



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
CENTRO DE HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

REBECA SALES PEREIRA

**ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS NA CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA ETNOGRÁFICO-DISCURSIVA**

FORTALEZA  
2016

**REBECA SALES PEREIRA**

**ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS NA CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA ETNOGRÁFICO-DISCURSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística.  
Área de concentração: Linguística

Orientadora: Profa Dra Maria Izabel Santos Magalhães

FORTALEZA  
2016

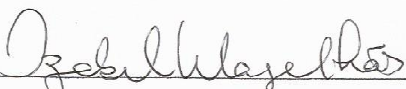
**REBECA SALES PEREIRA**

**ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS NA CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES DE  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UMA PERSPECTIVA ETNOGRÁFICO-DISCURSIVA**


Dissertação apresentada ao Programa de  
Pós-Graduação em Linguística da  
Universidade Federal do Ceará, como  
requisito parcial para a obtenção do  
título de Mestre em Linguística.

Dissertação defendida e aprovada em 25/02/2016


**BANCA EXAMINADORA**

  
\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Izabel Santos Magalhães (orientadora)  
Universidade de Brasília/Universidade Federal do Ceará (UNB/UFC)

  
\_\_\_\_\_

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sandra Maia Farias Vasconcelos (examinadora interna)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

  
\_\_\_\_\_

Prof Dr José Roberto Alves Barbosa (examinador externo)  
Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN - Mossoró)

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências Humanas

- 
- P495e      Pereira, Rebeca Sales.  
Estratégias discursivas na construção das identidades de profissionais de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família : uma perspectiva etnográfico-discursiva / Rebeca Sales Pereira. – 2016. 277 f. : il., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Centro de Humanidades, Departamento de Letras Vernáculas, Programa de Pós-Graduação em Linguística, Fortaleza, 2016.  
Área de Concentração: Práticas discursivas e estratégia de textualização.  
Orientação: Profa. Dra. Maria Izabel Santos Magalhães.
- 1.Pessoal da área de saúde pública – Ceará – Análise do discurso. 2.Serviços de saúde comunitária – Utilização – Ceará – Análise do discurso. 3.Análise crítica do discurso – Ceará. 4.Serviços de saúde pública – Ceará. 5.Identidade social – Ceará. 6.Programa Saúde da Família(Brasil). I.Título.

Aos meus pais,  
**Valdelucia e Valdir.**

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por ter-me guiado nos caminhos que me trouxeram até aqui.

Aos meus pais, **Valdelucia** e **Valdir**, por terem me ensinado o valor e o apreço pelo conhecimento.

A meu esposo, **Ridson de Araújo**, que me apoia sempre nos meus sonhos e compartilha comigo a dedicação pela carreira acadêmica.

À **Professora Dra Maria Izabel Santos Magalhães**, pela dedicação a este trabalho, rigor científico e por ter me guiado pelos caminhos necessários para a constituição de uma boa pesquisa, proporcionando meu amadurecimento como pesquisadora e como aprendiz.

Às professoras **Sandra Maia Farias Vasconcelos** (Universidade Federal do Ceará), **Mônica Magalhães Cavalcante** (Universidade Federal do Ceará) e **Claudiana Nogueira Alencar** (Universidade Estadual do Ceará), pelas valiosas contribuições a este trabalho.

**Aos/Às queridos/as professores/as do Programa de Pós-Graduação em Linguística**, que foram responsáveis por meu aperfeiçoamento acadêmico e que, com sua paixão pelo conhecimento, contagiaram a todos/as nós do Programa de Mestrado, ingressos/as em 2014.

Às **colegas do Grupo de Pesquisa PPSUS**, pelo seu essencial auxílio na realização desta pesquisa.

**Aos/Às meus/minhas colegas do curso de Mestrado**, com os quais compartilhei angústias, alegrias e, principalmente, conhecimento.

**Aos/ Às usuários/as e profissionais de saúde** dos municípios de Pacatuba e Fortaleza, pela contribuição inestimável à realização deste trabalho.

À **CAPES**, pelo apoio financeiro necessário à realização desta pesquisa.

*"A linguagem (...) é uma inesgotável riqueza de múltiplos valores. A linguagem é inseparável do homem e segue-o em todos os seus atos. A linguagem é o instrumento graças ao qual o homem modela seu pensamento, seus sentimentos, suas emoções, seus esforços, sua vontade e seus atos, o instrumento graças ao qual ele influencia e é influenciado, a base última e mais profunda da sociedade humana. (...) A linguagem não é um simples acompanhante, mas sim um fio profundamente tecido na trama do pensamento: para o indivíduo, ela é tesouro da memória e a consciência vigilante transmitida de pai para filho. Para o bem e para o mal, a fala é a marca da personalidade, da terra natal e da nação, o título de nobreza da humanidade. O desenvolvimento da linguagem está tão inextricavelmente ligado ao da personalidade de cada indivíduo, da terra natal, da nação, da humanidade, da própria vida, que é possível indagar-se se ela não passa de um simples reflexo ou se ela não é tudo isso: a própria fonte de desenvolvimento dessas coisas. É por isso que a linguagem cativou o homem enquanto objeto de deslumbramento e de descrição na poesia e na ciência." (HJELMSLEV, Louis. *Prolegômenos a uma teoria da linguagem*. São Paulo: Perspectiva, 1975; p.1-2.)*

## RESUMO

Esta pesquisa situa-se na grande área da Linguística e está fundamentada nos estudos críticos do discurso. Meu foco é a utilização de estratégias discursivas na construção das identidades nos discursos de profissionais de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) com a análise das categorias avaliação e modalidade, componentes do significado identificacional do discurso (FAIRCLOUGH, 2001;2003). Objetivo responder às seguintes questões de pesquisa: Como os aspectos identitários apreensíveis no discurso de usuários e profissionais de saúde do PSF assemelham-se ou distanciam-se dos aspectos identitários apreensíveis a partir da observação de campo?; De que forma o lugar social (usuário ou profissional de saúde do PSF) ocupado por um ator social influencia no uso de determinada modalidade (epistêmica ou deôntica) como estratégia discursiva?; Qual a influência de questões socioeconômicas em duas Unidades Básicas de Saúde, uma de baixo IDH e outra de alto IDH, na prática assistencial de saúde do PSF? Para tanto, tomamos por base os estudos de van Leeuwen (2005), sobre os Modelos de Interdisciplinaridade; Halliday (1973;1985) no tocante à Linguística Sistêmico-Funcional; Resende & Ramalho (2006), Ramalho & Resende (2011), Fairclough (2001, 2003), Chouliaraki & Fairclough (1999) e Magalhães (2000;2004) a respeito do quadro teórico-metodológico da Análise de Discurso Crítica; entre outros autores relevantes para esta pesquisa. Para a análise dos dados, realizamos pesquisa etnográfica em duas unidades básicas de saúde nos municípios de Pacatuba e Fortaleza, no Ceará, utilizando técnicas de entrevistas semi-estruturadas, grupos focais e observações de campo, almejando a triangulação dos dados na análise. Os resultados indicam que as identidades de profissionais de saúde e usuários no contexto do PSF são construídas nas práticas assistenciais de maneira avaliativa, apresentando determinadas marcas de modalidade discursiva para cada ator social específico, denotando maior comprometimento avaliativo dos usuários de Pacatuba e Fortaleza, mas havendo menor comprometimento avaliativo dos profissionais de Pacatuba, em relação aos de Fortaleza. Além disso, as identidades engendradas nas manifestações avaliativas no discurso de profissionais de saúde e usuários do PSF indicam por traços linguísticos explícitos e implícitos que a eficácia na prática dialógica assistencial está diretamente relacionada à qualidade no atendimento, além de assinalar problemas na prática social investigada relacionados a fatores socioeconômicos.

**Palavras-chave:** Identidades. Análise de Discurso Crítica. Estratégias Discursivas.



## ABSTRACT

This research is part of the great area of Linguistics and is based on Critical Discourse Studies. My focus is the use of discursive strategies in the construction of identities in the discourse of health professionals and users of the Family Health Program (PSF) from the analysis of the categories evaluation and modalization, components of the identificational meaning of discourse (Fairclough, 2001; 2003). I aim to answer the following research questions: How do identity aspects in the speech of users and PSF health professionals resemble or distance themselves from identity aspects grasped in field observation?; How does the social place (user or PSF health professional) occupied by a social actor influences the use of a particular mode (epistemic or deontic) as a discursive strategy?; What is the influence of socioeconomic factors in two Basic Health Units, one of low Human Development Index (HDI) and another at high Human Development Index (HDI), in health care of PSF? We based this study on the work of van Leeuwen (2005) on Interdisciplinary Models; Halliday (1973, 1985) regarding Systemic Functional Linguistics; Resende & Ramalho (2006), Ramalho & Resende (2011), Fairclough (2001, 2003), Chouliaraki & Fairclough (1999), and Magalhães (2000; 2004) about the theoretical and methodological framework of Critical Discourse Analysis. For data analysis, we conducted a research of ethnographic character in two basic health units in the towns of Pacatuba and Fortaleza, in Ceará, using the techniques of semi-structured interviews, focus groups and field observations, aiming at the triangulation of data in the analysis. The results indicate that the identities of health professionals and users in the PSF context are constructed in practice by evaluative speech, with certain language modes for each specific social actor, showing evaluative commitment of users of Pacatuba and Fortaleza, but less evaluative commitment of Pacatuba professionals in relation to Fortaleza. In addition, the identities engendered in evaluative phrases in the speech of PSF health professionals and users show by explicit and implicit linguistic traits that effective dialogue in the health care practice is directly related to the quality of health care, in addition to pointing out problems in the investigated social practice related to socioeconomic factors.

**Keywords:** Identity. Critical Discourse Analysis. Discursive Strategies.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

1. Concepção tridimensional do discurso ..... p. 76
2. Contexto social/Prática social do PSF ..... p. 78
3. Serviços de saúde Fortaleza .....p. 80
4. Serviços de saúde Pacatuba .....p. 80

## LISTA DE TABELAS

1. Categorias analíticas para o significado identificacional .....	p.56
2. Pseudônimos dos atores sociais.....	p. 60
3. Convenções de transcrição 1 .....	p. 61
4. Convenções de transcrição 2 .....	p. 61
5. Planejamento de uma pesquisa em ADC .....	p. 64
6. Estratégias Linguísticas de Pacatuba.....	p. 134
7. Estratégias Linguísticas de Fortaleza .....	p. 155
8. Escolhas lexicais e construção de imagens de si de atores sociais de Pacatuba .....	p. 158
9. Escolhas lexicais e construção de imagens de si de atores sociais de Fortaleza .....	p. 160
10. Discursos dos atores sociais no contexto do PSF .....	p. 162
11. Problemas no PSF relacionados ao diálogo .....	p. 167

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADC - Análise de Discurso Crítica

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Comitê Nacional de Ética em Pesquisa

FUNCAP - Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

GF - Grupo Focal

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

LC - Linguística Crítica

LSF - Linguística Sistêmico-Funcional

MS - Ministério de Saúde

NIS - Núcleo Integrado de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PNH - Política Nacional de Humanização

PNE - Plano Nacional de Educação

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFC - Universidade Federal do Ceará

