguns procedimentos são realizados exclusivamente pelo SUS, como o transplante renal.

(...) a diferença que existe, pelo menos no meio que eu trabalho, na minha especialidade é que o paciente do serviço privado acaba tendo acesso a algumas tecnologias que o paciente do serviço público não tem (...) existem alguns tratamentos que o SUS não contempla (...) existem algumas drogas que o SUS NÃO PAGA **(Robin Hood)**

(...) tem realmente procedimentos que você só encontra no público, (...) transplante renal só se faz basicamente no público, no privado não faz, mesmo o paciente tem

aquela condição ele vai pro público pra fazer o transplante pra receber a medicação que é caríssima (**Dr. House**)

Os serviços de saúde ofertados por empresas privadas também constituem fatores segregadores, posto que a modalidade plano contratada pelo, cuja diferença se estabelece consoante o valor pago pelo usuário à empresa, reflete diretamente na qualidade, diversidade e facilidade de acesso a serviços de saúde. (BAHIA, 2001).

(...) então dentro do próprio setor privado você tem VÁRIAS realidades, desde as pacientes que são quase SUS, como aquelas bem (...) riquíssimas, digamos assim, (...) então você vai ter vários tipos de atendimento, dentro do próprio setor privado, também, vejo essa discrepância (pausa)

Para **O Matuto** o cuidar não se faz através somente de exames, mas sim de uma escuta qualificada, que envolve relações de diálogo, vínculo, acolhimento e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho.

(...) as barreiras institucionais, as condições de trabalho, são os fatores menores, as dificuldades de acesso, de material, de exame... eu acho que isso tudo aí não impede de você fazer uma boa medicina. A gente aprende na faculdade que a coisa mais importante do seu atendimento é a relação médico-paciente e essa não se faz através de exames, que dizer que eu não só vou atender o paciente, só vou atender bem se esse paciente fizer uma ressonância magnética? (**O Matuto**)

## **Núcleo de sentido 9: Clima organizacional e organização de processos**

Quanto a Organização, refere em sua descrição que (...) existe uma diferenciação de como as coisas realmente acontecem, quando é no sistema privado, geralmente, é uma coisa mais 'organizadazinha', ou tendem a ser, no SUS, geralmente, pelo menos ao que aparenta, não são. (**Meu pai**)

Em relação à espera do atendimento e marcação de horário, a diversas queixas no SUS, não existe uma regularidade de marcação em relação ao atendimento, chegando à população ao mesmo tempo, causando tumulto, designado pelos personagens como serviço monstruoso. Na realidade, embora afirmem que é organizado, na prática se observa também espera na consulta médica privada.

(...) as pacientes, coitadas, às vezes vem de longe e chegam muito cedo, chegam cinco horas da manhã pra ser atendidas umas nove, dez horas, não sei se isso faz parte da organização de como as coisas são marcadas ou porque é necessidade, (...) Você tem essa visão diferente quando chega no sistema privado, as pessoas tudo tem o seu horariozinho, (...) eu não sei o que é que tá acontecendo, será que é diferente a maneira que se marca? (**Meu Pai**)

(...) não existe hora marcada (serviço público), umas dezesseis pessoas chegam na mesma hora e ficam esperando quatro horas, com essas dificuldades de ter um prontuário muito mal organizado, a coisa funciona assim, como um SERVIÇO MONSTRUOSO **(O Oncologista)**

(...) você chegar num consultório privado que você marcou um horário, vai chegar lá e vai ser, de regra, prontamente atendido naquele horário que você se organizou, que você pegou o seu carro (...) **(Hipócrates)**

Quanto aos Fluxos, Processos e Acolhimento, representam posturas relevantes na relação médico-paciente no tocante a resultados técnicos e relacionais.

(...) um atendente que recebe bem o paciente uma sala de espera (...) de alguma forma interfere na consulta, interfere no paciente e interfere na minha própria postura(...) **(O Oncologista)**.

(...) infelizmente a rede do serviço público, apesar de tudo que dizem, não funciona num grau de prioridade não, a paciente com câncer vai para uma rede exatamente igual a paciente com uma doença benigna, ele vai para a central de leito (...) paciente com câncer de mama, é lei, tem que ser atendido em trinta dias” “sim, e daí?”. (...) é extremamente frustrante eu acho que cada nível de atendimento tem seu grau de frustração, **(Penélope Charmosa)**

O SUS adotou o modelo da hierarquização, onde os serviços de saúde são organizados por níveis de atenção. A Assistência Primária à Saúde (APS) pode ser caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, que garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo (LAGO; CRUZ, 2001) Na Estratégia Saúde da Família a percepção dos fluxos e o trabalho em equipe, quando realizados corretamente, pode possibilitar a melhoria na assistência de qualidade

Eu vou te dizer com toda honestidade, depois que eu passei a trabalhar com as equipes de saúde da família, a minha vida profissional no serviço público melhorou sobre maneira. Não tem nem comparação (...). Uma coisa que eu sempre digo, as enfermeiras do programa de saúde da família, com as quais eu trabalho, são excelentes (...) sinceramente, justiça seja feita, mas foi na administração do PT (Partido dos Trabalhadores) (...) Foi uma coisa que eles fizeram que realmente foi muito boa **(Penélope Charmosa)**

(...)você como médico não resolve tudo, aliás, não resolve quase nada (...) eu já tive vários pacientes que vem pra consulta especializada e não sabe por que que veio, disse que veio porque o médico do posto encaminhou, aí você já nota uma falha no atendimento na atenção primária, porque não explicou pro paciente ou se explicou ele não entendeu (...) **(Dr. House)**

### Núcleo de sentido 10: Produtividade: o tempo, a produção e a remuneração.

Resta claro, direto e unânime: o tempo de atendimento é insuficiente para a demanda do serviço de saúde no setor público.

(...) Com um tempo mínimo pra atender aquele grande número de pessoas, a relação médico-paciente fica completamente distorcida do serviço público (...) (no setor privado), ele pode desprender de mais tempo, ele tem oportunidade de fazer uma consulta mais esclarecedora e de fazer um diagnóstico mais elaborado. (**Dom Quixote**)

Nas narrações de alguns dos médicos surgem indagações de que apenas o serviço médico particular paga pelo atendimento e que o serviço público não remunera o profissional. A compreensão de grande parte dos entrevistados refere não concordar, apontam que o fluxo e a origem da remuneração é que se dão de formas distintas. Para os serviços públicos sendo por meio de pagamento dos impostos pagos por cada um dos pacientes e de toda a população. No ambiente privado esta remuneração pode ser de forma direta, paciente paga a médico ou por meio de um interveniente financeiro que são os planos ou seguradoras de saúde.

(...) não joga a culpa total no profissional não. O profissional que está atendendo no consultório particular ele está bem remunerado (**Dom Quixote**)

(...) "O paciente do consultório paga e o do sistema público não paga" eu também não concordo com essa frase, porque os dois na verdade pagam, só que os dois pagam de forma diferente, do consultório paga através de um plano de saúde ou particular (...) O sistema SUS é um plano de saúde também, só que um plano de saúde nacional onde as pessoas também pagam, só que através dos impostos. (**O Matuto**)

(...) no sistema privado essa mesma médica é uma médica legal, não é? Ela vai toda arrumada, ela vai penteada, ela vai maquiada, ela coloca os acessórios dela, porque ela sente que ela tá recebendo dinheiro, como se ela não estivesse recebendo no sistema público né? (**Scarlett**)

Revelam ainda que o SUS paga precariamente quando comparado a remuneração do setor privado 'particular' e não comparado a convênios.

(...) eu acho que é a questão financeira (...) o SUS paga muito mal em (...) relação ao privado (...) não digo nem os planos de saúde, que os planos de saúde também não pagam essas coisas toda (...) mas, em relação ao particular (...) só que eu vejo assim: quando se faz uma escolha, de atender no serviço público, você faz a escolha de aceitar o salário, ninguém é obrigado a trabalhar no serviço público (...) eu acho que tem questões que vão muito além disso (...) (**Rainha Elsa**)

A medicina é uma prática moral baseada num contrato de confiança, atualmente este contrato está ameaçado, em grande parte, pelas empresas de saúde que, somente interessados no lucro, pressionam médicos, transformando-os em agentes comerciais. (ISMAEL, 2005) Como narrado pela **Rainha Elsa** "eu acho que tem questões que vão muito além disso".

### **Núcleo de sentido 11: Outros personagens em cena**

É mais comum que o paciente do cenário privado leve acompanhante para o seu atendimento de saúde. No setor público esta prática é mais incomum, por vezes o próprio serviço não permite. O Médico fica mais seguro, quando o paciente vem com acompanhante em virtude de ter mais garantia na transmissão e apreensão da informação médica, o que facilita e esclarece o diagnóstico.

No convênio, normalmente nas primeiras consultas, veem VÁRIAS pessoas, isso é MUITO comum. Então eu fico mais seguro, porque são várias pessoas pra lembrar aquilo que a gente tá comentando, e a gente reconhece que, principalmente o paciente, por conta de toda a situação e do estresse, ele acaba tendo uma compreensão mais baixa. (...) Então com o acompanhante eu acabo conseguindo falar com mais desenvoltura, sobre as características mais refinadas do tratamento. **(O Oncologista)**

O acompanhante desempenha importante papel no auxílio físico e no suporte emocional, a depender do estado de saúde, e em outros casos ao receber um diagnóstico que interfere na sua estrutura de vida ou mesmo finitude desta. O acompanhante pode também desequilibrar a consulta quando por algum motivo se revolta contra o médico.

(...) Existe todo um suporte familiar e social no cenário particular (...) a família vem em peso para a consulta. No SUS, às vezes, o próprio ambulatório proíbe os familiares de entrarem por questões de espaço. Então a gente vê pessoas que são altamente envolvidas e interessadas no assunto, mas que não conseguem acompanhar, não conseguem ficar a par do que está acontecendo (...) **(O Oncologista)**

(...) então ela veio para um ambulatório com um resultado de uma biópsia que tem um diagnóstico de câncer, que vai mudar toda a vida dela, toda a questão psicológica, social e não tinha ninguém, ou familiar ou de amizade que pudesse confortá-la, que pudesse ampará-la... (...), aí eu disse assim: a senhora não tem um irmão, não tem um companheiro, não tem nenhum familiar, e ela disse: não, eu é que ajudo os outros, tenho um irmão que é alcoólatra, que esteve internado até a semana passada e eu que estava com ele, a minha irmã mora no interior é pobre, então eu sou sozinha, essa é uma realidade que a gente encontra no SUS. Diferente do privado que normalmente as pessoas veem como muitas pessoas, meu consultório por exemplo, tem duas cadeiras, num diagnóstico como este, normalmente, entra muita gente, tem muitas perguntas, eu tive até que providenciar outro apoio pra receber os familiares das pessoas. **(Hipócrates)**

(...) outra coisa que influencia são os familiares, né? (...) as vezes o paciente é muito tranquilo, mas ele tem um familiar ali que (...) ou ele não tá satisfeito de tá levando ali o PAI ou a MÃE... e joga essa revolta pra cima de você, isso aí acaba refletindo, não tanto no tratamento do paciente. (...) Quando você atende o paciente COM os familiares, tudo isso aí (...) acaba virando uma relação SÓ durante a consulta. **(Robin Hood)**

O desempenho do serviço pode ser alterado em virtude de diversas variáveis e a presença de outros no cenário é uma delas. “A vida social possui uma qualidade dramática onde as pessoas desempenham papéis e ajudam outras a desempenhá-los, a habilidade em manipular impressões através da comunicação é essencial para o êxito na cena cotidiana” (GAHAGAN, 1976, p. 50).

**FIGURA 9 - Retratação do núcleo de sentido- 11 – Outros personagens em cena**



O Médico - Quadro de Frederick Hardly

#### TEMÁTICA IV- O SENTIDO DA EXPERIÊNCIA: PERCEPÇÃO SOBRE A ENTREVISTA COM O USO DO DESENHO-DISPARADOR, COMO PROPULSORES DA COMPREENSÃO DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE.