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 ARCABOUÇO TEÓRICO</b> .....	23
2.1 Análise de Discurso Crítica como teoria e método.....	23
2.1.1 ADC: princípios epistemológicos.....	23
2.1.2 Linguística Sistêmico-Funcional e sua influência na ADC.....	26
2.2 Abordagens da Análise de Discurso Crítica .....	30
2.2.1 Abordagem de Fairclough para a ADC.....	30
2.2.1.1 Avaliação e Modalidade como categorias de análise .....	33
2.2.2 Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO) .....	38
2.2.3 Por quê uma abordagem crítica do discurso? .....	40
2.3 Considerações acerca do termo identidade como categoria social.....	44
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA</b> .....	54
3.1 Abordagem.....	54
3.2 Procedimento.....	56
3.3 O contexto social e os atores sociais .....	57
3.4 Técnicas.....	59
<b>4 CONTEXTO SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO: PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB UM ENFOQUE SOCIO-DISCURSIVO</b> .....	63
4.1 O Programa de Saúde da Família como estratégia do contexto de saúde .....	63
4.2 Entrando no campo de pesquisa: os municípios de Pacatuba e Fortaleza .....	78
4.3 As UBS assistidas pelo PSF nos contextos de Pacatuba e Fortaleza .....	80
4.3.1 Pacatuba .....	81
4.3.2 Fortaleza .....	88
<b>5 A CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES POR MEIO DE ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS</b> .....	94
5.1 Identificações e estilos discursivos.....	95
5.1.1 Identidades em Pacatuba .....	95

5.1.2 Identidades em Fortaleza .....	134
5.2 Identificações e a relação dialética dos Significados do Discurso .....	155
<b>6 CONCLUSÕES</b> .....	168
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	172
<b>APÊNDICES</b> .....	179
APÊNDICE A – Transcrições de entrevistas e grupos focais de Pacatuba.....	179
APÊNDICE B – Transcrições de entrevistas e grupos focais de Fortaleza-CE .....	213
<b>ANEXOS</b> .....	261
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para usuários .....	261
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais.....	267
ANEXO C – Anuência do Comitê de Ética e Pesquisa Municipal para UBS de Pacatuba-CE .....	272
ANEXO D – Anuência do Comitê de Ética e Pesquisa Municipal para UBS de Fortaleza-CE .....	273
ANEXO E – Parecer consubstanciado do CEP projeto-macro.....	274

## 1 INTRODUÇÃO

A linguagem é um complexo e profícuo campo de investigação e quando um pesquisador ou uma pesquisadora toma-a como objeto de pesquisa, principalmente no âmbito discursivo, deve estar ciente das dimensões a serem consideradas e das implicações de suas ações. Sendo assim, um/a analista de discurso crítico/a busca, em sua observação e inserção nas práticas sociais, problemas os quais devem ser considerados sob um enfoque linguístico e social, pois é por meio da linguagem que as interações são realizadas e é em estruturas e convenções sociais que esta se molda em gêneros, discursos e estilos diversos. O primeiro passo, portanto, é identificar um problema de relevância linguístico-discursiva nas práticas sociais, cenários em que estarão situados também os indivíduos que participam do evento discursivo e que serão peças essenciais para a compreensão da conjuntura e do problema em questão, agora construído como objeto de pesquisa científica.

Este trabalho tem como objeto de pesquisa o discurso de profissionais de saúde e usuários no contexto do Programa de Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia de Saúde da Família<sup>1</sup>. O PSF constitui um modelo de prevenção e promoção de saúde, baseado em experiência semelhante em outros países (como, por exemplo, Cuba, Canadá, Reino Unido e Suécia) e foi implantado pelo Ministério de Saúde, no Brasil, em 1994, ganhando maior repercussão e sofrendo reformulação com o novo programa do governo federal intitulado Mais Médicos (criado em 2013), o qual pretende promover uma maior motivação nos profissionais da saúde para que ocupem vacâncias nas cidades interioranas. O programa Mais Médicos proporciona, inclusive, a vinda de médicos de outros países devido à carência não suprida pelos profissionais brasileiros em tais localidades.

O PSF é constituído por equipes de profissionais de saúde, incluindo médicos, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde que priorizam o atendimento preventivo e o acompanhamento de doenças pré-existentes em Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o país, realizando ainda visita domiciliar a pacientes acamados ou com dificuldades de locomoção. Contudo, a estratégia do PSF ainda não sanou todos os problemas relacionados à atenção básica de saúde, por diversos motivos.

---

<sup>1</sup> Optei por usar a nomenclatura Programa de Saúde da Família (PSF) neste trabalho porque é a denominação mais recorrente nas entrevistas e grupos focais dos atores sociais participantes. Além de ser a forma utilizada em todos os documentos (inclusive perguntas de entrevistas e TCLE's) quando da realização do projeto macro.

Considero relevante o fato de que uma prática movida pela linguagem, como é o atendimento primário de saúde, que visa à prevenção e à promoção da saúde, tenha sido pouco analisada até o momento na perspectiva linguístico-discursiva, proporcionada por uma metodologia de tipo etnográfica. Magalhães (2000), em seu livro *Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico*, é pioneira em território nacional a realizar esse tipo de investigação sobre o tema com o estudo de gravações de consultas e registros de observações da área pediátrica de três hospitais públicos de Brasília-DF. Os objetivos dessa pesquisa eram, principalmente, compreender a relação médico-paciente e as imagens de si dos profissionais médicos. As reflexões lançadas com esse trabalho sugeriram que ainda há mais aspectos a serem considerados para a compreensão desta relação complexa entre médico e paciente como atores sociais pertencentes a uma prática social que é pautada pelo diálogo, pela linguagem.

Portanto, acredito ser mister outras contribuições, como a que proponho com minha pesquisa, para uma compreensão dos aspectos dialógicos entre os atores sociais que integram a prática do PSF e sua relação com a prática assistencial. Apoio-me, para esta pesquisa, nos pressupostos teóricos da Análise de Discurso Crítica para atuar como linguista na análise discursiva do PSF, com vista à promoção de uma mudança discursiva, que venha a refletir nas práticas sociais, seguindo os postulados de Fairclough (2001,2003). Saliento que não tenho por objetivo avaliar o PSF como programa de saúde, pois o que me cabe como analista de discurso crítica é analisar a construção das identidades discursivas dos atores sociais que participam da prática social do programa em questão.

O tema a ser investigado no objeto escolhido são os padrões de funcionamento do Significado Identificacional do Discurso, categoria constitutiva da Teoria Social do Discurso, proposta por Fairclough (2001,2003), baseado na reformulação da teoria das Macrofunções da Linguagem, desenvolvida por Halliday (1991). A teoria de Fairclough (2003) designa três principais Significados do Discurso: acional, representacional e identificacional, e é especialmente nesse último que tem foco meu olhar investigativo, pois acredito que é o aspecto mais relevante no discurso que analiso, por se tratar de entrevistas com manifestações avaliativas sobre a relação entre profissionais de saúde (não apenas médicos) e usuários sobre o PSF, nas quais os atores sociais construirão suas identificações.

Meu interesse pelo tema escolhido tem sua gênese na participação de um grupo de pesquisa organizado pela Professora Doutora Maria Izabel Santos Magalhães, minha



orientadora de Mestrado, que trata de estudos sobre discurso, identidade e prática social (GEDIP). O projeto de pesquisa, ao qual aderi, intitula-se “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”, e é financiado pelo PPSUS/MS/SESA<sup>2</sup>, Edital 3/2012, reunindo profissionais linguistas da Graduação ao Doutorado e foi iniciado em 2013 com previsão de duração de vinte e quatro meses<sup>3</sup>. O projeto visa realizar uma pesquisa empírica multidisciplinar, situada entre as grandes áreas da Saúde e da Linguística, com o objetivo de descrever, interpretar e explicar o diálogo entre profissionais da saúde e pacientes do Programa de Saúde da Família (doravante PSF) e verificar de que forma esse diálogo contribui para a qualidade da saúde pública, mediante uma abordagem crítica do discurso, proporcionada pela Análise de Discurso Crítica (doravante ADC). O trabalho propõe ainda, em sua segunda fase, a realização de oficinas de formação para profissionais da rede médica com o interesse de dirimir as assimetrias no discurso médico-paciente pressupostas nessa pesquisa, obtendo uma melhor comunicação entre os atores sociais do PSF.

A pesquisa de minha orientadora, da qual participei e gerei dados, foi produzida a partir de observação da prática assistencial e de entrevistas semiestruturadas com cinquenta profissionais da área médica e pacientes. Logo após a transcrição das entrevistas individuais e da observação das questões geradoras de discussão, era realizado um grupo focal com novas perguntas baseadas nos temas selecionados das entrevistas e grupos focais.

Ao ter contato com alguns dados prévios de pesquisa, coletados por mim e pelas outras integrantes da equipe<sup>4</sup>, chamou-me a atenção a utilização da metodologia etnográfico-discursiva, constituída por entrevistas individuais, grupos focais, recolhimento de materiais multimodais (cartazes, folhetos e formulários) e observações de campo. Ao planejar minha dissertação, pareceu-me oportuno realizar triangulação dos dados de pesquisa recolhidos e gerados especificamente em entrevistas individuais, grupos focais e na observação de campo, métodos os quais acredito proporcionar maior entendimento da identidade como categoria social. Saliento que minha pesquisa é apenas uma das contribuições a este projeto maior, com a qual busco desenvolver uma reflexão sobre os discursos analisados com base nos princípios da Teoria Social do Discurso (FAIRCLOUGH, 2001;2003).

---

<sup>2</sup> Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde/Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Projeto financiado por PPSUS-MS/CNPq/FUNCAP/SESA – Edital 3/2012.

<sup>3</sup> Posteriormente, esse prazo foi estendido por mais vinte e quatro meses.

<sup>4</sup> Éramos todas pesquisadoras mulheres e este detalhe foi relevante na geração de dados, como será discutido no capítulo 5.

Para que delimitasse que aspecto seria pertinente analisar em minha pesquisa, realizei levantamento bibliográfico sobre o tema e objeto de estudo. Os resultados indicaram que pesquisas nos mais variados campos de análise debruçam-se sobre o estudo da relação médico-paciente, sendo as principais aquelas relacionadas à Área da Saúde sob perspectiva de profissionais dessa mesma área e que buscam compreender a atuação dos médicos, como os de Gonçalves (2004) e Helman (1994), sobre a comunicação médico-paciente e seus conflitos na assistência em saúde a partir da perspectiva médica; e Nardi (1999), médico com mestrado e doutorado em Sociologia, que discute aspectos concernentes à qualidade do atendimento em sua perspectiva clínico-curativa e os conflitos concernentes ao trabalho médico.

Estudiosos da área da Linguística também começaram a se interessar pelo diálogo entre profissionais médicos e pacientes, a partir de vários aspectos. Pacheco (1992), por exemplo, realizou uma investigação na qual abordou as variantes linguísticas como obstáculos na comunicação de profissionais de saúde e profissionais administrativos com pacientes de clínicas em hospitais da Caja Costarricense de Seguro Social (Costa Rica), ressaltando o uso de vocabulário técnico como um dos principais obstáculos para essa relação, além de discutir a importância da intervenção de linguistas especializados em sociolinguística e análise de discurso na melhoria da prática médica. West (1983), no trabalho intitulado "Ask no questions: An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues", com enfoque na análise da conversação, aponta a falha de comunicação entre médico e paciente, sendo o primeiro o único a fazer perguntas a fim de realizar um diagnóstico, sem considerar as incompreensões do paciente quando dialogam. Pardo e Lerner (2001), por sua vez, abordam a questão do delírio psicótico 'social' (PARDO e LERNER, 1997) e suas manifestações na linguagem, partindo do ponto de vista interdisciplinar entre Psiquiatria e Linguística, esta última, proporcionada pela Análise de Discurso Crítica; sendo assim, um dos objetivos seria encontrar maneiras de tratamento aos pacientes estudando sua patologia a partir de suas manifestações linguísticas. Cordella (2002, 2004a, 2004b, 2004c, pesquisadora chilena, possui diversos trabalhos a respeito da relação médico-paciente, sendo a maioria dedicada a estudos sociolinguísticos da interação entre os sujeitos da prática de assistência médica e à comunicação nesta prática, mas diferente dos trabalhos citados da área da saúde, parte do ponto de vista dos pacientes. Os trabalhos de Ostermann (2012a, 2012b, 2013) consideram uma visão discursiva para a melhoria na assistência médica, mas se concentram na interação e

comunicação em saúde com foco em uma perspectiva sociolinguística e a partir da análise da conversa, enquanto outros aspectos discursivos possíveis não são abordados.

Nesses últimos estudos linguísticos, a relação médico-paciente foi analisada, de maneira geral, por perspectivas sociolinguísticas e psicolinguísticas que conferiam especial atenção às construções linguísticas estruturais, tendo alguns desses recorrido às bases teórico-metodológicas da Análise da Conversação, da Análise do Discurso de linha francesa, além de alguns pressupostos da teoria crítica do discurso. Dentre os trabalhos com base teórico-metodológica da ADC, já realizados, destacam-se os de Wodak (1996,1997,2006), Gonçalves (2004) e Gonçalves e Almeida (2009); porém, apesar de serem realizados mediante estudos qualitativos e etnográficos, concentram sua atenção na análise da constituição do sujeito médico em detrimento da figura do usuário do sistema de saúde, principalmente deixando de abordar aspectos no que tange ao diálogo entre esses dois atores sociais. Gadelha (2013), distintamente, dá voz às parturientes de hospitais no interior serrano do Ceará, conferindo um destaque a estes atores sociais desfavorecidos de poder e é um dos poucos trabalhos que propõem esta abordagem linguística e social ao tema.

Diante destas produções, percebo a importância de abordar os discursos de profissionais de saúde e usuários com ênfase na construção de suas identidades e, não apenas, sob uma perspectiva comunicacional; defendendo a necessidade, já apontada por alguns dos autores anteriormente citados, de um estudo interdisciplinar ou multidisciplinar para a compreensão da relação entre os atores sociais em questão.

Como explicitado anteriormente, Magalhães (2000) realizou um trabalho etnográfico em um contexto de assistência médica, mais especificamente com profissionais da especialidade pediátrica, o que foi o primeiro passo para alertar sobre a importância da análise discursiva deste tema para a sociedade, dos pontos de vista da saúde e dos estudiosos da linguagem em uso. Em meu trabalho, proponho uma análise que contempla várias identidades, já que haverá participação de usuários e também de profissionais da saúde com diferentes formações e, conseqüentemente, diferentes formas de compreensão da relação com os pacientes. Todas estas identidades estarão em jogo ao avaliarem suas próprias condutas como atores sociais, sua relação com os demais na prática assistencial e também ao avaliarem o Programa de Saúde da Família como estratégia para a melhoria na prevenção e promoção de saúde.

Minha escolha pelo arcabouço teórico-metodológico da ADC justifica-se para a análise de meu objeto de pesquisa, pois dispõe dos subsídios necessários para a realização de uma análise não simplesmente descritiva de padrões estruturais e, sim, com teor reflexivo sobre o contexto do discurso e em busca da mudança discursiva e social. Defendo que o olhar científico concedido ao discurso entre profissionais de saúde e pacientes, a partir da Linguística, confere maior rigor na análise das funções e dos significados explícitos nos traços linguísticos que o falante atribui, seja conscientemente ou não, à sua fala. A Teoria Social do Discurso (FAIRCLOUGH, 2001) auxilia-me na reflexão sobre a mudança discursiva, que pode trazer uma mudança efetiva nas práticas sociais.

Esta dissertação de Mestrado possui caráter interdisciplinar e, portanto, cabe-me como linguista garantir que o olhar conferido ao meu objeto de pesquisa seja prioritariamente linguístico, mas em diálogo com a Teoria Social, conforme Fairclough (2003). Considero, no âmbito de estudos desta ciência, a definição de Saussure (2003 [1916]), que afirma que não é o objeto que precede o ponto de vista, e sim o contrário<sup>5</sup>. Desta forma, inicio uma discussão baseada nos Modelos de Interdisciplinaridade, de van Leeuwen (2005), com o objetivo de defender a importância que confiro ao caráter interdisciplinar desta pesquisa e como esse posicionamento é essencial para um trabalho em ADC. Por fim, articulo tais conceitos, no intuito de justificar a relevância de minha pesquisa para os estudos em Análise de Discurso Crítica e, conseqüentemente, para a grande área da Linguística.

Há, no âmbito acadêmico, um debate teórico a respeito do bom funcionamento de um método de investigação interdisciplinar. Na área da Linguística, pesquisadores buscam alicerce na perspectiva saussuriana e em seu conceito de imanência<sup>6</sup> da língua(gem) para manter seu objeto de estudo livre de olhares que considerem traços que vão além da estrutura, pois defendem que na interdisciplinaridade, sempre há o “apagamento” de uma das disciplinas, pois não há como se conceber uma interdisciplinaridade pura, com equidade teórico-metodológica entre elas. Como é discutido por Fiorin (2008), em seu trabalho “Linguagem e interdisciplinaridade”, a Linguística vem passando por um momento de transição desde o início do século XX. Deixam de existir “especialistas” com abordagens restritas, para dar lugar a visões abrangentes proporcionadas pela interdisciplinaridade, como condições impostas pelos interesses científicos atuais. A ADC, no entanto, busca mostrar a

---

<sup>5</sup> Originalmente: “Bien loin que l’objet precede le point de vue, on dirait que c’est le point de vue qui crie l’objet”.

<sup>6</sup> Imanência consiste no estudo da língua(gem) por ela mesma, em suas características estritamente estruturais. Ver em: HJELMSLEV, Louis. **Prolegômenos a uma teoria da linguagem**. São Paulo: Perspectiva, 2006.

possibilidade de êxito e a considerável contribuição mútua às disciplinas envolvidas em uma pesquisa de cunho interdisciplinar.

Creio que são possíveis e de grande valor científico os dois tipos de tratamento da linguagem e, parafraseando Saussure, acredito que é justamente o ponto de vista que cria o objeto de pesquisa. Em meu trabalho, defendo, porém, o não enclausuramento da linguagem como objeto de pesquisa, sob a pena de tolher-lhe as múltiplas formas de compreendê-la, mas tampouco quero dividi-la entre disciplinas que a expliquem separadamente, suplantando aspectos relevantes em sua composição e que terminem por trazer conclusões que não configurem grande contribuição para nenhuma das áreas envolvidas.

Esse olhar diferenciado e interdisciplinar não deve ser desconsiderado pela crença na sua difícil realização e tem encontrado, na atualidade, grande relevância científica. O Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG)<sup>7</sup>, com vigência de 2011 a 2020, elaborado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), visa definir novas diretrizes para a política de pós-graduação e pesquisa no Brasil e foi recentemente integrado ao Plano Nacional de Educação (PNE). Neste novo PNPG, a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade são contempladas e consideradas metas para o desenvolvimento científico de diversas áreas de pesquisa. Dentre as principais recomendações do PNPG, está a de que o Brasil siga o exemplo de países como Alemanha e Estados Unidos, nos quais o conhecimento de excelência busca eficácia nos estudos inter e multidisciplinares. Para que tenha êxito essa nova forma de realizar pesquisas, o projeto assinala algumas condições essenciais, como o refinamento na compreensão de interdisciplinaridade e multidisciplinaridade por parte da comunidade científica, no âmbito da graduação e da pós-graduação, e a intensificação do ritmo da produção deste tipo de pesquisa.

Minha intenção é, com base no exposto, que a interdisciplinaridade e a multidisciplinaridade que caracterizam esta pesquisa possam contribuir de maneira satisfatória para o amplo entendimento deste objeto de estudo, oferecendo uma pesquisa relevante e viável para os estudos em Linguística, como Castro (1978) defende que um trabalho científico deve ser. Para tanto, busco apoio na teoria de Van Leeuwen (2005) sobre interdisciplinaridade.

Van Leeuwen (2005) distingue três modelos de interdisciplinaridade, os quais denomina centralista, pluralista e integracionista. O modelo centralista relaciona duas ou mais

---

<sup>7</sup> Disponível em: <http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/plano-nacional-de-pos-graduacao/pnpg-2011-2020>

disciplinas afins, mas uma delas é reconhecida como centralizadora ou mais importante para solução de um problema; o modelo pluralista busca reunir as disciplinas como parceiras para a resolução de um problema central e cada uma oferece contribuições à outra de maneira igualitária; no modelo integracionista, por sua vez, as disciplinas são consideradas interdependentes e os projetos de pesquisa em equipe são realizados com divisões específicas de trabalho, almejando um objetivo final comum. Reconhece-se, neste último tipo, que nenhuma disciplina pode resolver eficazmente nenhum problema científico sem estar integrada a outra(s), sendo cada uma delas colaboradora nesse processo.

Apesar de o modelo integracionista mostrar-se como ideal diante dos demais, também é um trabalho complexo que requer a utilização de teorias e métodos de duas ou mais disciplinas, aliadas igualitariamente para a compreensão de uma questão; além da necessidade de um trabalho prioritariamente intersetorial, composto por uma equipe de pesquisadores de áreas distintas.

Neste trabalho, portanto, proponho uma visão centralista, pois não é objetivo meu a análise da questão a partir de um prisma da área da saúde e, sim, tratar da construção das identidades de atores sociais em determinado contexto a partir de seus discursos. A linguística, portanto, é a disciplina que centraliza minhas discussões, ainda que aliada a questões de ordem social, como a própria categoria *identidade*. A ADC, ao se constituir como teoria e método, como veremos mais claramente adiante, proporciona o diálogo entre a Linguística e a teoria social crítica de maneira sólida, mas ainda conferindo ao linguista o papel de especialista no estudo da linguagem e o que as pessoas efetivamente fazem com ela. Com a área da saúde, por sua vez, almejo contribuir para reflexões sobre as práticas discursivas pertencentes ao Programa de Saúde da Família, suscitando a reflexão sobre o diálogo entre os atores sociais envolvidos e sua influência na prática assistencial, que lhes compete o empenho de mudança e melhoria.

Fairclough (2001; 2003) defende, em sua obra *Discurso e mudança social* (2001), a aliança dos Estudos Críticos do Discurso (ECD) à Linguística para uma melhor compreensão da língua(gem), pois esta só se realiza nas práticas sociais. O autor defende que antes que alguma mudança social aconteça, ela deve iniciar-se no discurso e na maneira de compreender as práticas sociais.

Busco apoio na assertiva de Chouliaraki e Fairclough (1999) e Fairclough (2003), para sustentar que o discurso é uma dimensão das práticas sociais, que seriam constituídas

também por elementos não discursivos como as crenças, valores, desejos, instituições e relações sociais. Fairclough (2003) afirma que o discurso deve ter especial atenção, pois contribui para a construção de identidades sociais e é partindo desta premissa que busco realizar esta pesquisa, analisando o significado identificacional do discurso.