O desenho é uma linguagem universal, o diálogo da arte com a ciência remonta relatos de científicos por parte de pesquisadores e navegadores. A exemplo de Leonardo Da Vinci e seus famosos desenhos da anatomia humana, importantes cientistas visualizam suas ideias antes de as oralizar (SILVA, 2009) A experiência denotada pelos personagens sobre a aproximação com o tema por meio da entrevista com o uso do desenho-disparador desvela sentidos e significados inerentes a sua concepção de mundo, em que o viver traz à tona a perspectiva da relação da interação médico paciente, um tal simbolismo, os quais são refletidos nas narrações:

**Scarlet** demonstra em sua narrativa que a abordagem metodológica foi de grande valor no sentido da compreensão, evidenciando ganhos pessoais e de certo modo, para a personagem, a abordagem assume características terapêuticas

Para mim foi tão esclarecedor falar sobre isso [...] não sei se serviu mais a mim ou para você (risos). Pra mim foi extremamente interessante entender... falar aqui sobre as questões de valores familiares, de ambientes estruturais, de equiparação (...) e do desnível socioeconômico do país. Assim, pra mim foi 'elucidante'.

Para **Scarlett** a narração disparadora, (...) “Porque no consultório elas são minhas clientes, elas pagam para eu atender, né? E no Instituto de prevenção do câncer, na perícia, elas são pacientes, né?”, ilustram a médica como duas caras: atende no consultório com proximidade, diálogo e simpatia, no entanto o atendimento no setor público produz infelicidade, olhando constantemente para o relógio, cria uma postura de distanciamento, o que imprime ao paciente uma postura de submissão.

(...) o desenho foi feito com base no texto, né? (...) Então eu desenhei essa mesma médica com duas caras, né? (...) uma pessoa só que adota um comportamento no sistema público e outro no privado. (...) e a gente vê isso por aí a fora, enquanto no sistema público ela vai sem acessórios, ela vai despenteada, ela vai desleixada, ela vai infeliz (...) e o paciente entra e sai infeliz do consultório dela, ela é distante do paciente, ele tem em geral uma postura de submissão, de cabeça baixa em relação a ela e de afastamento. Já a, no sistema privado essa mesma médica é uma médica legal, não é? Ela vai toda arrumada, ela vai penteada, ela vai maquiada, é, ela coloca os acessórios dela (...), mas assim, em geral (...) essa dubiedade da personalidade dela existe

FIGURA 10- Desenho desenvolvido por Scarlett



Fonte: da pesquisa

Assim como a personagem supracitada, **‘Meu pai’** descreve a percepção de ganhos pessoais “foi o momento que eu parei pra pensar, eu acho que muita gente deve ter dito isso, eu acho que isso é bom, importante”. Para o personagem as características elucidativas dos caminhos metodológicos percorridos e reforçam a importância destes para o real conhecimento campo por meio do olhar dos profissionais que trabalham na área, “colher dados com quem trabalha, com quem entende disso”. Considera que instrumentos de investigação dicotômico “a pessoa sair preenchendo um ‘xizinho’ não conseguem dar conta do objeto da pesquisa, se mostra surpreso com o volume de falas disparas e a profundidade da reflexão emergida bem como do desvelamento de seus próprios julgamentos.

Olha, eu te juro que uma pesquisa como essa é importante. Eu acho que conversar e escutar, e vê a opinião dos profissionais que trabalham nessa área é fundamental, porque você ouve a opinião do que eles vivenciam. É complicado uma pessoa que tá de fora julgar, o interessante realmente é isso: colher dados com quem trabalha, com quem entende disso. Eu acho que uma pesquisa dessa forma de conversar é interessante, formulário, essas coisas da pessoa sair preenchendo um 'xizinho' não rola não, principalmente se você dá a chance da pessoa sair mais ligeiro (risos). Mas

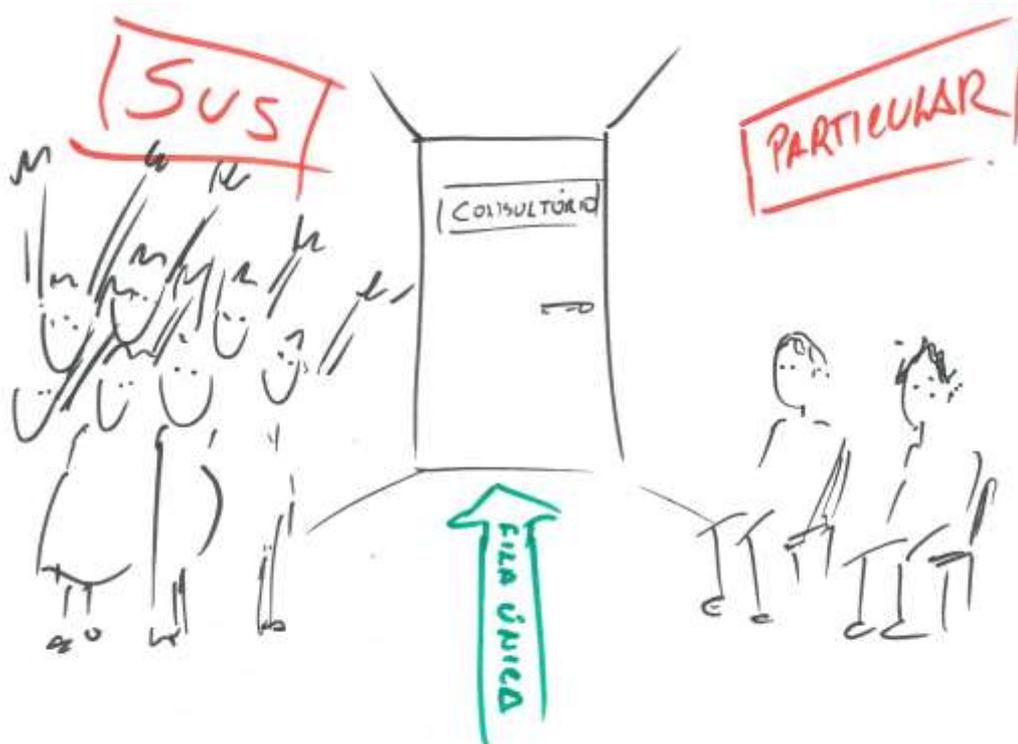
eu acho que é isso, ouvir, conversar, veja oh, a gente começou a conversar aqui e eu não pensei que ia falar esse monte de coisa. Me parece que as ideias vão sendo construídas, e, aí você para refletir um pouco e vê que você passa a julgar também o próprio profissional, coisas que ele via antes, mas nunca tinha parado pra pensar. Agora foi o momento que eu parei pra pensar, eu acho que muita gente deve ter dito isso, eu acho que isso é bom, importante.

Para **“Meu pai”** o desenho figurou como norteador do seu pensamento e fala

(...) no meu caso o desenho foi bom pra eu não sair do rumo (risos), porque senão eu ia perder o foco [...] Eu acho que o desenho foi bom porque de vez em quando eu olhava pra ele e dizia pra mim mesmo: "não desfoca, não desfoca". Pois é, eu acho que é importante, gostei. [...] o desenho foi bom pra que eu me mantivesse na

**“Meu pai”** refere que a frase o levou a questionamentos acerca da escolha de ser médico, mas e acredita que independente da forma como é remunerado deve praticar o que aprendeu da mesma maneira. No desenho mostrou que existem diferentes meios do paciente buscar o atendimento médico no consultório, de um lado retrata muitas pessoas, com as mãos levantadas pedindo para ser atendidas, do outro lado, o particular, poucas pessoas sentadas, mas a porta de entrada que ele disponibiliza é a mesma para todos os pacientes.

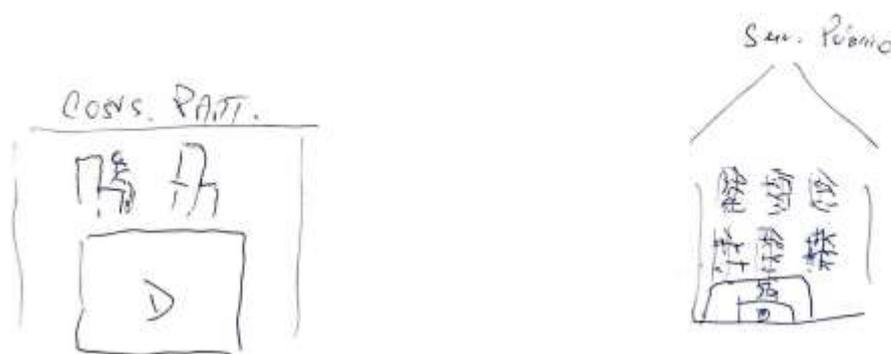
FIGURA 11- Desenho desenvolvido por **“Meu PAI”**



Apreende-se no desenho e na narração de **Dom Quixote** a representação da distinção entre o atendimento particular e público, este faz referência a aspectos ambientais, o serviço público foi expresso no desenho por um consultório minúsculo com sala de espera repleta de pessoas, um consultório privado confortável e a ausculta atenta e personalizada do médico.

veio à cabeça que havia uma distinção muito grande entre o atendimento no serviço particular e no serviço público, e veio a minha mente um consultório particular com uma mesa muito ampla, cadeiras confortáveis e alguém ouvindo atentamente as informações médicas necessárias daquela consulta e no serviço público eu vi uma sala de espera repleta de pessoas, um consultório minúsculo, uma pessoa sentada, é (pausa), com um tempo mínimo pra atender aquele grande número de pessoas lá fora, a relação médico-paciente completamente distorcida do serviço público. (...) O conforto na sala de espera, (...) enquanto as outras amontoadas lá fora esperavam.

FIGURA 12- Desenho desenvolvido por “DOM QUIXOTE”



Dr House aponta para a importância do diálogo na compreensão da interação objeto deste trabalho.

Então eu acho que a conversa foi importante pra situar e até pra eu enxergar melhor a diferença mesmo do público e do privado que eu acho que a principal diferença é estrutural mesmo e claro que o paciente é o mesmo, mas em algumas situações o comportamento do mesmo paciente é diferente a gente nota isso.

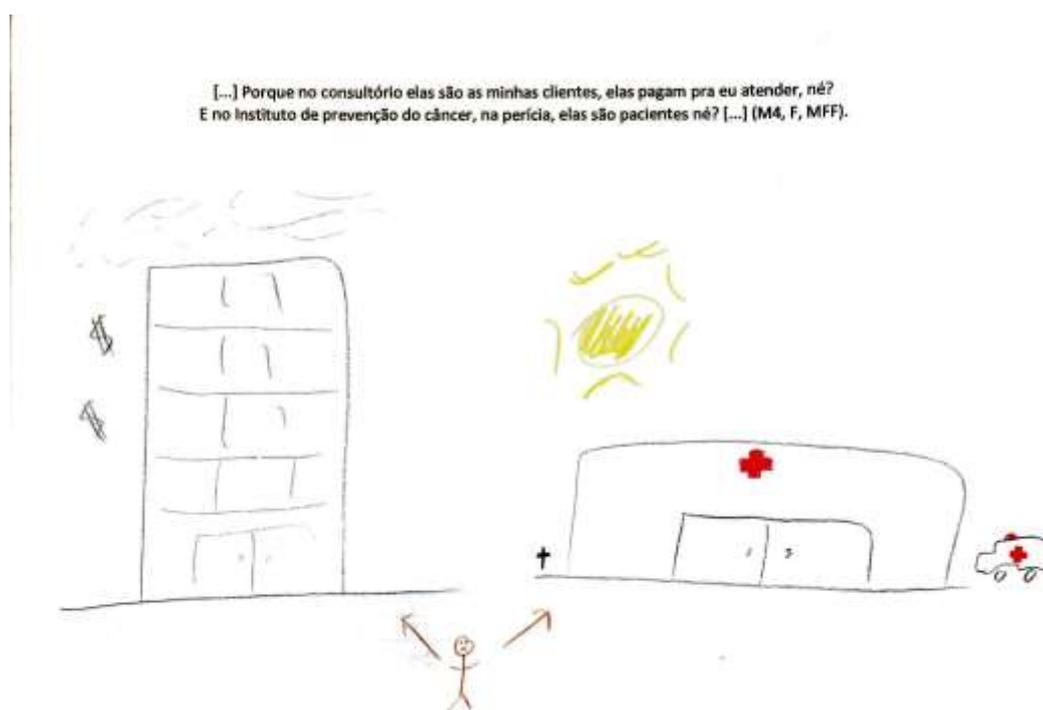
Para **Dr. House** o desenho deu uma direção para o pensamento pré-existente, ilustra serviços privados com conforto para os profissionais e paciente, imaginados por um prédio vertical. O serviço público no Brasil, geralmente apresenta condições insatisfatórias em

confronto ao serviço privado tanto para médicos como pacientes. O desenho explicita condições vivenciadas em serviços sem climatização nos consultórios de atendimento, portanto o sol é representativo dessas condições. É possível também perceber um paciente que se dirige para os dois cenários, segundo **Dr. House** há pessoas que consomem serviços de saúde públicos e privados

O desenho ajudou porque eu fui é, tentar inicialmente identificar qual era a principal diferença entre o público e o privado e tentar colocar a minha opinião que o paciente é o mesmo e por conta disso o tratamento tem que ser igual (...) independente dele pagar ou não, eu acho que ajuda, dá um norte assim pro pensamento geral que eu tenho, a opinião que eu tenho sobre o assunto.

(...) eu coloquei um serviço privado e um serviço público, geralmente o serviço privado é mais bem estruturado tem, um maior conforto pro profissional e pro paciente, enfim as condições de trabalho em geral são melhores, então eu ilustrei aqui um prédio, geralmente (...) a maioria dos consultórios, são em prédios comerciais, enfim tem toda uma estrutura. O serviço público no Brasil, onde eu moro, geralmente tem condições estruturais piores que no serviço privado, condições físicas mesmo, questão do prédio, da sala onde você atende em geral as condições são piores. É e eu coloquei até aqui um sol que especificamente onde a gente mora é muito quente, tem um hospital é muito quente é muito ruim de trabalhar no mesmo pelas condições físicas tanto pro médico como pro paciente no (...) no público. Então é aí eu coloquei aqui o paciente que ele tanto pode ir pra um como pra o outro. Hoje em dia o que eu vejo que muitos pacientes são atendidos é nas duas situações, mesmo o paciente tendo o plano, ele as vezes, muitas vezes usa o serviço público, é atendido pelo SUS.

FIGURA 13- desenho desenvolvido por “DR. HOUSE”

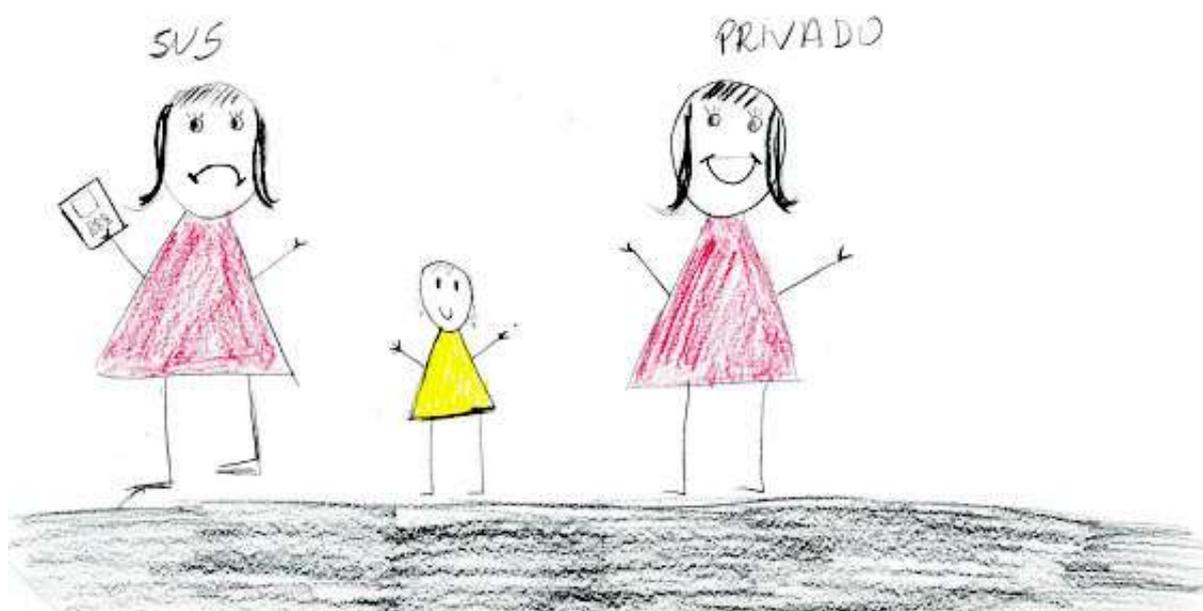


**Rainha Elsa** exprime a relevância do “olhar da mesma pessoa sob dois cenários diferentes” e a reflexão a partir deste paralelo. O momento da entrevista se deu de forma descontraída e foi de muito crescimento, para a entrevistada a pesquisa é relevante e conexa ao cenário vivenciado

(...) eu acho que é interessante a entrevista, porque você vê o olhar da mesma pessoa sob dois cenários diferentes (...) eu gostei bastante (...) foi ótimo, achei bacana, assim, nunca (...) ninguém tinha me perguntado isso, assim (...) de uma maneira tão enfática (...) gostei dessa (pausa) oportunidade, dessa essa troca (...) se bem que você fala pouco (...) quem fala mais aqui sou eu, você não pode falar né?, não pode fazer nenhum juiz, tem que ser imparcial (...) eu achei interessante, gostei bastante, viu? Acho que vai dar uma boa pesquisa (...)

A narrativa da **Rainha Elsa** infere que o desenho atinge os objetivos metodológicos (...) influenciou BASTANTE, tanto que as vezes quando eu falava eu me reportava até o desenho (...) pode, com certeza, acho que é o pontapé inicial (...) me influenciou em algumas (pausa) respostas. Em seu desenho destaca a médica atendendo no SUS, com celular na mão e no Watsap, isto significa falta de respeito para com o paciente no cenário público e no privado atende com sorriso e total atenção ao paciente. Além disso o desenho revelou a vulnerabilidade o paciente (...) ao final ressalta fortemente: “a **rainha Elsa** não está aqui, por que ela não é essa médica do desenho.”

FIGURA 14- Desenho desenvolvido por “RAINHA ELSA”



**Robin Hood** observa a importância da ação reflexiva, disparada pela ocasião da entrevista, a fim de evitar o comportamento automatizado, tendência denominada como *mindlessness* (SOLOMON et al., 1985)

Eu acho que é muito interessante porque leva a gente a parar pra pensar, (...) Imaginar, refletir sobre a nossa relação (...) Com o público e com o privado, geralmente dia-a-dia (...) Fica meio no automático, né?

O protagonista afirma ter tido dificuldade em se expressar através do desenho e acredita aos costumes esta limitação, sua inferência encontra eco em Silva (2009) para quem a cultura ocidental entende que o pensar se dá unicamente pelo processo verbal como meio de codificação. Depõe ainda que a frase disparadora e a sua própria narrativa foi que influenciaram o desenho e não ao contrário

(...) acho que o que molda mais é a frase inicial, o desenho não (...) acho que é costume mesmo, como a gente não tem costume, a gente nunca foi educado, nem se acostumou A SE EXPRESSAR pelo desenho (...) Eu acho até que o desenho fica BEM mais simplório do que o que a gente fala (...) na verdade a minha fala que influenciou mais do que eu poderia colocar no desenho, sabe? (...) aí que eu digo, a dificuldade a gente tem que se expressar, quer dizer, a gente é tão acostumado a só falar, e escrever que, numa maneira geral, a gente não tá a costumado a se expressar de outras formas(...)

O desenho de **ROBIN HOOD** enfatiza atendimento no SUS e no privado, destacando a tecnologia e conforto no ambiente privado.

(...)no desenho (...) eu mostro que, apesar de eu não costumar fazer separação entre um paciente de um serviço público ou privado, a diferença que existe, pelo menos no meio que eu trabalho (...) acaba sendo o acesso a algumas tecnologias que o paciente do serviço público não tem (...)

FIGURA 15- Desenho desenvolvido por “ROBIN HOOD”



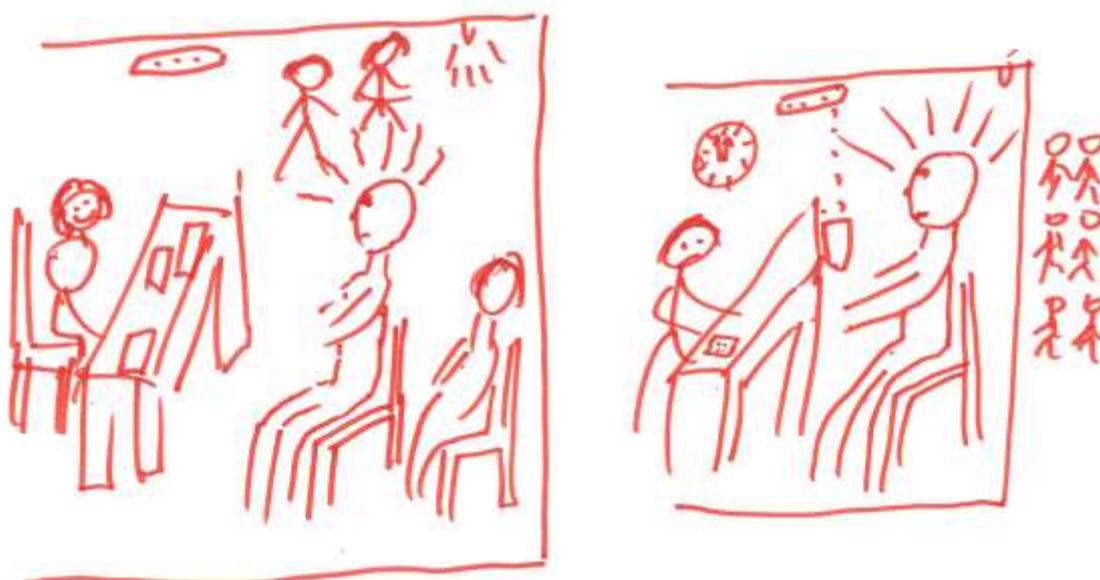
**O Oncologista** entende que a abordagem metodológica é capaz de atingir os objetivos propostos pela pesquisa, e assim como outros entrevistados percebe que a abordagem implementada por meio de uma entrevista reflexiva permite ao pesquisado a oportunidade de compreender mais claramente a realidade vivenciada

Eu acho que a pesquisa consegue atingir o objetivo, esse confronto entre o funcionamento do SUS e funcionamento dos convênios, é uma coisa que faz parte do nosso dia-a-dia, o tempo todo, por mais que a gente queira acreditar que não, que somos a mesma pessoa [...] existem pressões MUITO grandes interferindo naquela consulta, naquele momento [...] eu acho que você parar pra conversar sobre isso, faz a gente realmente sedimentar a coisa na cabeça, e eu acho que você consegue ter percepções muito claras sobre isso. Então eu acho que sim, que é uma coisa (a pesquisa) que vai atingir seus objetivos.

Quanto ao desenho do **Oncologista** o mesmo descreve o ambiente privado munido de tecnologia por meio de computadores e impressora; representa também com o acompanhante, figura frequente no ambiente; retrata em ambos os ambientes o paciente com preocupações e revela a limitação do tempo de atendimento por meio de relógio na parede. O médico em atendimento nesse cenário utiliza o celular. Destaca ainda, que o desenho ilustra como catalizador de ideias e acelerou o processo de construção da narração.

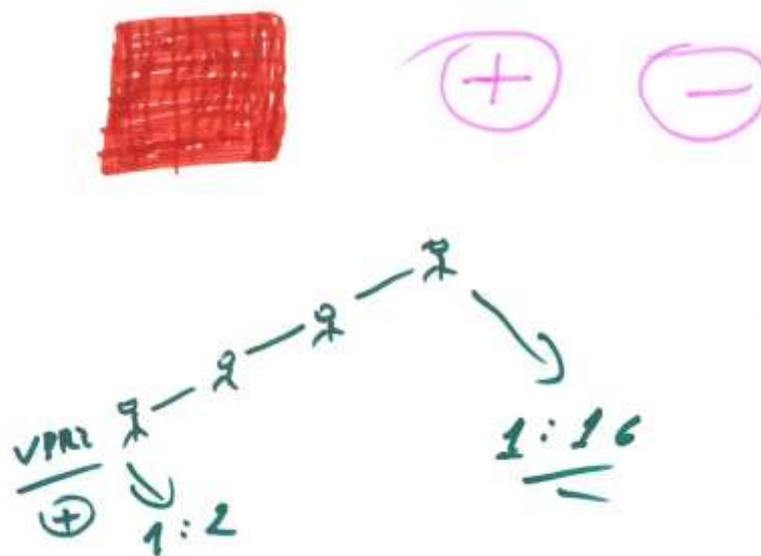
(...) no início o desenho funcionou como um catalisador assim, as coisas que eu já tinha mais ou menos na cabeça, naqueles cinco minutos que eu fui pensando em como fazer o desenho eu fui tentando por tudo... então e as coisas já vieram na cabeça mais fácil, sabe? É uma forma de acelerar o processo, eu acho.