Adoto o método analítico da ADC (FAIRCLOUGH, 2001; 2003), denominado Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO), pois busca garantir a visão das práticas sociais e seus efeitos na linguagem, objeto de estudo linguístico. Tal escolha justifica-se pelo foco na análise detalhada dos textos como um meio para a compreensão das práticas sociais. Também tomo por base o pressuposto de Fairclough (2001; 2003) de que se pode analisar fatores ideológicos relacionados às identificações dos atores sociais nas práticas sociais, reveladas em seu discurso de maneira consciente ou não, que implicam em estratégias de manutenção de ideologias ou de mudança social (quebra de paradigmas).

É necessário ressaltar que Fairclough (2001; 2003) defende um estudo de cada significado do discurso em uma perspectiva de relação dialética e não individual. Conforme o autor, é possível, como é o objetivo de minha investigação, encontrar nos discursos analisados um desses significados que se sobreponha, mas não pode haver um funcionamento individual de cada um deles, pois são operacionalizados discursivamente de maneira dialético-relacional. Portanto, centrarei esta investigação no significado identificacional, que tem por categorias analíticas a modalidade e a avaliação (FAIRCLOUGH, 2001; 2003), pois estas estão diretamente relacionadas aos estilos que constituem as identidades dos sujeitos desta pesquisa e suas maneiras de se comprometerem discursivamente com o que enunciam; porém, os demais significados do discurso (acional e representacional) propostos por Fairclough (2001) também serão considerados mediante os graus de relevância na análise dos dados.

Entendo que, como linguista, cientista que lida com a linguagem, devo contribuir para a análise desses discursos e almejar a mudança discursiva e, posteriormente, social, considerando as ideologias engendradas na fala dos atores sociais que são sujeitos de pesquisa. A forma como serão operacionalizados teoria e método na análise de dados será melhor esclarecida na seção destinada à metodologia deste trabalho (capítulo 3).

Ressalto que este trabalho não configura conclusões generalizantes a respeito do PSF, já que são analisadas falas particulares de usuários situados em um campo específico de trabalho, que são os municípios de Pacatuba-CE e Fortaleza-CE. Minha intenção é, portanto, suscitar que o olhar investigativo não cumpra apenas funções interpretativas, mas também de

crítica diante de temas relevantes para a sociedade, que é a proposta de trabalho do(a) analista crítico(a) do discurso. Empenhar-me-ei, portanto, no aprofundamento desta questão.

Outra questão necessária a se enfatizar antes do seguimento desta pesquisa é o emprego da primeira pessoa do singular, que difere da tradição acadêmica de impessoalidade ou do uso da primeira pessoa do plural, na tentativa de haver certa "pessoalização" do discurso, ainda que moderada. Este trabalho trata-se de uma abordagem etnográfico-discursiva de análise, na qual eu, como pesquisadora, torno-me não apenas quem reúne e interpreta dados, mas também, um instrumento de geração desses dados. Portanto, o "eu" que norteará esta dissertação estabelece claramente a relação entre minha identidade de pesquisadora e as identidades dos atores sociais que fazem parte do contexto de pesquisa. Assim, tornar-se-ão mais claros os relatos de campo e também meu engajamento investigativo, que me compromete a uma tarefa reflexiva da minha própria prática como etnógrafa.

Ao/à leitor/a, também destaco a necessidade de não confundir o relato etnográfico, que será mais amplamente tratado na sessão metodológica deste trabalho, com narrações literárias. O etnógrafo não narra, tampouco interpreta dados, baseado no senso comum, e sim, é seu trabalho selecioná-los, descrevê-los e analisá-los em consonância com os pressupostos teórico-metodológicos adotados. A etnografia é, portanto, uma tarefa reflexivo-interpretativa, que julgo essencial para a compreensão do discurso em seu efetivo uso. Para compreender melhor meu posicionamento teórico-metodológico diante do objeto de pesquisa, a próxima seção é uma apresentação e discussão sobre conceitos essenciais.



## 2 ARCABOUÇO TEÓRICO

### 2.1 Análise de Discurso Crítica como teoria e método

#### 2.1.1 ADC: princípios epistemológicos

Esta pesquisa tem foco na análise da língua(gem), materializada no discurso como dimensão das práticas sociais e, para tanto, pautamo-nos em teorias linguísticas que estudam as escolhas e as funções das palavras em determinados contextos comunicativos na perspectiva da interação (HALLIDAY, 2004). Considero que a matriz teórica que melhor se adéqua à abordagem que pretendo conferir a esta investigação é a proporcionada pela Análise de Discurso Crítica (ADC). A ADC é um campo de investigação consolidado e situado na interface entre a Linguística e a Teoria Social Crítica e, portanto, de caráter interdisciplinar, que resgata no plano linguístico do discurso as manifestações contextuais e ideológicas do enunciador. Indubitavelmente, a ADC tem suscitado discussões relevantes para a compreensão ampla da linguagem e o faz por meio de sua característica interdisciplinar, que objetiva romper fronteiras epistemológicas anteriormente consideradas intransponíveis pela Linguística, pois se acreditava que isso ameaçaria seu *status* científico.

A ADC vem provar que a perspectiva linguística é essencial para a compreensão de aspectos das práticas sociais, assim como as práticas sociais o são para a compreensão da linguagem. No que tange à característica transdisciplinar da ADC, valho-me da afirmação de Fiorin (2008, p.8):

Assim, a interdisciplinaridade da lingüística com outras ciências não é o apagamento dos contornos da ciência da linguagem e sua transformação em outros campos do conhecimento. Não é a biologização, a matematização, a sociologização, a antropologização, etc. da lingüística. Como dizia Sírio Possenti, em recente conferência, o papel dos lingüistas não é fazer uma história ou uma sociologia de segunda, mas uma lingüística de primeira. A interdisciplinaridade supõe disciplinas que se interseccionam, que se sobrepõem, que se reorganizam, que buscam elementos noutras ciências.

Em consonância com o trecho anterior, busco elucidar que o papel da ADC no campo científico da Linguística não propõe sua 'sociologização' ou 'antropologização' e sim, uma contribuição mútua das áreas, ainda que sob um olhar linguístico, que promoverá o trato com o objeto de estudo em questão, a linguagem, com maior propriedade.

A ADC possui duas faces que se interseccionam. Em sua face exclusivamente linguística, herda do Funcionalismo, corrente linguística contemporânea, conceitos essenciais para a análise estrutural dos traços linguísticos explícitos. A Teoria Social Crítica, por sua vez, preconizada por Norman Fairclough em *Discurso e mudança social* (1992, trad. 2001), promove a aliança de teorias pertencentes às Ciências Sociais para o estudo da manifestação mais essencialmente social, que é a interação pela linguagem. Tal teoria foi denominada Teoria Crítica do Discurso, por Magalhães (2004,2006), na intenção de enfatizar seu aspecto crítico. A imbricação destas duas áreas científicas realiza-se de maneira eficaz na construção da ADC como campo investigativo que pretende abordar a linguagem de uma maneira que ultrapassa as barreiras do sistema, mas que não deixa de considerá-lo como importante estrutura que comporta os registros feitos pelo enunciador (ator social, nos termos da ADC) das práticas e dos eventos sociais.

Chouliaraki e Fairclough (1999) e Magalhães (2004), entre outros principais pesquisadores da área, ressaltam a importância da ADC como teoria e método, o que torna os estudos na área epistemologicamente coerentes, posto que uma das dificuldades com as quais normalmente o pesquisador ou a pesquisadora se depara é a incompatibilidade ou a dificuldade de 'encaixe' entre uma teoria e a escolha de um método em uma pesquisa científica. A ADC já apresenta, no cerne de sua teoria, as indicações metodológicas para a realização de um estudo nos moldes que atrelam perspectivas linguísticas e sociais da linguagem, e é este aspecto que a torna ainda mais consolidada.

Norman Fairclough, da Universidade de Lancaster, na Grã-Bretanha, referiu-se à denominação "análise de discurso crítica", pela primeira vez, em artigo no periódico *Journal of Pragmatics* (Fairclough, 1985). Segundo Wodak (2001), a ADC pode ser considerada uma continuação da Linguística Crítica (doravante LC), pois esta se configura como uma primeira tentativa de inserção da reflexão crítica no trabalho linguístico, o que será causa de discordâncias na área. Magalhães (2005, p.3), em introdução a número especial da revista D.E.L.T.A., discute esta visão e assevera:

considerar a ADC como uma continuação da LC é uma redução de questões fundamentais que foram explicitadas pela ADC, tanto em termos teóricos como metodológicos. A ADC estuda textos e eventos em diversas práticas sociais, propondo uma teoria e um método para **descrever, interpretar e explicar** a linguagem no contexto sociohistórico. Enquanto a LC desenvolveu um método para analisar uma pequena amostra de textos, a ADC desenvolveu o estudo da linguagem como prática social, com vistas à investigação de transformações na vida social

contemporânea (Fowler 1996; Fairclough 2001). A ADC oferece uma valiosa contribuição de lingüistas para o debate de questões ligadas ao racismo, à discriminação baseada no sexo, ao controle e à manipulação institucional, à violência, à identidade nacional, à auto-identidade e à identidade de gênero, à exclusão social. [grifo meu]

Diante dos argumentos de Magalhães (2005, p.3), apreende-se que a ADC transpõe a proposta da LC e se dispõe a 'descrever, interpretar e explicar' a linguagem, adicionando-lhe um teor de reflexão crítica em relação às práticas sociais e não uma investigação da língua em si, como sistema autônomo e autoexplicativo. Esta é uma visão geral da ADC, mas a discussão a respeito das origens e características desta área, no entanto, revela uma heterogeneidade de abordagens. O percurso histórico de formação do escopo teórico-metodológico da ADC abrange, principalmente, três fases: o modelo tridimensional para ADC, presente nas obras *Language and Power* (1989) e *Discourse and Social Change* (1992), do linguista britânico Norman Fairclough; o enquadre de Lili Chouliaraki e Norman Fairclough proposto em *Discourse in Late Modernity: rethinking critical discourse analysis* (1999), a respeito de abordagens da Ciência Social Crítica (CSC) na ADC; e por último, o enfoque da análise textual em pesquisas sociais, apresentado por Fairclough em *Analyzing Discourse: textual analysis for social research* (2003), baseado na Linguística Sistêmico-Funcional (LSF) de Michael Halliday. Sobre esse último enquadre, acercar-me-ei em seguida, em razão da relação direta com meu objetivo de pesquisa.

Podemos perceber que a ADC tem uma trajetória de aprimoramento teórico-metodológico para alcançar sua solidez, principalmente com bases analíticas nos estudos linguístico e social, para que, parafraseando Sírio Possenti, em texto anteriormente citado, possa ser feita uma investigação linguística de qualidade. Para compreendermos como essa ponte interdisciplinar é construída eficazmente, é preciso que conheçamos os princípios epistemológicos que constituem o arcabouço teórico da ADC e, para tal, apresentaremos, em seguida, uma discussão que auxiliará nessa compreensão, iniciando pela abordagem da Linguística Sistêmico-Funcional e como ela vem atrelar-se a uma teoria social para a composição desse quadro teórico-metodológico.

### 2.1.2 Linguística Sistêmico-Funcional e sua influência na ADC

O Funcionalismo é uma corrente contemporânea da grande área da Linguística que surgiu na década de 1920 e que se contrapõe, em parte, ao Estruturalismo e ao Gerativismo, dedicando-se ao estudo que vai além das propriedades estruturais constituintes do sistema linguístico. Sua origem dá-se com a criação do Círculo Linguístico de Praga, fundado em 1926, resultado de uma série de seminários e reuniões entre linguistas para discussão de uma nova abordagem ao funcionamento da língua, no qual a noção de língua como sistema funcional, a divisão entre Fonética e Fonologia e a compreensão da natureza das funções linguísticas como determinantes na estrutura linguística figuraram como as principais contribuições teóricas, conhecidas como as Teses de Praga. Os principais representantes da escola praguense foram Roman Jakobson, Nikolai Troubetskoy, Vilém Mathesius, entre outros.

Segundo Lyons (1987, p. 209), os integrantes desta nova corrente, que passou a ser conhecida como Funcionalismo, opuseram-se ao Positivismo em relação à linguagem, até aquele momento vigente na Linguística, e aponta as características dessa nova visão:

[...] não apenas os linguistas da Escola de Praga, mas também outros que se consideraram funcionalistas, tenderam a enfatizar a multifuncionalidade da linguagem, e a importância das suas funções expressiva, social e conotativa, em contraste com, ou além de, sua função descritiva.

O funcionalismo linguístico, portanto, distintamente das abordagens formalistas, considera a língua como um produto social, manifestado no contexto de cada situação comunicativa. A língua não deixa, desta forma, de ser considerada como sistema, mas os funcionalistas buscam compreender como tal sistema é moldado pelo 'uso' nas interações e como ele está conectado ao social, o que a torna sujeita a constantes transformações. A ênfase, portanto, está na semântica e não mais na sintaxe, o foco das teorias estruturalista e gerativista que a precederam.

A abordagem proposta é um estudo teleológico da língua(gem), ou seja, compreender a 'finalidade' nas situações de uso, a qual se propõe cada constituinte da estrutura linguística. Ao me referir à linguística funcionalista, falo de língua e este é um sistema cuja estrutura está sendo contemplada. Não se pode negar a influência estruturalista, apenas não se limita o foco analítico a tais características, mas se faz uso delas para explicar a língua como integrante da

estrutura social, o que chegou a caracterizar esta corrente científica como ambivalente, por sua grande influência de aspectos estruturalistas e, ao mesmo tempo, apresentar propostas inovadoras em relação ao funcionamento da linguagem. Neves (1997) ressalta essa característica de ambivalência que situa algumas abordagens funcionalistas, designando as diferenças teóricas como posição moderada e posição extremada. Segundo a autora, enquanto os linguistas extremados negam veementemente a influência estruturalista latente na formação teórica funcionalista, os moderados reconhecem que, sem os pressupostos originários do pensamento genebrino, não seriam possíveis determinadas abordagens e análises funcionalistas, pois a língua, ainda que moldada pelo uso, registra-se estruturalmente em um sistema linguístico.

O Funcionalismo Linguístico possui preceitos comuns às diferentes abordagens. Porém, apresenta algumas abordagens distintas em sua composição teórica, o que ocasionou o surgimento de diversos 'funcionalismos': funcionalismo praguense, inglês, norte-americano e holandês. Dentre essas vertentes, trago para discussão apenas o funcionalismo britânico, no qual se destaca a perspectiva de um Funcionalismo Sistêmico-Funcional, baseado nas ideias do linguista Michael Halliday, relevante para a compreensão da relação entre linguística funcional e os pressupostos da ADC que norteiam o presente trabalho.

Michael Halliday desenvolveu amplamente as ideias do linguista britânico J. R. Firth, que foi seu professor e é o principal expoente do Funcionalismo britânico, que tem como marco inicial a publicação de *An introduction to a functional grammar*, em 1985, desse mesmo autor. A Gramática Sistêmico-Funcional de Halliday (1985) propõe uma análise linguística pautada pela forma como os constituintes estruturais da língua revelam os propósitos/intenções dos enunciadores nas situações comunicativas. Desta maneira, a gramática funcional deve contemplar um estudo do sistema e também do discurso. Segundo Halliday (2004, p. 26), a visão sistêmico-funcional entende a gramática como um sistema de escolhas léxico-gramaticais parcialmente intencionais, conferindo-lhe uma visão paradigmática da língua: o resultado dessas escolhas é o texto, que surge como uma instanciamento do sistema. A estrutura seria, portanto, a parte sintagmática da linguagem, enquanto as funções configuram a parte paradigmática. A perspectiva teleológica defendida pelo Funcionalismo e, conseqüentemente, por Halliday (1970, p. 141) é esclarecedora por meio da seguinte afirmativa:

Por que é a língua como é? A natureza da língua está intimamente relacionada com as necessidades que lhe impomos, com as funções que deve servir. Nos casos mais concretos, estas funções são específicas de uma cultura; o uso da língua para organizar expedições de pesca nas Ilhas Trobriand, descrito há meio século atrás por Malinowski, não tem paralelo na nossa sociedade. Mas subjacentes a tais instâncias de uso da língua estão funções mais gerais que são comuns a todas as culturas. Nem todos participamos em expedições de pesca; porém, todos nós usamos a língua como um meio de organizarmos outras pessoas e determinarmos os seus comportamentos.

O autor esclarece, portanto, que embora a cultura ocasione diferenças na pragmática das línguas, há funções que perpassam todas as comunidades humanas, como fato de que, desde o início, usamos a linguagem para influenciar o outro, convencê-lo e interagir com ele. A noção de "função" foi alvo de importantes discussões na formação da escola funcionalista, em oposição aos preceitos estruturalistas. Halliday e Hasan (1989, p.17) defendem que a "função será interpretada não apenas como uso da língua, mas como uma propriedade fundamental da língua, algo que é essencial para a evolução do sistema semântico". Por isso, a teoria de Halliday une os conceitos de sistema e função, pois a linguagem manifesta-se por meio de uma estrutura determinada e exerce funções diferentes em diferentes contextos, nas diferentes interações dos falantes. Este sistema não seria mais a estrutura rígida, nem um emaranhado de escolhas disponíveis ao falantes, e sim, um sistema que agora considera o aspecto semântico na construção do significado. Kress (1989, p.18) discute esta nova visão funcionalista, esclarecendo que a linguagem sempre ocorre no texto, onde é configurada a unidade básica da língua, também suscetível às características que lhe são agregadas na dependência dos contextos nos quais é produzida, configurando uma estrutura maleável. Em consonância com este autor, Halliday (1978, p. 122) afirma que:

o texto é a forma linguística de interação social. É uma progressão contínua de significados, em combinação tanto simultânea como em sucessão. Os significados são as seleções feitas pelo falante das opções que constituem o potencial de significado; o texto é a actualização desse potencial de significado, o processo de escolha semântica.

Na visão de Halliday (1978), a língua é constituída por uma rede de sistemas imbricados. A linguagem é constituída por dois sistemas: o linguístico e o contexto social. Este, por sua vez, seria formado por outros sistemas: o contexto social (formado pelo contexto de cultura), que é mais amplo que o contexto de situação (formado pelos aspectos modo, relações e campo). O sistema linguístico é formado pelo sistema de conteúdo (significados) e o sistema de expressão (fonologia). O sistema de conteúdo tem dois outros sistemas

(semântica e lexicografia). O sistema lexicogramático lida com os conceitos de transitividade, modalidade, tema e rema. O sistema da semântica é manifesto por três funções (ideacional, interpessoal e textual). Este último sistema foi o foco de um estudo mais detalhado do linguista britânico.

Com o pressuposto de que a língua, como sistema semiótico, é interpretada como um sistema de significados e de que estes são abertos à vida social (HALLIDAY, 1973), Michael Halliday postula, em meados da década de 60, três principais metafunções (ou macrofunções) da linguagem, denominadas ideacional, interpessoal e textual. A linguagem seria, portanto, realizada de acordo com as escolhas feitas em cada uma dessas instâncias da linguagem, denominadas metafunções porque perpassam toda a comunicação, não havendo hierarquia entre a tríade.

A função ideacional aproxima-se da função referencial de Jakobson (1987) e está relacionada com a representação ou 'codificação' das experiências do enunciador no mundo por meio da especificação dos papéis temáticos do 'ator' e da 'meta' na predicação. A função interpessoal baseia-se nas funções emotiva e conativa de Jakobson e lida com as funções dos participantes nos textos; ou seja, os papéis da fala dos interlocutores na interação. A função textual diz respeito à organização estrutural da sentença de acordo com as intenções ou funções expostas pelas intencionalidades dos sujeitos e está relacionada aos conceitos de tema (tema e rema) e de informação (dado e novo).

Apresentada uma discussão teórica da Linguística Sistêmico-Funcional, torna-se possível uma explanação sobre sua influência na constituição do arcabouço teórico-metodológico da ADC. Na introdução do livro *Systemic Functional Linguistics and Critical Discourse Analysis*<sup>8</sup>, organizado por Lynne Young e Claire Harrison, são esclarecidos pontos divergentes e convergentes entre ADC e LSF, que indicam que estes se aproximam no que tange a alguns postulados teóricos, mas se distanciam quanto às perspectivas analíticas.

Chouliaraki e Fairclough (1999) e reformularam as Metafunções da Linguagem, de Halliday (1978), por acreditar que havia aspectos nessa teoria que mereciam reflexão. Originou-se, assim, um novo conceito designado de Significados do Discurso, que é o conceito basilar da ADC.

---

<sup>8</sup> Coletânea de trabalhos apresentados no 28th Systemic Functional International Congress, realizado na Carleton University, Canadá, em 2001.

Fairclough (2003, p. 27) também considerou a distinção proposta por Halliday (1979) entre gêneros, discursos e estilos como as formas que configuram o discurso como parte da prática social e que estão relacionadas aos modos de agir, modos de representar e modos de ser; mas prefere não utilizar a palavra função e, sim, "significado do discurso". Essa nova acepção de significados do discurso será melhor detalhada em seção posterior, na qual serão explicitadas as contribuições da abordagem de Norman Fairclough ao estudo do discurso e especificamente à ADC.

## **2.2 Abordagens da Análise de Discurso Crítica**

### **2.2.1 Abordagem de Fairclough para a ADC**

Nas obras *Language and Power* (1989) e *Critical Discourse Analysis* (1995), de Norman Fairclough, é colocada em discussão uma visão crítica do discurso, voltada para aspectos ideológicos nele engendrados. A análise de textos, da prática discursiva e dos eventos discursivos são conceitos-chave que surgem com a proposta faircloughiana. Porém, é mais adiante, com a publicação de *Discourse and social change* (1992), que se estabelece mais fixamente o quadro teórico-metodológico da ADC. Fairclough defende a chamada Teoria Social do Discurso e considera abordagens que mesclam os aspectos linguísticos estruturais com representantes das Ciências Sociais, como Karl Marx, Antonio Gramsci, Louis Althusser, Jürgen Habermas, Michel Foucault, Pierre Bourdieu, entre outros, principalmente os que se dedicam aos estudos de ideologia e hegemonia, como Antonio Gramsci. As teorias de alguns desses autores vão ser discutidas mais adiante, no tópico 2.3, quando veremos que Fairclough traz à discussão os aspectos de cada um deles quando são relevantes e coerentes com sua teoria, podendo discordar em certos pontos; o que mostra uma constante reflexividade das teorias e métodos dessa proposta científica.

Fairclough (2001; 2003) propõe uma análise tridimensional da sociedade, constituída pelos eventos sociais, pelas práticas sociais e pelas estruturas sociais. Tal análise está representada no discurso e ocorre de maneira dialética e não hierarquizada. Chouliaraki e Fairclough (1999) e Fairclough (2003) veem o discurso como uma 'dimensão' das práticas sociais, que seriam constituídas também por elementos não discursivos, como as crenças, os



valores, os desejos, as instituições e as relações sociais. Para Fairclough (2001), essa perspectiva dialética evita "erros de ênfase indevida; de um lado, na determinação social do discurso e, de outro, na construção social do discurso." (p.92). Apesar de o/a linguísta/a partir sempre do texto para sua análise, não pode deixar de considerar os aspectos das outras dimensões da prática onde ele foi produzido.