FIGURA 16- Desenho desenvolvido por “O ONCOLOGISTA



**PENÉLOPE CHARMOSA** denota em seu desenho que ao olhar para a frase disparadora, a primeira imagem que veio à cabeça foi a de um cartão vermelho, em sinal de repreensão a ideia expressada. Mesmo assim, não considera que o desenho tenha influenciado em sua postura e narração.

FIGURA 17- Desenho desenvolvido por “PENÉLOPE CHARMOSA”

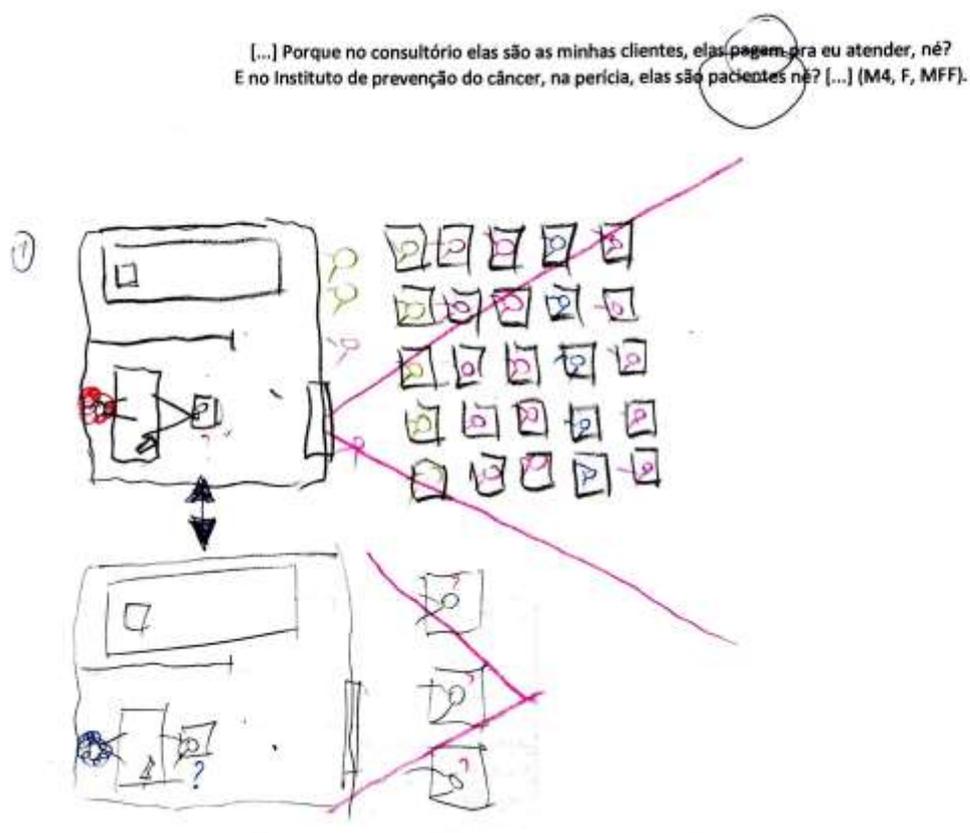


Para **Hipócrates** deflagra o processo de construção do seu próprio entendimento para a narrativa

É, eu acho que o desenho é uma ferramenta interessante porque de alguma forma você começa a construir dentro do seu entendimento, dentro da sua narrativa, né? E de alguma forma você consegue concretizar, você consegue instrumentalizar, você consegue fotografar de uma maneira bem prática aquilo que você quer dizer.

**HIPÓCRATES** em seu desenho ilustra a si mesmo atendendo em dois tipos de consultórios, um público com diversas pessoas aguardando, e algumas inclusive em pé. A imagem do triângulo representa a dificuldade de acesso a este serviço. No consultório privado o triângulo se encontra invertido, demonstrando a relação entre quantidade de médico e paciente. O personagem fez questão de apontar a estrutura física exatamente igual em ambos os cenários, indicando assim, a fundamental relevância do atendimento e acesso para satisfação do paciente e resolução dos problemas do adoecer.

FIGURA 18- Desenho desenvolvido por “HIPÓCRATES”



Após este debate, ancorado na análise temática sugerida pelos fundamentos e caminhos de Minayo, ratificamos e reforçamos as temáticas e os núcleos narrativos emergidos, bem como as escolhas metodológicas, com destaque para os instrumentos de pesquisa, a entrevista em profundidade e o desenho-disparador, que se fizeram presentes e cumpriram seus papéis designados nas narrativas transcritas dos médicos. Este percurso suscitou no encontro espontâneo e legítimo com o objeto do estudo.

## 6- CONSIDERAÇÕES FINAIS E PONTOS DE REFLEXÃO

Retomando os aspectos expostos no início, a seguinte questão de pesquisa norteou essa investigação: “como o (a) médico (a) compreende a interação médico-paciente nos cenários público e privado?” Na busca por respostas, a análise aqui descrita foi com base nas entrevistas e no desenho-disparador apresentada aos médicos, objeto deste estudo, sob a forma de tese. Seu conteúdo foi discutido com o objetivo de auxiliá-los a melhor compreender a dinâmica dos processos de trabalho do médico nos serviços públicos e privados se considerando a realidade organizacional específica de cada setor, e a busca de compreender de que forma as práticas e rotinas adotadas em cada setor podem estar impulsionando ou restringindo a relação médico-paciente.

Conforme seus discursos, os médicos comentaram que o início, a descoberta de seu personagem caracterizado foi a maior dificuldade a ser enfrentada e que após se perceber dentro da escolha de seu personagem, o que os levou a se analisar para discutir o conteúdo de algumas das questões por eles levantadas a entrevista fluiu até mesmo com informações adicionais que foram essenciais para a análise da metodologia adotada.

Na escolha de alguns personagens é possível perceber abordagens de poder, destaque a personagem **Rainha Elsa** e **Scarlet** que referem questões de gênero nas suas vidas pessoal e fortemente na profissional. O poder também em relações a laços familiares e em versões antagônicas, **Dom Quixote**, o anti-herói que luta contra moinhos de vento, imaginando que estes são gigantes, e **Dr. House**, o médico que consegue solucionar todos os enigmas da saúde e da doença. Alguns personagens foram definidos baseados em sua própria vivência e convívio pessoal, outros pela imagem que algum personagem fictício emite e que se admira ou se deseja imitar. A densidade da relação do ator social com o seu personagem apresenta intensidades distintas, alguns parecem ‘ser’ o seu próprio personagem.

Como desdobramentos da questão norteadora, a análise dos dados guiou-se pelos objetivos específicos definidos para o estudo. Assim, em relação ao objetivo identificar como se deu a **composição do personagem médico** para os entrevistados, pode-se apontar que esta construção apresenta diversas facetas, sendo uma estrutura multifacetada edificada a partir de questões moldadas pela estrutura familiar, pelos valores intrínsecos e com os seus próprios erros. Como médico atuante na relação com o outro no processo de cuidar o convívio com seus pacientes também se apresenta como um excelente tutor nesta construção. O domínio

técnico, a experiência e a segurança também moldam fortemente a composição do personagem. A reconhecimento de mestres mais experientes e a observação de arquétipos, nas mais diversas fontes, entre elas: cinema, televisão, livros, entre outros é de forte modelagem para esta construção.

Se observa de forma nítida que, para os entrevistados a formação universitária não incidiu em desenvolvimento para a atuação nos cenários de prática, a expressão ‘cai de paraquedas’ é a menção que retrata a entrada dos médicos no mercado de trabalho. Ao longo de sua formação não há interação acadêmica com serviços de saúde do setor privado. Em algumas narrações é possível apreender que a formação médica não prepara o aluno para a interação em seu campo de trabalho, há grande dificuldade destes em lidar com pacientes em ambos os cenários. Parece que é na pós-graduação que estas questões começam a ser apuradas.

Os entrevistados capturaram, em suas vivências, questões relacionadas às mudanças curriculares que apontando para a transversalidade da saúde coletiva. Estas mudanças podem ser desdobramentos das transformações curriculares propostas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais que se apoia sob três eixos: orientação teórica, cenários de práticas e abordagem pedagógica.

O processo da formação médica, por meio de suas práticas, pode promover valores equivocados que acentuam a dicotomia de atuação em cenários público e privado. A cena descrita foi o atendimento a usuários do SUS na presença física, e por vezes a atuante, de acadêmicos, em como parte de sua formação prática profissional’. Ao se deslocar, hipoteticamente, esta cena para o cenário privado, sucedeu um certo desconforto e a rápida menção a resistência por parte dos pacientes privados, as narrações indicam que a cena não se reproduziria neste cenário. Ocorreu então o desconcerto frente a percepção da circunstância não ter sido nunca presumida “porque que no SUS, aquelas pessoas têm que se submeter a isso, e no privado não se submetem? (...) eu realmente nunca tinha parado para pensar nisso”. Em um breve instante, e o desconforto deu lugar a conformação “mas isso acontece a já muitos anos dessa forma, né? ” (...) não faz muito sentido botar (...) um aluno de graduação (...) em uma clínica privada, eu acho que isso vai gerar um mal-estar importante, então eu acho que infelizmente não tem outra maneira, tem que ser dessa forma mesmo.

Sobre o objetivo desvelar a **atuação do seu papel social**, ficou evidente que ao descrever a ‘atuação médica’, em se tratando de um desempenho criticável, o entrevistado apresentava a atuação do ‘outro’ e não a ‘sua’ própria, o que remeteu a célebre frase de Sartre “o inferno, são os outros”.

Em atuação em diversos cenários, os personagens afirmam que não fazem distinção, destacam ainda que o atendimento deve ser análogo nos aspectos: relacionais, de cuidado e técnico. Porém despedem que, ‘como todo ser humano’, o seu humor pode alterar, mas esta variação não pode estar atrelada ao cenário. Outros revelam que há sim diferença em sua atuação inclusive quanto a conduta médica, e que ela pode ser deflagrada por diversos motivos como: a necessidade de se desempenhar diversos papéis (no ambiente público, questões culturais, sociais e econômica dos pacientes).

A questão ética é abordada quando se enfatiza o atendimento como não podendo ser baseado em ganhos secundários, ou diferenciações entre seres humanos. Alerta ainda, que a falta de recursos materiais não pode influenciar a sua prescrição, a questão é de gestão, e o médico, em sua prática, não pode ser conivente. Se evidencia ainda que a presença empática do médico pode ter papel terapêutico.

Matuto se apresenta incomodado quanto aos profissionais médicos que tem um jaleco para uso no ambiente privado o outro para o público, ou nenhum para o público. Baseado nas premissas do Interacionismo Simbólico O jaleco é vestimenta especialmente significativa para os profissionais de saúde pois, o sentido deste, emerge da interação social.

A aparência rebuscada investida no cenário privado produz significado e pretende convencer os pacientes de sua atuação, e transmitir uma imagem pertinente ao poder econômico relacionando com o conhecimento. Há uma forte desvalorização do cuidado com a aparência o cenário público por parte do profissional. O ator é consciente desta prática dramática e personificação (TEIXEIRA, 1998).

Além do zelo com aparência pessoal, o cuidado com o visual do ambiente é desvelado nas narrações. De um modo geral, sob a ótica dos médicos, os pacientes parecem buscar incessantemente pistas tangível que suprimam sua pouca aptidão, quando comparados a consumidores de outros tipos de serviços, em avaliar os aspectos técnicos do serviço de saúde. Os personagens evidenciam a importância do ôntico sobre o ontológico.

É possível observar nas narrações as diversas máscaras na qual o atendimento médico pode se velar, o caráter destas é usualmente protetivo, esta dinâmica pode ocorrer de forma consciente ou não. A máscara institucional é expressada pela escassez de materiais ou conduta estabelecida pela instituição, não permitindo a possibilidade da qualidade do diálogo, não deixando espaço de questionamentos. Nas narrações é possível perceber um certo incômodo e alegação para o uso da máscara institucional.

Referente ao objetivo descrever os **sentimentos dos médicos**, quanto a sua atuação profissional, estes denotam sentimentos de angústia, impotência, frustração e estresse quando não conseguem o melhor, principalmente no sentido técnico e tangível, para os seus pacientes e se percebem limitados em sua função de médico. A constante falta de acesso ao tratamento adequado na rede SUS, ocasiona, também, sensação de raiva, mal-estar e mal humor.

Na interseção entre a teoria e a prática apreendem-se grandes lacunas no modelo assistencial de saúde, que dificulta a relação médico-paciente ao dar resolutividade das necessidades de saúde da pessoa no adoecer. Uma destas lacunas se relaciona com a questão da Referência e da Contra-referência posto que esta ainda se encontra em estágio pouco desenvolvido, tanto em aspectos teóricos como práticos, é quase inexistente, funcionando apenas os fluxos informais.

Os médicos percebem preconceito quanto a idade e o gênero e apresentam o sentimento de traição quando pacientes buscam colegas com mais tempo de experiência. Evidenciasse também o ‘medo’ em iniciar o atendimento em pacientes do setor privado. As narrações deixam claro o sentimento de frustração, impotência e estresse, porém, sentimentos positivos emergem da valorização por parte dos pacientes.

Em relação ao objetivo analisar a **percepção dos médicos acerca das plateias** pode-se apreender que a atuação dos pacientes é impactada quanto a sua capacidade intelectual e o nível de informação, percebe-se que, pacientes atendidos no cenário público, em geral, possuem menos capacidade de elaborar o resultado tangível da consulta, enquanto no serviço privado a paciente busca esclarecimento na rede digital e assim compreende as informações mais facilmente.

A questão do empoderamento do conhecimento torna-se relevante para a atuação no serviço e privado de forma diferenciada a compreensão. A escolaridade também interfere nessa compreensão, porém o médico não pode prescindir a cultura do outro. É preciso

também cuidado com qualidade e a interpretação das informações pelo paciente, com esse poder de conhecimento quer sobrepor ao conhecimento médico.

No que diz respeito a passividade, o paciente do SUS se apresentam em postura de submissão, a qual difere do paciente do privado, em que a conduta é questionada e contra argumentada: Por sua vez se destaca que a Passividade do Público está mudando por conta do conhecimento do SUS, os pacientes são mais resignados, mas exigem ser bem atendidos igualmente aos pacientes particulares. No setor privado médicos apontam que as pacientes por ter condições financeiras exigem mais do médico, inclusive por 24 horas.

Porém a atuação do paciente se modifica com o grau de complicação da enfermidade e a dificuldade em acessar o atendimento médico. Isso pode desencadear revolta e agressividade. Esta agressividade contra o médico em serviços públicos de saúde é cada vez mais noticiada. A comunicação entre médico e paciente deve ser estabelecida com muita circunspeção, dependendo do estado de saúde e fase da doença, o paciente pode limitação de atenção e compreensão.

Em relação ao objetivo compreender a **percepção dos médicos acerca dos cenários de atuação**, percebe-se o cenário físico-estrutural e acesso a procedimentos materiais e medicamentos é alcançado pelos médicos por meio de narrações que exprimem acerca de suas próprias vivências. Os relatos de suas experiências em ambulatórios públicos apontam limitações em relação ao acesso de material, exames, intervenções e informação (neste trabalho destaca-se arquivamento, acesso e manuseio dos prontuários médicos), e entendem que estas situações promovem resultados, técnicos e relacionais, insatisfatórios.

O confronto entre cenários revela que morrem mais pessoas, que tinham condições físicas de viver, nos serviços públicos. Nos serviços privados, o óbito não está relacionado diretamente com a escassez de material. A narração de **Dr. House** choca e deve ser ponto de profunda reflexão “NO PÚBLICO A GENTE VÊ MUITA GENTE QUE MORRE QUE NÃO ERA PRA MORRER”. Os serviços de saúde ofertados por empresas privadas também constituem fatores segregadores, o valor pago pelo usuário à empresa, reflete diretamente na qualidade, diversidade e facilidade de acesso a serviços de saúde.

A espera do atendimento e marcação de horário, estão presentes em a diversas narrações queixosas quanto ao SUS, é referido que não existe uma racionalidade nestes processos, é comum a chegada de todos os pacientes do turno chega ao mesmo tempo,

causando tumulto. Na realidade, embora afirmem que a agenda de horários na consulta privada é organizada, na prática não é incomum, em conversas informais, alguém reclamar desta espera. O acolhimento pré-atendimento médico interfere na postura do paciente e figura como relevante para a definição da interação entre médico e paciente em ambos os cenários

A Assistência Primária à Saúde (APS) pode ser caracterizada através de um primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, garante uma atenção integral, oportuna e sistemática em um processo contínuo. Os fluxos e o trabalho em equipe na ESF, quando realizados corretamente, possibilitam uma assistência de saúde de melhor qualidade, facilitando inclusive a comunicação e a interação entre médicos e pacientes.

Resta claro, objetivo e unânime que o tempo de atendimento é insuficiente para a demanda do serviço de saúde no setor público. A remuneração é considerada insatisfatória, quando comparada a remuneração ‘particular’ quando o paciente paga diretamente ao médico sem que haja a necessidade de um interveniente financeiro que são os planos ou seguradoras de saúde. Os proventos originados do atendimento realizado por meio do convênio também são considerados insuficiente e em alguns casos inclusive equivalentes aos valores de remuneração do SUS. Para os entrevistados a medicina é uma prática moral baseada em um contrato de confiança, atualmente este contrato está ameaçado, em grande parte, pelas empresas de saúde, somente interessados no lucro.

A presença do acompanhante no atendimento é mais comum cenário privado, alguns serviços públicos inclusive coíbem esta prática. O acompanhante pode trazer ganhos a interação médico paciente quando atua no sentido de apreender as orientações médicas, auxiliar na mobilidade física e oferecer suporte emocional. A presença do acompanhante pode também ser danosa quando este não se porta de modo a facilitar a fluidez do atendimento.

Nesse cenário algumas recomendações são traçadas para melhorar o contexto de trabalho desses profissionais, quer seja no setor público como no privado: promovendo a experiência positiva das relações médico-paciente nas condições de trabalho e melhor ambiente de trabalho no quesito de estrutura física e acessos

Presente em narrativas como sendo fundamentais promover melhorias, as seguintes ações se tornam imprescindíveis: Implementar os fluxos de referência e contra referência para dar continuidade ao atendimento do paciente o que trará maior satisfação a médico e conseqüente melhoria no atendimento ao paciente. As narrativas apresentam proposições de

melhorias pertinentes a organização, flexibilização de horários, revisão fluxos, as relações, implementação de programas de humanização e ainda a inserção da família ou acompanhantes no atendimento de saúde.

Os resultados evidenciados pelo estudo, somados as reflexões da pesquisadora, apontam para a primordial importância, da realização de novos trabalhos que apresentem a narrativa do paciente sobre este mesmo objeto, de modo a apreender a cena por diversos ângulos e perspectivas.

Esta discussão com os médicos também trouxe vários benefícios ao desenvolvimento deste estudo, pois permitiu que se avaliasse a aplicabilidade da metodologia desenho-disparador enquanto uma ferramenta diagnóstica para analisar de que forma as práticas assistenciais e relacionais adotadas podem estar impulsionando a capacidade de relação dos médicos, quer seja no setor público ou privado, objetivo principal deste projeto de pesquisa. Conforme seus discursos, os médicos consideraram que a metodologia utilizada cumpriu com os desígnios propostos e alcançou outros não previstos.

No que concerne as respostas aos objetivos supracitados e respondendo à questão de pesquisa, existem sim diferenças e discrepâncias na interação médico-paciente nos cenários público e privado. As semelhanças residem no trato dado aos próprios pacientes, não diferenciando o local em que estão sendo cuidados, a enquanto as diferenças se encontram direcionadas pelos cenários estruturais e organizacionais do setor público e privado, ainda assim permanecendo semelhanças na propagação de valores morais e éticos.

A análise das narrativas também possibilitou a afirmação do argumento de tese: o médico, sendo este um único ator e tendo participado de uma única formação profissional, quando em diferentes cenários e frente a diferentes plateias, constrói atuações e personagens distintos. Ao escutar os sujeitos médicos, conhecer seus pontos de vista, percepções e concepções sobre si mesmos em cenários públicos e privados, buscou-se minimizar a lacuna apontada pelo estudo de Ismael (2005).

Por fim as relações médico-paciente exigem atenção às peculiaridades do setor no qual se efetivam, as contribuições a floradas destas devem ser contínuas e interdependentes na medida em que incorporem os resultados da integração do serviço, do paciente e de outros atores inseridos na cena.

Em síntese o Interacionismo simbólico se articula com os personagens da vida cotidiana do ser médico, na perspectiva teórica e possibilita a compreensão do modo como as pessoas interpretam as situações e as relações com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas.

À guisa de conclusão, é possível apontar que, com o atendimento dos objetivos específicos da pesquisa foi possível atender ao seu objetivo geral e responder à questão de pesquisa, conforme destacados anteriormente, mantendo-se ainda a tese proposta para este estudo de que o médico, sendo este um único ator e tendo participado de uma única formação profissional, quando em diferentes cenários e frente a diferentes plateias, constrói atuações e personagens distintos.

## 7- REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. Pesquisa mostra que 17% dos médicos já sofreram agressão em São Paulo. (2015) disponível em < <http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-12/pesquisa-mostra-que-17-dos-medicos-ja-sofreram-agressao-em-sao-paulo>>. Acessado em: 25 de Fev. 2016
- ALENCAR, E. M. L. S; FLEITH, D. S. Barreiras à Promoção da Criatividade no Ensino Fundamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 24, n. 1, p. 59-66, 2008.
- ALMEIDA, C. M. As reformas sanitárias nos anos 80: crise ou transição? Rio de Janeiro. Escola Nacional de Saúde Pública. 1995, 411 p. Tese de Doutorado: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
- ALMEIDA FILHO, N.M. Uma breve história da epidemiologia. In: ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6.ed. Editora Medsi: Rio de Janeiro, 2003.
- ALMEIDA, G. W; MELLO, R. C. Uso de Novas Tecnologias de Informação por Profissionais da Área da Saúde da Bahia. **Revista de Administração Contemporânea**. Rio de Janeiro, v.8, n.3, Jul. /Set., p. 9-27, 2004.
- ALMEIDA M. J. **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida; 2005.
- ALMEIDA, P. F; GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H; ESCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad Saúde Pública**. v. 26, n. 2, p. 286–98, 2010.
- ANDRADE, L.O.D.M. **SUS Passo a Passo: gestão e financiamento**. São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva, 2001.
- ANDRADE L. O. D. M.; BARRETO I. C. H. C.; BEZERRA R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. de S.; MINAYO, M.C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. Editora Hucitec: São Paulo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.
- ANDREAZZI, M. Formas de remuneração de serviços de saúde. Texto para discussão n. 1.006. Brasília: Ipea. 2003. Disponível em < [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/td\\_1006.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/td_1006.pdf)>
- ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. São Paulo, 1997. 117 p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro: ANS; 2007.
- ARISTÓTELES, **Ética a Nicômacos**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2006.

AROUCA A. A. Reforma sanitária brasileira. Tema Radis, 11: 2-4, In: FLEURY, S. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

ASSIS, M. M. A; WILZA, M. A. A. N. OLIVEIRA, C. M. B. L. S. S. O, et al., **Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde**. [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

ASSIS M. M. A; JORGE M. S. B, Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In SANTANA J.S.S.; NASCIMENTO M. A A..(Org.) **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: EdUEFS, 2010. p.139-19

BAHIA, L. Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.6, n.2, p.329-339, 2001.