A ADC tem como foco "a análise detalhada dos textos como janelas a iluminarem as práticas sociais" (MAGALHÃES, 2004, p.5). Sendo assim, podemos analisar fatores ideológicos relacionados às identificações e representações dos atores sociais por meio do discurso. É nesse ponto que a abordagem de Fairclough confere à ADC características de uma Teoria Social Crítica, pautada no estudo de textos.

Os trabalhos de Fairclough trouxeram para o campo teórico-metodológico da ADC abordagens como Realismo Crítico (BHASKAR, 1989, 1993), intertextualidade (KRISTEVA, 1986 apud BAKHTIN, 1997) e o conceito de ideologia (THOMPSON, 2002: modos de operação da ideologia), poder e hegemonia; além de designar novas categorias teóricas e de análise que conferiram mais solidez aos trabalhos dos analistas críticos do discurso. O conceito de 'ordem do discurso', adaptado de trabalhos de Foucault (1987), foi desenvolvido como articulação socialmente estruturada das práticas discursivas (CHOULIARAKI;FAIRCLOUGH, 1988) e passou a ser considerado como uma 'rede' de práticas sociais, aproximando-se da visão de linguagem como um conjunto de sistemas, herdada da LSF. A 'ordem do discurso' seria composta por Gêneros, Discursos e Estilos.

Cada componente da (rede de) ordem do discurso estaria conectado a um dos Significados do Discurso propostos por Fairclough, que são divididos apenas didaticamente, pois o cerne da teoria faircloughiana é o aspecto dialético-relacional entre estes. O significado acional está relacionado aos gêneros, como uma maneira estruturada e convencionalizada socialmente de agir sobre o mundo, ou seja, "aos modos pelos quais os textos significam o mundo e seus processos, entidades e relações" (FAIRCLOUGH, 2001, p. 92); o significado representacional relaciona-se aos discursos, pois é aí que são materializadas as representações de mundo dos atores sociais; o significado identificacional estaria relacionado com os estilos, pois cada indivíduo expressa sua representação e ação no mundo a partir de um lugar social<sup>9</sup>, como um 'ator social' específico e único.

---

<sup>9</sup> Conceito de Certeau (2008), que será elucidado no tópico 2.3.

Com a reformulação da teoria de Halliday sobre as Metafunções da Linguagem, Fairclough estabelece os principais significados do discurso, no livro *Analysing Discourse*, Fairclough (2003): acional (relacionado à função ideacional de Halliday), identificacional e representacional (ambos relacionados à função interpessoal de Halliday). O significado acional do discurso está relacionado aos modos de (inter)agir discursivamente dos atores sociais nos eventos sociais. Tal interação, segundo Fairclough (2003), é mediada por textos de diversos tipos. Portanto, argumenta que não distingue uma função textual dos demais significados do discurso, como faz Halliday (1979) e sim, a incorpora na ação (*ibidem*, p. 27). Cada prática social e cada evento requerem gêneros diferentes que cumprem as necessidades comunicativas e por meio dos quais os indivíduos (inter)agem. Dessa forma, o significado acional refere-se aos conceitos de gêneros, que dependendo de um nível hierárquico de abstração, podem ser classificados como: pré-gêneros, gêneros desencaixados e gêneros situados. Esses conceitos são propostos por Fairclough (2003), com base em Swales (1990) e os textos são analisados mediante as categorias intertextualidade e coesão.

De maneira sucinta, podemos elucidar os conceitos de gênero propostos por Fairclough (2003, p.68) a partir da função de textos em cada situação comunicativa ou prática social. Por exemplo, os pré-gêneros são pertencentes ao nível de maior abstração e podem ser entendidos como os 'tipos textuais', mencionados por Marcuschi (2005, p. 22). Como exemplos de pré-gêneros, pode-se reportar à narração, argumentação e descrição; pois estes geralmente podem ser 'encaixados' em diversos outros gêneros textuais, que seriam mais complexos, podendo ser realizados em eventos e práticas sociais diversos. Os gêneros desencaixados são assim designados porque podem 'transitar' em diferentes contextos de eventos sociais, como a entrevista, que pode realizar-se em ambiente empregatício, jornalístico, acadêmico, entre outros; ou a carta pessoal e o telefonema, que podem integrar inúmeros contextos. Os gêneros situados, de menor grau de abstração, são aqueles que acontecem em um contexto específico de realização, como a entrevista etnográfica, que é característica do ambiente acadêmico e é realizada por atores sociais que desempenham papel social específico (investigador/a).

O significado representacional, por sua vez, corresponde aos modos de representar os aspectos do mundo e suas categorias analíticas são a interdiscursividade e a exclusão ou inclusão de atores sociais, que também são amplamente discutidos por van Leeuwen (1997) em sua Teoria da Representação dos Atores Sociais. Para Fairclough (2003) e van Leeuwen

(1997), a maneira como os atores sociais escolhem representar seus discursos, indica não apenas aspectos de suas experiências no mundo, mas também posicionamento ideológicos.

O significado identificacional relaciona-se aos modos de ser de cada ator social, suas identificações e formação de identidades construídas na interação promovida nos eventos e práticas sociais. Apesar de ser este significado do discurso o foco de minha análise, não podemos deixar de ressaltar o que já foi anteriormente mencionado a respeito da relação dialética dos três significados do discurso. A separação didática das categorias de análise permite um recorte mais sucinto, como é necessário em um trabalho científico, que não pode comprometer-se com a descrição e explicação de todos os aspectos de um discurso detalhadamente, mediante análise de todas as categorias. Em meu trabalho, opto por capturar as marcas de avaliação e modalidade como categorias analíticas relacionadas ao significado identificacional do discurso. Embora Fairclough também indique a metáfora como categoria, ela não se mostrou relevante nos textos analisados.

Para apreender os estilos ou identidades que cada ator social imprime em seus textos, Fairclough (2001,2003) estabelece como categorias de análise a Modalidade e a Avaliação; atrelados a estas é que o autor traz à discussão aspectos sociais e ideológicos identificados na estrutura dos textos e que são elementos constitutivos de tais identidades.

### **2.2.1.1 Avaliação e Modalidade como categorias de análise**

A primeira categoria proposta por Fairclough (2003) para a análise do significado identificacional do discurso é a Avaliação. A respeito desta, Fairclough (2003, p.173) ressalta que se deve considerar não apenas as manifestações avaliativas explícitas, mas também todas as maneiras de estabelecimento de valores instituídos pelos atores sociais nos textos. O autor considera as teorias de Graham (2002), Hunston e Thompson (2000) e principalmente a de Martin e White (2005) a respeito do tema. Martin e White (2005), com o Sistema de Avaliatividade, elencam as categorias analíticas afeto (referente a processos mentais de emoção, representados na linguagem), apreciação (relacionada aos objetos/materiais) e julgamento (expressão de avaliação acerca de um comportamento humano), especificamente representando o subsistema de atitude. Porém, Fairclough (2003) não se apropria destes termos específicos, realizando uma análise da avaliação de maneira um pouco distinta, sem

subcategorizações, denominando-a apenas como *Avaliação*, que deve ser analisada a partir das escolhas lexicais em cada texto e que indicará graus (baixo ou alto) de comprometimento do ator social com os enunciados. Tal adaptação revela a preocupação de Fairclough (2003) em dar forma mais específica à teoria da ADC, e o fato de se basear em teorias anteriores mostra que a posição do autor não é a de negar seus avanços teóricos, mas de conferir-lhes crédito e apresentar sua contribuição à Teoria Social do Discurso.

A abordagem de avaliação de Fairclough (2003), adéqua-se melhor à minha proposta teórico-metodológica. Além de a Teoria da Avaliatividade possuir um maior número de categorias específicas, que inviabilizariam o cumprimento de meu objetivo analítico (socio-discursivo), meu contato prévio com os dados de pesquisa me sugeriu que apenas a categoria 'juízo' é relevante, motivo pelo qual não aprofundarei considerações sobre a teoria de base de Martin e White (2005).

A Modalidade é outra categoria importante para o estudo do significado identificacional e é analisável em marcas textuais explícitas e implícitas que evidenciam as intenções de quem enuncia e como se compromete com o que enuncia e, por este motivo, está diretamente relacionada à categoria Avaliação. Percebe-se, portanto, uma visão diferenciada do termo modalidade, já presente no rol teórico da Linguística. Fairclough (2003, p. 169) argumenta que "os marcadores arquetípicos da modalidade são 'verbos modais' (poder, querer, poder, dever, seria, deveria, etc), embora haja, de fato, muitas outras maneiras em que a modalidade é marcada"<sup>10</sup>. Diante disso, Fairclough propõe que seja subcategorizada em modalidade epistêmica e modalidade deôntica. Modalidades epistêmicas podem ser analisadas por meio do 'compromisso com a verdade' impressa textualmente pelo ator social pelas escolhas dos verbos e advérbios e também de expressões afirmativas e negativas – relevantes apenas em relação ao contexto de realização. As modalidades deônticas seriam identificáveis pela análise do compromisso do autor do texto com frases ou verbos que denotem oferecimento, obrigação ou necessidade de algo.

Fairclough também refere-se às modalidades pelo termos subjetiva e objetiva, pois o autor de um texto pode optar por utilizar as modalidades epistêmica e deôntica de maneira a colocar-se mais próximo ou mais distante daquilo que afirma ou nega. Em outras palavras, quando o autor utiliza modalidades que explicitam a primeira pessoa do singular (como

---

<sup>10</sup> Na versão original: "this view of modality goes beyond cases of explicit modalization, i.e. cases where there is an explicit marker of modality. The archetypical markers of modality are 'modal verbs' (can, will, may, must, would, should', etc.), though there are in fact many other ways in which modality is marked"

"penso/acho que", "duvido", "suspeito"), está denotando subjetividade à proposição; enquanto que o uso de outras modalidades que denotem seu pensamento como universal, sem comprometer-se diretamente no texto (como, "provavelmente", "pode ser que"), são consideradas objetivas.

Assim como afirma Fairclough (2001), o uso da modalidade, frequentemente implica alguma forma de poder. Sendo assim, esse grau de afinidade, que é expressa textualmente, trata de explicitude e implicitude na fala do ator social e, portanto, é revelador de aspectos de sua identidade. Decidi utilizar os termos epistêmico e deôntico e apontar em cada trecho da fala dos atores sociais sua subjetividade e objetividade ao avaliar um certo tema relativo ao contexto do PSF, pois defendo que seja uma forma mais específica de tratar cada sentença.

Em meu trabalho, focalizo a forma como a Modalidade é empregada como estratégia na tessitura do texto ou da interação e como a análise dos seus padrões de funcionamento pode trazer contribuições para o estudo dos propósitos comunicativos de cada texto e também para a construção das identidades representadas por meio dele.

O termo Modalidade, desde sua origem, apresenta uma multiplicidade de abordagens e denominações. O tema é discutido por Schlee (2011, p.70), que indica que o termo remonta aos estudos clássicos dos lógicos formais. De maneira abrangente, a autora apresenta a discussão de vários outros autores acerca das denominações de modalidade e sua constante relação com a lógica, ressaltando os obstáculos encontrados para lidar com algo tão complexo, como é a linguagem, sob essa perspectiva.

Quando discutido especificamente no campo da pesquisa linguística, a modalidade é considerada uma expressão das intenções ou propósitos do(a) falante, focalizando seu efeito no(a) interlocutor(a), principalmente com a Linguística Sistêmico-Funcional e sua perspectiva diante das escolhas léxico-gramaticais no ato comunicativo, por meio da metafunção interpessoal (HALLIDAY, 1985).

Neves (2006), por sua vez, elucida em que ponto os estudos lógicos e linguísticos aproximam-se no estudo da Modalidade, citando os eixos do conhecimento: epistêmico e deôntico, pautados pela crença e a conduta, respectivamente. É importante ressaltar que outras vertentes linguísticas referem-se a esses eixos com outras denominações, sobre as quais trataremos nas próximas seções. Givón (2001) subdivide a modalidade epistêmica em quatro outros tipos: pressuposição, asserção *realis*, asserção *irrealis* e asserção negativa, baseado

também nas condições de verdade e falsidade de termos, aproximando-se de questões tratadas também na Pragmática.

Fiorin (2000, p.180) refere-se à modalidade em uma outra perspectiva, que parte da Semiótica do linguista lituano Algirdas Julius Greimas, principalmente no domínio da sociosemiótica. O autor caracteriza-a a partir de uma visão paradigmática, em que "os modos de existência do sujeito e as relações entre o sujeito do predicado modal e o do predicado modalizado" definem as modalidades de base; e de uma visão sintagmática, em que estas incidem sobre "os enunciados de base: o ser e o fazer". Sendo assim, as modalidades são marcas semióticas de processos sociais de construção de sentidos.

Pudemos perceber, portanto, com esta breve discussão, que a modalidade foi analisada por diferentes prismas entre diversas disciplinas e que, mesmo dentro do campo científico da Linguística, divergem os olhares conferidos a ela. Para a LSF, a modalidade é uma das categorias analíticas específicas da macrofunção interpessoal, para a qual também são analisáveis os conceitos de tema e rema e de transitividade.

Halliday (2004), expoente da Linguística Sistêmico-Funcional, trata do sistema de polaridade para posteriormente explicar o sistema de modalidade, ambos analisáveis pela macrofunção interpessoal.. O autor refere-se à modalidade em relação a uma análise do modo verbal finito, assim denominado em contraposição ao verbo em sua condição infinitiva, ou seja, sem flexão, podendo ser ou não um portador do traço de modalidade. Dessa maneira, Halliday (2004, p.143) vê a "a modalidade como um julgamento do(a) falante ou um pedido de julgamento do(a) ouvinte sobre o que está sendo dito"<sup>11</sup>. O autor esclarece que o(a) falante pode expressar seu pensamento de maneira polarizada, com afirmativas ou negativas, ou recorrer a uma estratégia discursiva que ficaria em um plano intermediário desses dois polos, positivo e negativo, da língua. É neste plano que seria realizada a modalidade.

A modalidade é analisável, na LSF, sob os aspectos de proposição e proposta, o que determina a forma de atuação modal: a modalização incidiria sobre um proposição (relacionada às noções de positivo e negativo nos polos) e a modulação, sobre uma proposta (representando ofertas e ordens). De acordo com Halliday (2004, p. 147), o espaço entre o sim e o não, que compreende a modalidade, possui significados distintos para apresentações de

---

<sup>11</sup> Tradução minha. No original: "Modality as the speaker's judgement, or request of the judgement of the listener, on the status of what is being said"

proposições e propostas. Outras teorias funcionalistas referem-se a estas como modalidades epistêmica e deôntica, respectivamente.

A modalidade, de maneira abrangente, teria modos de realização (modalização e modulação), orientação (subjetivo ou objetivo, implícito ou explícito), valor (mediano ou externo) e polaridade (positivo e negativo); constituindo, portanto, uma categoria bastante complexa de análise discursiva. Halliday (2004, p.150) esclarece o motivo de descrever a modalidade com tão alto grau de detalhamento ressaltando que, na análise de discursos, todas as variantes são importantes na construção de um "efeito significativo sobre o desdobramento e o impacto do discurso"<sup>12</sup>.

Koch (2002, p. 86), embora não seja especialista em LSF, mas como estudiosa das estratégias discursivas empregadas na construção do discurso, elucida tal visão de Halliday a respeito da modalidade, com as seguintes palavras:

O recurso às modalidades permite, pois, ao locutor marcar a distância relativa em que se coloca com relação ao enunciado que produz, seu maior ou menor grau de engajamento com relação ao que é dito, determinando o grau de tensão que se estabelece entre os interlocutores; possibilita-lhe, também, deixar claros os tipos de atos que deseja realizar e fornecer ao interlocutor "pistas" quanto às suas intenções; [...] torna possível, enfim, a construção de um "retrato" do evento histórico que é a produção do enunciado.

Portanto, de maneira geral, a modalidade é vista como "pistas" lexicais às intenções ou propósitos do(a) emissor(a) transmitidos a/ao receptor(a) durante o ato da comunicação, que podendo ocorrer de diversas formas e com a utilização de diversas estratégias, denotando distanciamento ou engajamento com o que é dito. Com essas bases lançadas, principalmente pela LSF, os estudos em ADC desenvolveram-se, com algumas características que divergem nos dois campos de estudo em relação à modalidade.

Fairclough (2001), assim como Halliday (1985), relaciona a modalidade a manifestações avaliativas, pois esta categoria geralmente está relacionada a uma função de julgamento. Resende e Ramalho (2013, p.48) elucidam a relação entre as escolhas discursivas do ator social no momento da interação e a transmissão de ideologia:

Um discurso particular (e, aqui, "discurso" refere-se ao conceito mais concreto) pode incluir presunções acerca do que existe, do que é possível, necessário, desejável.

---

<sup>12</sup> Tradução minha. No original: "[...]their differences in meaning may have a marked effect on the unfolding and impact of the discourse. "

Tais presunções podem ser ideológicas, posicionadas, conectadas a relações de dominação.

Em termos de análise, a ADC, como exposto até o momento, considera aspectos sociais perceptíveis no plano estrutural linguístico. Essa abordagem de Fairclough (2003) é denominada Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO), sobre a qual explanaremos na seção seguinte.

### 2.2.2 Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO)

*O mundo de qualquer modo só é apreensível, articulável, compreensível, etc se for compreendido como estruturado desta ou daquela maneira; dito de modo ainda mais preciso: o fato de o mundo ser apreensível ou compreensível significa que ele se apresenta estruturado desta ou daquela maneira.*

(PUNTEL, 2008, p. 331 *apud* LEITE, 2013, p. 08)

A Análise de Discurso Textualmente orientada (doravante ADTO) consiste na mais sistemática ou estrutural abordagem de análise realizada pela ADC. Suas categorias analíticas revelam pressupostos teóricos aperfeiçoados a partir da LSF (HALLIDAY, 1978; HALLIDAY; HASAN, 1989) e são uma espécie de garantia a/ao pesquisador(a) de que não incida no risco de realizar uma Psicologia ou uma Sociologia da linguagem e sim um estudo linguístico para a compreensão de temas sociais e sobre eles realizar reflexões críticas.

Halliday (1994, p. 13) afirma que “Todo o texto – isto é, tudo o que é dito ou escrito – acontece em algum contexto de uso [...] foram os usos linguísticos que, ao longo de milhares de gerações, deram forma ao sistema” (trad. MAGALHÃES, 2004, p.5). Porém, a ADC propõe uma ampliação da abordagem da LSF, indo além de seu aspecto sistemático, de maneira a configurar a linguagem como um 'instrumental para entender os fenômenos sociais'.

Chouliaraki e Fairclough (1999) advertem que, com a modernidade, os textos converteram-se no principal suporte das práticas sociais e a publicidade é um meio que comprova claramente essa questão, pois comporta muitos temas das práticas sociais e possui diversas maneiras de representá-las. Os autores usam o termo ADTO para diferenciar o método de análise da ADC daqueles que analisam o discurso, mas não possuem orientação



linguística, orientada pelo texto. A respeito da importância conferida ao texto, nessa abordagem, Fairclough (2001, p. 108) assevera:

Textos apresentam resultados variáveis de natureza extradiscursiva, como também discursiva. Alguns textos conduzem a guerras ou à destruição de armas nucleares; outros levam as pessoas a perder o emprego ou a obtê-lo; outros ainda modificam as atitudes, as crenças ou as práticas das pessoas.

Sendo assim, na ADC, textos são a parte discursiva dos eventos sociais, construídos nas interações, considerados portanto como evento discursivo que carrega traços do contexto sócio-histórico e cultural, das identidades de quem os produziu e como são representados. A proposta, portanto, contempla uma concepção dialética do discurso e é por meio da construção desses textos que é possível apreender os três principais significados do discurso, propostos por Fairclough (2001).

As seguintes considerações de Resende e Ramalho (2011, p.21) são elucidativas para a compreensão da escolha de uma abordagem pautada no estudo de textos.

A ADC, então, ao mesmo tempo *rejeita* análises linguísticas que não se mostrem relevantes para a crítica social e *exige* que a crítica social oriunda de pesquisas nesse campo sejam baseadas em análises linguísticas situadas. É por isso que se pode classificar a ADC como Análise de Discurso Orientada (Fairclough, 2001). O propósito das análises em ADC é portanto, mapear conexões entre escolhas de atores sociais e grupos, em textos e eventos discursivos específicos, e questões mais amplas, de cunho social, envolvendo poder.

Desta forma, delimito ainda mais o universo no qual se insere minha pesquisa, caracterizando-a dentro do foco investigativo da ADC e em sua abordagem textualmente orientada, pois a presente pesquisa linguística é pautada por um problema social pressuposto no contexto do PSF. Adiante, apresento justificativa para o desígnio de uma teoria de abordagem discursiva pautada em uma visão crítica.

### 2.2.3 Por que uma abordagem crítica do discurso?

*Em ADC, a análise linguística alimenta a crítica social, e a crítica social justifica a análise linguística.*

(RAMALHO; RESENDE (2011, p.21))

Desde o Funcionalismo e principalmente desde a teoria sistêmico-funcional, a linguística tem-se aproximado de uma teoria social, algo que Halliday e Hasan (1989) consideraram "semiótica social", ou seja, um sistema de significados partilhado em uma sociedade. Há uma tentativa, já na LSF, de defender o entrelace do aspecto linguístico e do contexto social na abordagem da linguagem. Desde então, o enfoque investigativo deixou de ser apenas o estruturalismo, que defende o estudo da língua como independente e fechado em si mesmo, surgindo também o interesse pela interação por meio do discurso.

A ADC aliou-se, desde sua composição como escopo teórico-metodológico, a perspectivas ontológicas como o Realismo Crítico (BHASKAR, 1989, 1993), com o qual compartilha a visão do discurso como um "sistema aberto" pois, como afirmam Chouliaraki e Fairclough (1999, p.19), "a operação de cada mecanismo [deste sistema] é sempre mediada pela operação de outros [...] os eventos são complexos e não são previsíveis como simples efeitos de mecanismo". A partir desta proposta, cabe o interesse e a reflexão a respeito dos padrões de funcionamento da linguagem em uma perspectiva crítica, pois os textos são estruturas maleáveis que, para serem compreendidos em sua amplitude, necessitam de um olhar que abarque conceitos extraestruturais que também constituem as práticas sociais.

Os estudos linguísticos de orientação discursiva contemporâneos não se configuram, no campo acadêmico, apenas pelas teorias apresentadas até este ponto de meu texto, calcadas nos estudos críticos. A Análise do Discurso (AD), em sua linha francesa, por exemplo, também possui teorias e conceitos consolidados, desde os anos 1960, contemplando também aspectos interdisciplinares e possuindo algumas intersecções com a ADC. Devemos mencionar Roman Jakobson (Teoria da Comunicação) e, principalmente, Émile Benveniste (Teoria da Enunciação) como principais colaboradores desta vertente de pesquisa discursiva.