BARRETO, V. H .L; MARCO, M. A. Visão de Preceptores sobre o Processo de Ensino-Aprendizagem no Internato. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.38, n.1, p. 94-102, 2014.

BAUMAN, Zygmunt, MAY, Tim. **Aprendendo a pensar com a sociologia**. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BAUSBAM, C. A mão estendida. In. ISMAEL, J. C. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. 2. Ed. São Paulo: MG Editores, 2005.

BEN-SIRA, Z. Lay evaluation of medical treatment and competence development of a model of the function of the physician's affective behavior. *Social Science and Medicine*. V. 16, p. 13-19, 1982

BERRY, L. Relationship marketing of services: perspectives from 1983 and 2000. **Journal of relationship marketing**, v.1, n. 1, p.59-77, 2000.

BITNER, M. J.; BOOMS, B. H.; MOHR, L. A. Critical services encounters: the employee's viewpoint. **Journal of Marketing**. V. 58, p. 95-106, Oct 1994.

BITNER, M. J. Building services relationships: it's all about promises. **Journal of Academy of Marketing Science**. v. 23, n. 4, p. 246-253, 1995.

BITNER, M. J. Services capes: the impact of physical surrounding on customers and employees. **Journal of Marketing**. v. 56, n. 2, p. 57-72, Apr, 1992.

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspectives and method**. Berkeley and Los Angeles: University of California, 1969

BLUMER, H. **Symbolic Interactionism: Perspectives and method**. Berkeley and Los Angeles: University of California, 1969. In: FLICK, Uwe. *Pesquisa qualitativa*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

BODART, C. N. Papéis sociais, harmonia e conflito no ambiente empresarial: reflexões sociológicas a partir da obra de Erving Goffman. **Revista Foco Periódicos dos programas de graduação e pós-graduação em Administração e Recursos Humanos**. v. 5, n. 1, p1-13, 2012.

BOMFIM, Z. A. C. **Cidade e afetividade**: estima e construção dos mapas afetivos de Barcelona e de São Paulo. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2003.

BRAGA, J. C. S. PAULA, S. G. Saúde e Previdência Social: estudos de política social. São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981

BRASIL. Constituição de 1988. **Constituição**: República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília (DF); 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 3 de 20 de junho de 2014. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina e dá outras providências. Diário Oficial da União de 23/06/2014. Brasília. Seção 1, pág. 8, 2014.

BRASIL. Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina-PROMED. **Uma nova Escola Médica para um novo Sistema de Saúde**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/MS; 2002.

BROOK, R. H.; WILLIAMS, K.N. Quality of health care for the disadvantaged. **Journal of Community Health**. v. 1, p. 32-156, 1975.

BROWN, Richard H. A Poetic for Sociology. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1977 apud GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

BULFINCH, Thomas. **O Livro de Ouro da Mitologia**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1999.

BUZAID, A. C. A confiança mútua ente o médico e o paciente. In GREGÓRIO, R. **O Dossiê Paciente**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2009

CALERI, D. C. **Encontros da vida nua nos jardins do capital**. Niterói:2009. 98 f. [Dissertação de mestrado]. Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-graduação em psicologia do Departamento de Psicologia. 2009.

CAMPOS, G. W. de S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CANCIAN, Renato. Interacionismo simbólico - fundamentos: Blumer e o estudo das interações sociais. *Pedagogia & Comunicação*. Disponível em: <http://educacao.uol.com.br/disciplinas/sociologia/interacionismo-simbolico---fundamentos-blumer-e-o-estudo-das-interacoes-sociais.htm> Acesso em 24 de Fev. de 2016.

CARLSON, M. **Teorias do teatro**: estudos histórico-crítico, os gregos à atualidade. São Paulo: Fundação Editora da UNESP, 1997.

CARVALHO, J. L. F. S; VERGARA, S. C. Diálogos e Monólogos do Marketing de Serviços: de Volta à Conversa com os Scripts Cognitivos. **Revista interdisciplinar de Marketing**, v.1, n. 1, p. 7-20, Jan/Abr. 2002.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.923-931, jul-ago, 2003.

CASTELLS. M. **A Sociedade em Rede**.v.1, 3. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. **Metodologia científica**: para uso dos estudantes universitários. 3. ed. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1983.

CHIZZOTTI, Antônio. A pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais: evolução e desafios. **Revista portuguesa de educação**. v. 16, n. 2, p. 221-236, 2003.

COHEN, T. A metáfora e o cultivo da intimidade. In: SACKS, Sheldon. *Da Metáfora*, São Paulo: EDUC, 1992

COLAUTO, Romualdo Douglas; BEUREN, Ilse Maria. Coleta, análise e interpretação dos dados. In: BEUREN, Ilse Maria (Org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2003.

COLOMBO, F; TAPAY, N. Private Health Insurance in OECD Countries: the Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. Paris: OECD; 2004. Disponível em: <<http://www.oecd.org/els/health-systems/33698043.pdf>>

CÓRSIO C. La racionalidad del ente: lo óntico y lo ontológico (1980). Universidad de Buenos Aires, Argentina. Disponível em <<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/3/1056/18.pdf>> acessado em: 25 de Fev. de 2016

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAUDE. Ministério da saúde. Brasília, 2010 Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_93.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_93.htm)> Acesso em 07 nov. 2010.

COSTA, N.R. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUNHA, Antônio Geraldo da. **Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

DOLORES, A.; MIRANDA, M. C. G; BRASIL, S. L. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 31, n. supl. 1, p. 20-31, 2007.

DOYLE, B.J.; WARE, J.E. Physician Conduct and Other Factors that affects Consumer Satisfaction with Medical Care. Rand Corp., Santa Barbara, CA, 1977 apud JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

ENGEL, G. L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. **Science**, v. 196, n. 4286, p.129-36, 1977.

FLEXNER A. Medical Education in the United States and Canada. New York: Carnegie Foundation for The Advancement of Teaching; 1910.

FLICK, Uwe. **Pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, Jan 2008.

FORSTER A.C.; PASSOS A.D.C.; DALL-FABBRO A.L, et al. Transformation and trends in preventive and social medicine education at the undergraduate level in a Brazilian medical school. **Gaceta Sanit.** v.15, n.6, p.519-22, 2001.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 15a Ed. Graal - RJ, 2000

FOUCAULT, M. História da loucura. São Paulo, Perspectiva. 2015.

FRANTINI; ROSITA; MASSAROLI, 2008. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. *Ciência, Cuidado e Saúde*. v.7, n1, p.65-72, Jan/Mar, 2008

FRIEDSON, E. Patient's views of Medical Practices. Russell Sage Foundation. New York, NY, 1961 apud JOHN, Joby. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

GAHAGAN, J. **Comportamento interpessoal e de grupo**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007

GOMES, R; BRINO, R.F; AQUILANTE, A.G; AVÓ, L.R.S. Aprendizagem Baseada em Problemas na formação médica e o currículo tradicional de Medicina: uma revisão bibliográfica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n.3, p. 444-451, 2009.

GOFFMAN, E. **The presentation of self in everyday life**. Estados Unidos da América: Anchor Books, 1959.

GOFFMAN, E. **A representação do eu na vida cotidiana**. (Trad.) Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis: Editora Vozes, 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2012

GREGÓRIO, R. **O Dossiê Paciente**. Rio de Janeiro: Editora DOC, 2009

GRÖNROOS, Christian. A Service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 18, n. 4, p. 36- 44, 1984.

GROVE, S. J.; FISK, R. P. The dramaturgy of services exchange: an analytical framework for services marketing. In: BERRY, L. L.; SHOSTACK, G.L.; UPAH, G.D. (eds). **Emerging perspectives in service marketing**. Chicago: American marketing, 1983.

GROVE, S. J.; FISK, R. P.; BITNER, M. J. Dramatizing the service experience: a managerial approach. In: SWARTZ, T.; BROWN, S.; BOWEN, D. Advantages in services marketing and management. V. 1. Greenwich: Jan, 1992.

GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

GUTEK, B. Services Relationships, pseudo-relationships and encounters. In: HENNIGTHURAU, T.; HANSEN, U. (Eds.). Relationships Marketing: gaining competitive advantage through customer satisfaction and customer retention. Berlin: Spring-Verlag, 2000. apud MELLO, S.C.B.; LEÃO, A.L.M.S; SOUZA NETO, A.F.S. O “Papel” dos encontros de serviço na formação e na manutenção de relacionamentos. **Revista eletrônica de gestão organizacional**. v. 2, n.1, p. 50-64, jan./abr. 2004.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na Sociologia**. Rio de Janeiro: Editora Vozes Ltda., 1997.

HOFFMAN, K.D.; BATESON, J.E.G. **Princípios de marketing**: conceitos, estratégias e casos. 2.ed. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2003.

ISMAEL, J. C. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. 2. Ed. São Paulo: MG Editores, 2005.

JOHN, J. A dramaturgical view of the health care service encounter: cultural value-based impression management guidelines for medical professional behavior. **European Journal of Marketing**, v. 30, n. 9, p. 60-74, 1996.

JOSEPH, I. **Erving Goffman e a microsociologia**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

KAUFFMAN, Paulo; HELITO, Alfredo Salim. Saúde: Entendendo as doenças, a enciclopédia médica da família. Nobel, 2007.

KUWER, L. **A importância do marketing de serviços no mercado atual**, 2005. Disponível em: < [http://www.cebrasse.org.br/materias.php?id\\_materia=203&tipo=ar](http://www.cebrasse.org.br/materias.php?id_materia=203&tipo=ar) > Acesso em 18 de Fev. 2005.

LAGO E. R, CRUZ R. B. *Atención primaria de salud y medicina general integral*. v. 1 : editorial ciências médicas, 2001. 7. In: ANDRADE L. O. D. M.; BARRETO I. C. H. C.; BEZERRA R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. de S.; MINAYO, M.C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. Editora Hucitec: São Paulo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1995.

LANDIM, F.L.P; LIMA, M.F.C; LOPES, M.V.O; BARROSO, M.G.T. Ensino Universitário: Ato de Coragem que não teme o Debate. Ensino na Universidade Integrando Graduação e Pós-graduação, Fortaleza, v.1, n.1, p.35-45, 2000.

LEDUAR de Assis Rocha. **Instituição do ensino médico em Pernambuco**. Recife: Universitária 1974, 188p.

LEMME, Antônio César. **Ouvindo e encantando o paciente**. Rio de Janeiro: Quality mark Editora Ltda, 2005.

LOCKE, K. A funny thing happened! The management of consumer emotions in service encounter. **Organization Science**. v. 7, n 1, p. 40-59, January-February, 1996.

LOPES C. H. A.F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo Simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem, USP**. v. 39, n 1, p. 103-108, 2005.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. (trad.) Cid Knipel Moreira. São Paulo: Saraiva, 2006.

LUZ, M.T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. **Physis Rev Saúde Coletiva**. v.1, n. 1 p.77-96, 1991.

LYMAN, S. M.; SCOTT, M. B. The drama of social reality. Nova York, Oxford University Press, 1976

MACEDO L. S. R.; SILVEIRA A. C. Self: um conceito em desenvolvimento. **Paidéia** v. 22, n. 52, p.281-289, 2012.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011. 768p.

MALTA, D. C. **Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996**. 2001.50 f Tese de doutorado. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, 2001.

MARCO, M.A. Do Modelo Biomédico ao Modelo Biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro. v.30, n.1, jan/abr. 2006

MEAD, George Herbert. **Mind, Self and Society: from the Standpoint of a Social Behaviorist.** v. 1, Chicago: The University of Chicago Press, 1962.

MELLO, S.C.B.; LEÃO, A.L.M.S; SOUZA NETO, A.F.S. O “Papel” dos encontros de serviço na formação e na manutenção de relacionamentos. **Revista eletrônica de gestão organizacional.** v. 2, n.1, p. 50-64, jan./abr. 2004.

MENDES, A; MARQUES, R. M. O financiamento do SUS sob os “ventos” da financeirização. **Ciênc Saúde Coletiva;** v.14, n. 3, p. 841–50, 2009.

MENDES, V.L.F. **Uma Clínica no Coletivo:** experimentações no programa de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2007.

MENDONÇA, J. R. C., O estudo do gerenciamento de impressões nas organizações: uma visão geral do tema e considerações sobre a pesquisa e a produção no Brasil. In: CARVALHO, C. A.; VIEIRA, M.M.F. (Org). **Organizações, cultura e desenvolvimento local:** a agenda de pesquisa do observatório da realidade organizacional. Recife, Pe: EDUFEPE, 2003.

MERHY, E. E. **A saúde pública como política** – um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: Hucitec, 1992.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.** 2º ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINAYO, M.C. de S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. Editora Hucitec: São Paulo, 2010.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F; GOMES, R. **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundo Nacional de Saúde. **Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde:** manual básico 3a. ed. Brasília (DF), 2003.

MIZIARA, D. S. C. Transcrever a doença, uma obrigação. In. ISMAEL, J. C. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. 2. Ed. São Paulo: MG Editores, 2005.

MOCELIN, Daniel, G. Fato sociológico. Daniel's Mocelin blog. [S.I.], 14 out. 2010. Disponível em: <<http://fatosociologico.blogspot.com.br/2010/10/lancamento-do-livro-sociologia-e.html>>. Acesso em: 25 fev 2016.

MORENO, Jacob Levy. **Psicodrama,** Cultrix, 17ª ed. 2013.

MOSSIALOS E; THOMPSON, S. M. S. Voluntary Health Insurance in Europe Union. Copenhagen: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2004. Disponível em:<

[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0006/98448/E84885.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf)> Acesso em 23 de fev de 2016.

MOTTA, F.C.; VASCONCELOS, I. G. **Teoria geral da administração**. São Paulo: Thomson Learning, 2006.

MUNNÉ, F. **Entre el individuo y la sociedad: Marcos y Teorias Actuales sobre El Comportamiento Interpersonal**. Barcelona: PPU, 1989 apud: SILVA, P. V. B da. SASS. **Goffman, discípulo de Mead?** 2007, 17 f. São Paulo: Programa de Estudos Pós- Graduados em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo [trabalho de conclusão da disciplina], 2007.

NASCIMENTO, V. B. **SUS Pacto Federativo e Gestão Pública**. São Paulo: Hucitec; Cesco, 2007.

NICOLA, Ubaldo. **Antologia ilustrada de filosofia: das origens à idade moderna**. São Paulo: Globo, 2005.

NORONHA J, SANTOS I, PEREIRA T. Relações entre o SUS e a saúde suplementar: problemas e alternativas para o futuro do sistema universal. In: Santos N. R, Amarante P.D.C (orgs.). **Gestão pública e relação público-privado na saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 152–79, 2011.

NUNES, J. H. **Interacionismo Simbólico e Dramaturgia: a sociologia de Goffman**. São Paulo: Associação Editora Humanitas; Goiânia: Editora UFG, 2005.

NUNES, E.D. Sociologia da saúde: histórias e temas. In: CAMPOS, G.W. de S.; MINAYO, M.C. de S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2.ed. Editora Hucitec: São Paulo. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

OCKE-REIS, C. O; ANDREAZZI, M. F. S; SILVEIRA, F. G. O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? **Rev. econ. contemp.** Rio de Janeiro. v. 10, n. 1, p. 157-185, Apr. 2006.

OECD Organisation for Economic Cooperation and Development. Health Project: June 2004. Proposal for a taxonomy of health insurance. Disponível em: <http://www.oecd.org/els/health-systems/31916207.pdf>. [Acessado 2015 Dez].

OLIVEIRA J. A. A.; JORGE M. S. B.; SILVA M. G. C, et al., A saúde coletiva na formação dos discentes do curso de medicina da Universidade Estadual do Ceará, Brasil. **Revista brasileira de educação médica**. vol.35 n.3, p. 398- 404, 2011.

OLIVEIRA, J. A. A; NETO, F. J. M; PINTO, F. J. M, et al., A Transversalidade do Conhecimento da Saúde Coletiva no Currículo de Medicina de uma Escola Médica Pública: Relevância das Disciplinas na Formação dos Alunos. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 34, n.2, p. 278-283, 2010.

OLIVO L. C. C.; GRUBBA L. S. Entre quatro paredes: a questão da liberdade em Sartre. **Sequência**, n. 61, p. 147-169, dez. 2010

PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BAHIA, L., MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet, Série Saúde no Brasil** n.1, p.11-31, 2011.

PARSONS, T. The sick role and the role of the physician reconsidered. **Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society**. v. 53, p. 78-257, 1975.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**. v. 35, n.1, p. 103-109, 2001.

PERINBANAYAGAN, R.S. Signifying acts: structure and meaning in everyday life. Carbondale/ Edwardsville, Southern Illinois: University Press, 1985 apud TEIXEIRA, J. G. L. C. Análise dramaturgica e teoria sociológica. **Revista brasileira de ciências sociais**. V.13, n 37, São Paulo, Junho, 1998.

PESSOTTI, I. **A Formação Humanística do Médico**. Medicina, Ribeirão Preto, v. 29, p. 440-448, out/dez. 1996.

PONTES, A.L; REGO, S; SILVA JUNIOR, A. G.. Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico. **Rev Brasileira de Educação Médica**, v.30, n.2, p. 66-75, 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA. Disponível em: <[http://www.fortaleza .ce.gov.br/](http://www.fortaleza.ce.gov.br/)> Acesso em : 12 out 2010.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais. In: BEUREN, Ilse Maria (Org). **Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 2003.

REALE, Giovanni; ANTISERI, Dario. **História da Filosofia**. São Paulo: Paulus, 1990.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOUER, P. Processo metafórico como cognição, imaginação e sentimento. In: SACKS, Sheldon. **Da Metáfora**. São Paulo: EDUC, 1992.

ROCHA, Ângela da; MELO, Renato Cotta de. **Marketing de serviços: Casos brasileiros**. São Paulo: Atlas, 2000.

RAMOS-CERQUEIRA, A. T. A., LIMA, M. C. A formação da identidade do médico: implicações para o ensino de graduação em Medicina. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.6, n.11, p.107-16, 2002.

SANTOMÉ, J. T. **Globalização e Interdisciplinariedade – o Currículo Integrado**; trad. Cláudia Schilling - Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda. 1998

SANTOS FILHO, Licurgo de Castro. **História geral da medicina brasileira**. Hucitec, São Paulo, 1991.

SANTOS L.; ANDRADE L. O. M. A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: rede regionalizada e hierarquizada de serviços de saúde. In: SILVA S.F. **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, São Paulo: IDISA: CONASEMS, 2008.

SANTOS, I. S.; UGA, M. A. D.; PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1431-1440, Oct. 2008.

SHATTUCK, F. C. The science and art of medicine in some of their aspects. **Boston Medical and Surgical Journal**. v. 157, p. 63-70, 1977.

SILVA R. M., MAMEDE M. V. **Conviver com mastectomia**. Fortaleza: UFC, Departamento de Enfermagem, 1998: 139-45

SILVA E. R. B. Divulgação científica. Imagens facilitam a compreensão da ciência. **Ciência e Cultura**. On-line version v.61 n.3 São Paulo, 2009

SLACK, W. V. Patients Power. *Lancet*. V. 30, p. 240, 1977

SOCIEDADE PAULISTA DE MEDICINA. **Por dentro do SUS**. São Paulo: Atheneu, 2007.

SOLOMON, M.; SURPRENANT, C.; CZEPIEL, J.; GUTMAN, E. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, v. 49, p.99-111, 1985.

SOUSA, A. Tavares. Curso de história da medicina: das origens aos fins do século XVI Fundação Calouste Gulbenkian, 2 ed, Lisboa, 1996, 487p.

SZAZ. T. S.; HOLLENDER, M.H. A contribution to the philosophy of medicine. *Archives of Internal Medicine*. v. 97, n. 5, p. 92-585, 1956.

TEIXEIRA, J. G. L. C. Análise dramaturgical e teoria sociológica. **Revista brasileira de ciências sociais**. v.13, n 37, São Paulo, Junho, 1998.

TEIXEIRA C.F. Ensino da Saúde Coletiva na graduação. **Boletim da Abem**, v. 31, n.3, maio/jun. 2003

TEIXEIRA. J. A. C. O Que é a saúde. Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde – Joaquim da Cruz Reis. **Análise Psicológica versão impressa** v.23 n.2, 2005.

TIBÉRIO, Iolanda de F.L. Calvo; ATTA, José Antonio; LICHTENSTEIN, Arnaldo. O aprendizado baseado em problemas-PBL. **Rev. Méd.**, São Paulo, v.82, p.1-4, jan/dez, 2003.

THOMPSON, S. M. S; MOSSIALOS, E. Regulating private health insurance in the European Union: the implications of single market legislation and competition policy. London: LSE The London School of Economics and Political Science; n.4, p.1-32, 2006. Disponível em <<http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSEHealthworkingpaperseries/LSEHW P4.pdf>>

TRAVASSOS, C; VIACAVAL, F; FERNANDES, C; ALMEIDA, C. S. Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.5, n. 1, p.133-49, 2000.

VALGUEIRO N. C. L. **Representação social de crianças sobre drogas ancorada no desenho-estória**. 2013. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2013.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2003.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em administração**: São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA, Falcão; ZOUAIN, Deborah Moraes. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER May Jo. **Marketing de serviços**: a empresa com foco no cliente. (Trad.) Martin Albert Haag e Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 6.ed. Porto Alegre: Bookman, 2014.

ZIKMUND, William G. Metaphors as Methodology. In: Proceedings of the 1982 Winter Educators Conference. BUSCH, Ronald E.; HUNT, Shelby D. (eds.). Chicago: American Marketing Association, 1982 apud GROVE, S. J.; FISK, R. P.; JOHN, J. Services as theater: guidelines and implications. In: SWARTZ, Teresa A.; IACOBUCCI, D. (eds.) **Handbook of services marketing and management**. California: Sage Publications, 2000.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### Universidade Estadual do Ceará - UECE

Centro de Ciências da Saúde - Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública

### Universidade Federal do Ceará -UFC

Faculdade de Medicina - Departamento de Saúde Comunitária

### Universidade De Fortaleza – UNIFOR

Vice-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

### PESQUISA

## O DRAMA DO MÉDICO NO ENCONTRO COM O PACIENTE NOS CENÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisadora: Karine Bessa Porto Pinheiro Vasques, aluna do Curso de Doutorado Acadêmico em Saúde Coletiva, Associação ampla UECE/UFC/UNIFOR.

A presente pesquisa tem como objetivo: “compreender a percepção de médicos, com atividades profissionais simultâneas nos setores público e privado, acerca da **atuação** médica nestes **cenários** de prática. A coleta de dados será desenvolvida e articulada em 2 (duas) etapas, utilizará métodos de pesquisa qualitativa, técnicas e instrumentos apropriados ao tipo de informação a ser coletada. Os dados serão obtidos através de desenhos e entrevistas abertas e analisados a luz da visão dramaturgica no encontro de serviço em saúde

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes. Salienta-se o compromisso com o sigilo, não haverá divulgação personalizada das informações e todas as suas fontes permanecerão em total anonimato. Neste sentido, compromete-se a (1) impedir a identificação do entrevistado nos termos da redação final de artigos e/ou relatórios (serão utilizados codinomes), (2) destruir o material recolhido, por intermédio de qualquer estratégia metodológica, depois da publicação de artigos e relatórios, e somente manter em arquivo as transcrições destas em texto sem possibilidade de identificação. Os desenhos serão mantidos sem a identificação do entrevistado.

O estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Modelo de Governança, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde no Estado do Ceará: Contexto, Condicionantes, Implementação e Resultados”, financiado pela Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa - FUNCAP e seguiu as normas da Resolução CNS/196, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará UFC (parecer: 137.055). Os dados e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos. Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa.

Pesquisadora: Karine Bessa Porto Pinheiro Vasques, Tel: (85) 999408686.

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa: O DRAMA DO MÉDICO NO ENCONTRO COM O PACIENTE NOS CENÁRIOS DOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO, e forma livre e esclarecida.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ass. do Participante:

Ass. do Pesquisador:

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA**

## Roteiro

1	Breve explicação acerca do(a): - Tema da pesquisa; - Critério para a seleção dos entrevistados; - Metodologia utilizada: Codinome, fala disparadora, desenho e entrevista; - Leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.
2	Solicitar que o entrevistado preencha o quadro com o codinome com o qual deseja ser identificado e informações pessoais e profissionais
3	Solicitar que seja desenvolvido um desenho a partir da fala disparadora apresentada.
4	Solicitar que o entrevistado discorra acerca do desenho desenvolvido.
5	Questionar a respeito da construção do papel social "Médico".
6	Solicitar que o (a) médico (a) descreva a sua própria atuação profissional.
	Solicitar que o (a) médico (a) discorra sobre a formação acadêmica, com foco no preparo para a atuação profissional nos diversos cenários de prática.
7	Questionar acerca de possíveis elementos que possam ocasionar uma variação na atuação do profissional médico.
8	Solicitar que o (a) médico (a) discorra sobre a sua visão acerca das percepções e expectativas de suas plateias.
9	O consumidor atua como coprodutor do serviço ... questionar o (a) médico (a) a respeito da possível influência do tipo de plateia na sua atuação profissional.
10	Indagar ao profissional acerca da influência do tipo de cenário para a sua prática e conduta profissional.
11	Solicitar sugestões para a equiparação das atuações profissionais médicas nos diversos cenários de prática.
12	Indagar acerca de possíveis caminhos para a melhor compreensão da interação médica-paciente.
13	Questionar acerca da importância/influência de desenvolver um "desenho" para a construção da sua fala
14	Indagar acerca do personagem escolhido como codinome

**APÊNDICE C – NÚCLEOS DE SENTIDOS E IDEIAS ASSOCIADAS**

	<b>Núcleos de Sentido</b>		<b>Temáticas</b>	
1	Personagem de vida	1	A Construção e a atuação do personagem médico em situações e cenários Público e Privado	Ator
2	Construção social do personagem "Médico"			
3	A formação acadêmica para a atuação médica nos diferentes cenários de prática			
4	A atuação médica nos diferentes cenários - Eu e os outros			
5	A montagem física-circunstancial do personagem			
6	A máscara na qual me escondo			
7	Sentimento do personagem médico			
		2	A visão do médico acerca da atuação circunstancial dos pacientes nos cenários distintos	Plateia
8	Cenário físico-estrutural e acesso a procedimentos, materiais e medicamentos.	3	Cenários estruturais e organizacionais dos setores Público e Privado	Cenário
9	Clima organizacional e organização de processos.			
10	Produtividade - o tempo, a produção e a remuneração.			
11	Outros personagens em cena.			
		4	O sentido da experiência: percepção sobre a entrevista com o uso do desenho-disparador, como propulsores da compreensão da relação médico-paciente.	Cena

**ANEXOS**

## ANEXO 1 – FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

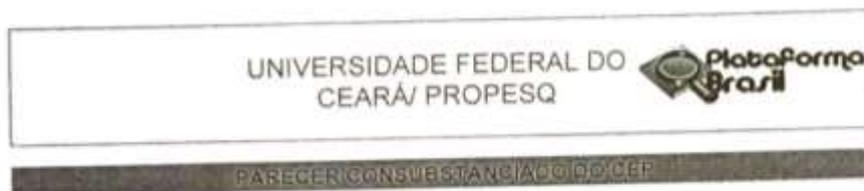


MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

## FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ. CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS		2. CAAE:	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Saúde Pública			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Ricardo Jose Soares Pontes			
6. CPF: 005.798.208-16	7. Endereço (Rua, n.º): PROFESSOR COSTA MENDES, 1608 RODOLFO TEOFILO 5º Andar FORTALEZA CEARA 60430140		
8. Nacionalidade: BRASILEIRA	9. Telefone: (85) 3366-8045	10. Outro Telefone:	11. Email: rjpontes@fortainet.com.br
12. Cargo: Coordenador pesquisa			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: 06 / 08 / 2012		 <b>Ricardo Jose Soares Pontes</b> Coordenador do Mestrado em Saúde Pública	
Assinatura			
<b>INSTITUIÇÃO PROMOTORA</b>			
13. Nome: Universidade Federal do Ceará/ PROPESQ	14. CNPJ: 07.272.636/0001-31	15. Unidade/Órgão: Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará	
16. Telefone: (85) 3366-8331	17. Outro Telefone:		
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>MONICA CARDOSO FAÇANHA</u> CPF: <u>104.727.703-49</u>			
Cargo/Função: <u>CHEFE DEPTO DE SAÚDE COMUNITARIA</u>			
Data: 06 / 08 / 2012		 <b>Monica Façanha</b> Assinatura	
Assinatura			
<b>PATROCÍNIO PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO 2 – PARECER CONSUBSTANCIAL DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** MODELO DE GOVERNANÇA, REGIONALIZAÇÃO E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO ESTADO DO CEARÁ: CONTEXTO, CONDICIONANTES, IMPLEMENTAÇÃO E RESULTADOS.

**Pesquisador:** Ricardo Jose Soares Pontes

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 06040712.0.1001.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Medicina Clínica da Universidade Federal do Ceará

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 137.055

**Data da Relatoria:** 01/11/2012

**Apresentação do Projeto:**

O presente projeto de pesquisa visa avaliar o processo e os resultados da implantação da regionalização da saúde no estado do Ceará, destacando o período pós implementação dos Contratos Organizacionais da Ação

Pública de Saúde - COAP nas regiões de saúde, particularmente no período de 2012 a 2014, objetivando: a) caracterizar as regiões e as redes de atenção à saúde configuradas no estado; b) avaliar as Comissões Intergestores Regionais (CIR); c) avaliar o modelo de governança nas regiões de saúde; e d) avaliar o impacto

da regionalização no acesso às ações e serviços de saúde no estado do Ceará. A pesquisa avaliativa utilizará

principalmente a metodologia da pesquisa qualitativa em

saúde através das técnicas de grupo focal, entrevistas abertas e análise documental, de forma complementar e

articulada, e investigação utilizará também a metodologia quantitativa naqueles aspectos quantificáveis e objetiváveis do processo de regionalização. Os informantes chave (sujeitos) da pesquisa serão os

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



técnicos de

nível central e regional da Secretaria de Saúde do Estado, os membros do COSEMS, os técnicos dos municípios e os membros dos conselhos de saúde envolvidos no processo de regionalização. As fontes documentais serão as atas, relatórios e todos os documentos constitutivos dos COAP. As dimensões a serem inicialmente exploradas como roteiro da pesquisa

serão - Dimensão 1: o processo de regionalização no plano estadual; Dimensão 2: caracterização das regiões e

redes de atenção à saúde; Dimensão 3: avaliação das Comissões Intergestores Regionais e do modelo de governança nas regiões de saúde; e Dimensão 4: avaliação do impacto da regionalização. Em conclusão, os

resultados, produtos e avanços esperados consistirão na identificação de elementos de continuidade e mudanças na política de regionalização no estado, além das fragilidades e aspectos positivos do processo

#### Metodologia:

A investigação será realizada através da metodologia qualitativa de pesquisa avaliativa. De forma complementar terá um recorte quantitativo em aspectos e dimensões objetiváveis, na medida em que também

adotará métodos e instrumentos quantitativos. Dentre as premissas, o enfoque assume que, para avaliar e entender um processo, deve-se incorporar quem está implicado, abrir-se para a escuta. O fundamental é abrir

espaço para o diálogo, a pluralidade de visões e a expressão da produção subjetiva, para que cada participante

expresse seu entendimento em relação ao objeto em avaliação. O processo avaliativo será construído, nas várias etapas, em articulação com atores envolvidos nos diversos níveis da regionalização, com participação ativa de técnicos de nível central e regional da SESA, do COSEMS, entre outros. TÉCNICAS DE COLETA DE

INFORMAÇÕES: Grupo Focal (GF) - discussão em grupo com informantes-chave selecionados

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3386-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: cornepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



segundo

critérios definidos. Serão

realizados 2 GF com os técnicos de nível central da SESA, 1 GF com cada Macroregião e 22 GF com as Coordenadorias Regionais de Saúde e CRES (Total de 28) Entrevista - realizadas com informantes-chave cujas

singularidades recomendem a entrevista individual. Análise Documental e análise de documentos produzidos no

processo de regionalização e

constituição das redes de atenção em saúde. Instrumentos estruturados e planilhas e questionários

(informações quantitativas) DIMENSÕES E FONTES DE INFORMAÇÕES: Dimensão 1: o processo de regionalização no plano estadual Fontes: atas, planos estaduais, normas, Contratos Organizativos de Ação Pública; entrevistas ou grupo focal com atores da SESA e do COSEMS. Categorias: contexto, direcionalidade

(ideologia, objeto, atores, estratégias e instrumentos), tipologia da regionalização (institucionalidade, governança) Dimensão 2: caracterização das regiões e redes de atenção à saúde Fonte: bases de dados secundárias, particularmente os COAP. Categorias: componentes principais (tipos e complexidade de serviços), tipos de vínculos (materiais e imateriais), intensidade dos vínculos (fluxos de relacionamento) e a

finalidade (natureza das ações) Dimensão 3: avaliação das Comissões Intergestores e do modelo de governança Fonte: documentos dos CIR, COAP; entrevistas ou grupos focais com atores das 22 regiões. Categorias: institucionalidade, conteúdo das negociações intergovernamentais, processo político, padrões de

relacionamento intergovernamental, de interação entre instâncias de gestão regional (setoriais e intersetoriais)

e capacidade de atuação. Dimensão 4: avaliação do impacto da regionalização Fonte: documental (metas dos

Contratos; fluxos assistenciais; oferta, financiamento, desenvolvimento regional) Categorias: impactos institucionais e na saúde da população (atuação das instâncias e atores; organização da assistência) Análise

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodofo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ PROPESQ



das

**Informações** Na análise qualitativa utilizaremos a Fenomenologia / Hermenêutica numa perspectiva crítica. Será realizada a leitura transversal das narrativas, bem como a identificação das unidades de significação.

expressa nos vários temas que constituirão o eixo da análise a ser empreendida. As informações quantitativas serão coletadas, digitadas, organizadas em planilhas, tabelas, gráficos, mapas temáticos, podendo, de acordo com suas especificidades e pertinência para a investigação, receber tratamento estatístico para fins de comparação entre regiões ou para aplicação de técnicas de geo-referenciamento.

#### Objetivo da Pesquisa:

Avaliar o processo de implantação e os resultados da Regionalização da Saúde no estado do Ceará

1. Identificar os elementos de continuidade e mudanças no processo de regionalização da saúde no estado no

período de 2007 a 2014, destacando o período pós-implantação dos Contratos de Organização de Ação Pública de Saúde nas regiões de saúde. 2. Caracterizar as regiões e as redes de atenção à saúde configuradas

no estado. 3. Avaliar as Comissões Intergestores Regionais (CIR) segundo: (a) suas formas de organização interna e

representatividade; (b) o conteúdo das negociações intergovernamentais; (c) o processo político, as relações

intergovernamentais e as formas de interação com outras instâncias regionais; (d) sua capacidade de formulação e implantação de estratégias e instrumentos de regionalização (incluindo planos e instrumentos de

formalização de compromissos entre os entes). 4. Avaliar o modelo de governança nas regiões de saúde segundo os padrões de relacionamento intergovernamental observados nas CIR e formas de interação das instâncias de gestão regional. 5. Avaliar o impacto da regionalização no acesso às ações e serviços de saúde

no estado do Ceará.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não oferece riscos aos envolvidos (pesquisados e pesquisadores).

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3366-8344 Fax: (85)3323-2903 E-mail: comape@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Os benefícios de acordo com a leitura do projeto serão dados a partir da avaliação dos processos relacionados a essa organização ( redes e fluxos em saúde) e a construção das relações diversas

vivenciadas por dentro das diferentes instâncias do Sistema, principalmente levando-se em conta a efetivação contratualização entre gestores (COAP), é fundamental no sentido de acrescer subsídios para análise da regionalização enquanto estratégia que potencializa a materialização dos princípios e diretrizes do SUS

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa é relevante e apresenta instrumento de coleta que permite responder os objetivos da pesquisa. Permite sobretudo repensar nos modelos de regionalização para o aprofundamento da descentralização para equidade no acesso aos serviços de saúde

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentou carta de anuência da Secretária de Saúde e do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde - COSEMS conforme solicitação da relatoria.

**Recomendações:**

Aprovado

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado

FORTALEZA, 01 de Novembro de 2012

Assinado por:

**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127  
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-270  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3365-8344 Fax: (85)3223-2903 E-mail: conep@ufc.br