De acordo com Magalhães (2000, p.81), a principal divergência entre as duas teorias discursivas, AD e ADC, consiste na maneira de interpretar o discurso. A AD o considera como mera consequência dos eventos e das práticas sociais, que predeterminam os tipos de

discursos possíveis em cada contexto discursivo; enquanto a ADC o compreende por uma perspectiva de 'transformação social', termo-chave para a compreensão da perspectiva crítica defendida pela linha anglo-saxã e especialmente por seu precursor, Fairclough (1992, trad. 2001), em seu livro *Discurso e mudança social*. Tal posicionamento proporcionou o surgimento de uma Teoria Crítica, que considera o discurso como sistema construído a partir de relações sociais, conferindo-lhe solidez, mas sobre o qual pode haver uma reflexão e, posteriormente uma mudança discursiva, no intuito de futuras mudanças nas práticas sociais; pois apenas por meio de uma reflexão sobre discursos dominantes e excludentes é possível ao analista de discurso crítico intervir na prática social e suscitar futuras e paulatinas mudanças.

Dessa forma, retomando e dizendo de maneira mais direta, a pergunta que norteia a presente seção é: por que, então, uma escolha por um escopo teórico-metodológico que priorize a crítica para a análise de discurso?

A resposta para esta pergunta é o que torna um dos princípios basilares para as pesquisas em ADC mais polêmico: a crítica confere a linguistas o papel de 'interventores sociais'. Embora haja possibilidade de uma abordagem discursiva nos moldes da LSF ou da AD, entre outros, a concepção que considero mais completa e relacionada à minha proposta de pesquisa é a de Fairclough (2001,2003), que define o discurso como uma dimensão das práticas sociais que possui relação dialética com outras dimensões não discursivas (MAGALHÃES, 2004). Portanto, se tal relação é dialética, não poderia deixar de considerar os aspectos não discursivos e trazê-los para o cenário de análise desse(s) discurso(s), o que me leva a uma reflexão crítica sobre a maneira como estes aspectos influenciam os textos, mediante conceitos de hegemonia e ideologia.

Essa disposição do(a) linguista(a) como interventor(a) social, preocupado em fazer a crítica como primeiro passo para uma mudança no discurso e nas práticas é bastante ousada e tem suscitado muitas discussões no ambiente acadêmico. Rodrigues-Júnior (2009) apresenta algumas críticas feitas à ADC, principalmente nos anos 1990, por teóricos como Henry Widdowson, Michael Stubbs, Martyn Hammersley, entre outros. A maioria das críticas são direcionadas às escolhas analíticas realizadas por alguns pesquisadores, que eram consideradas subjetivas e demasiado variáveis de acordo com o objetivo do(a) pesquisador(a). Minha compreensão, mediante as leituras do artigo em questão e de outros trabalhos na área, é de que críticas são esperadas no âmbito acadêmico, espaço de discussão e enriquecimento de

ideias, mas o que não pode haver é a generalização de tais críticas à totalidade de trabalhos realizados.

Além disso, questiono-me se pode haver estudos sobre o discurso que sejam livres de quaisquer interpretações subjetivas, pois este é um elemento de comunicação dos mais maleáveis e necessariamente haverá uma adaptação da metodologia de acordo com os objetivos de estudo do(a) pesquisador(a), pois, quando este(a) analisa discursos publicitários em revistas, por exemplo, não necessariamente recorrerá à pesquisa etnográfica, tão comum em trabalhos em ADC.

Magalhães (2005) discute tais questões em sua introdução ao número 21 (especial) da revista D.E.L.T.A., referindo-se a um trabalho de Widdowson (2000), no qual o autor define a tarefa de interventor, à qual se propõe o analista crítico do discurso, como "ambiciosa", por almejar reflexões e mudanças discursivas que vão além da exequibilidade do trabalho linguístico. O que é necessário ressaltar é que o analista crítico do discurso não almeja mudanças 'concretas' que influenciam diretamente na prática social com a execução de seu trabalho científico, o que poderia sugerir certa ingenuidade do(a) pesquisador(a). A proposta é que, com uma pesquisa investigativa que suscite reflexões sobre práticas sociais que envolvem grupos sociais minoritários ou que, a princípio, não tenham um discurso representativo, ele/a possa promover uma reflexão sobre tal discurso do ponto de vista linguístico e social como um primeiro passo para a mudança social (Fairclough, 2001, 2003). A crítica é, portanto, peça-chave para essa mudança, que vai além das possibilidades de análise linguística.

Magalhães (2005) pondera que já não é possível a um(a) analista do discurso uma 'neutralidade' analítica e que este tema vem sendo defendido por teóricos como Rajagopalan (2002;2003) e Foucault (1987), que consideram a ideologia parte necessariamente constituinte na análise de discursos. A linguagem é o mais poderoso veículo de ideologia utilizado nas comunidades humanas, e isso não deve ser descartado em um estudo discursivo. Devemos considerar, portanto, a reflexão de Rajagopalan (2002, p.4) a respeito do tema:

teorizar a respeito da linguagem não é, como se crê em larga escala, se empenhar em um metadiscorso acerca do objeto (a chamada linguagem-objeto) - metadiscorso este que fica completamente isento de qualquer influência ou ingerência do objeto [...] Em clara oposição a tal postura, a Linguística Crítica tem como ponto de partida a tese de que teorizar a linguagem é um modo de intervir nela, isto é, a suposta metalinguagem- aquilo que forneceria ao observador-analista um ponto transcendental em relação ao objeto de estudo - nada mais é do que o fruto de uma

grande ilusão ou cegueira, sustentada numa proposta ideológica chamada de 'cientificismo'.

Rajagopalan (2002) é contundente quanto à importância de uma posição crítica em relação ao discurso. Magalhães (2004/5, p. 6) também discute o tema no editorial que introduz o sétimo volume da revista *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, ressaltando que aspectos como ideologia e poder não eram de interesse científico da área da Linguística, mas que esse cenário vem mudando aos poucos, e isso deve ser visto como oportunidade de debate pelo(a) analista de discurso. A autora salienta o que Fairclough (1992) já propunha como uma espécie de 'escudo' diante das críticas direcionadas aos analistas críticos: o(a) analista deve refletir não apenas sobre os temas avaliados no discurso, que é seu objeto de estudo, mas sobre sua própria prática analítica. Desse modo, as críticas bem fundamentadas por estudiosos da área tornam-se motivadoras dessas autorreflexões do(a) pesquisador(a) e contribuem para posteriores trabalhos analíticos.

Foi pautada pela teoria de Norman Fairclough que a linguista brasileira Izabel Magalhães introduziu os estudos de ADC no Brasil na década de 1990, após doutoramento na Universidade de Lancaster, Reino Unido. Desde então, Magalhães tem sido a responsável pela propagação das ideias da ADC em território nacional, sendo, inclusive, homenageada com o lançamento do livro *Contribuições da análise de discurso crítica no Brasil: uma homenagem à Izabel Magalhães*, publicado em 2013, em reconhecimento ao seu trabalho.

Magalhães (2004, p. 118) enfatiza a coerência de se estudar a relação entre texto, poder e ideologia, ao citar Fowler e Kress (1979, p.186):

Se o significado linguístico é inseparável da ideologia, e ambos dependem da estrutura social, então a análise linguística deveria ser uma poderosa ferramenta para o estudo dos processos ideológicos que medeiam relações de poder e controle. Mas a linguística é uma disciplina acadêmica, e como todas as disciplinas acadêmicas, está apoiada em uma série de pressupostos que constituem uma ideologia do sujeito. Não é um instrumento neutro para o estudo da ideologia; é um instrumento que foi neutralizado. Existe então a necessidade de uma linguística que seja crítica, que esteja consciente dos pressupostos em que se baseia e que esteja preparada para refletir criticamente sobre as causas subjacentes que estuda.

Vários outros linguistas, influenciados por tais preceitos, como Silva; Vieira (2002); Vieira e Silva (2003); Silva e Leal; e principalmente na Universidade de Brasília (UNB), como Resende e Ramalho (2004, 2006,2011); Ramalho e Resende (2011) também têm se dedicado à propagação dos estudos pautados pela ADC, com a publicação de inúmeros artigos

em periódicos de circulação nacional e internacional e de livros que apresentam com notável didatismo os preceitos da linha anglo-saxã.

Meu objetivo é tornar-me contribuinte efetiva no desenvolvimento desta área de investigação científica. Não creio que a simples discussão dos 'problemas' sociais explicitados no discurso, uma dimensão das práticas sociais, trará modificação tácita nas práticas sociais e libertará os 'oprimidos' pela linguagem e a sociedade dos detentores de papéis hegemônicos em determinado contexto social. Porém, fio-me na assertiva de Fairclough (2001,2003) de que a mudança discursiva constitui um primeiro e importante passo na caminhada pela mudança social e que a reflexão sobre as práticas através da Análise de Discurso Crítica, que considera atores sociais e suas ações em eventos e práticas sociais, é algo essencial a se levar na bagagem.

### **2.3 Considerações acerca do termo identidade como categoria social**

Para a Análise de Discurso Crítica, o significado identificacional do discurso é uma categoria analítica que trata da forma como se realizam as construções de identidades discursivas dos atores sociais, considerando o contexto social e as práticas sociais dos quais participam. Identidade, por sua vez, não é uma categoria linguística, e sim, social.

Identidade, como categoria social, é um termo multifacetado que suscita discussões nas Ciências Humanas e Sociais e tem sido foco de reflexões e análises de pensadores desde a Antiguidade, como Aristóteles. Nesse contexto, surge o termo *ethos*, que está intimamente relacionado com o termo alteridade; ou seja, desde o início dos estudos sobre identidade, compreende-se que esta é uma imagem de si construída mediante a relação entre o "eu" e o "outro". Bourdieu (1989), filósofo e sociólogo moderno, aprofunda essa questão e afirma que a "identidade é um “ser percebido que existe fundamentalmente pelo reconhecimento dos outros” (p. 117). Segundo a teoria e o método da ADC, essa relação é representada fortemente no discurso, pois trata de dois ou mais atores sociais que trazem consigo suas identificações e constroem suas identidades nessa interação.

Compreendendo, assim como postula Bauman (2005), que não é possível falar de identidade pós-moderna (ou da modernidade posterior), utilizando lógicas de autores clássicos, pois há questões inteiramente novas na humanidade que necessitam ser respondidas pelos pensadores contemporâneos, neste tópico, deter-me-ei a apresentar como o termo

identidade é discutido por autores da modernidade posterior e como a ADC aproxima-se dessas teorias para compreender a construção de identidades discursivas.

A modernidade posterior está intimamente ligada ao advento da Globalização, que Bauman (2005) define como um momento em que "o Estado não tem mais o poder ou o desejo de manter uma união sólida e inabalável com a nação" (p.34). O autor ainda afirma que, nesse contexto, "a identidade perde as âncoras sociais que a faziam parecer "natural", predeterminada e inegociável, a "identificação" se torna cada vez mais importante para os indivíduos que buscam desesperadamente um "nós" a que possam pedir acesso" (p.30). É justamente essa instabilidade das relações e práticas sociais o que marca a definição de Bauman para a modernidade posterior: a liquidez.

Bauman (2005) afirma que estamos em uma fase fluida da sociedade e que escolheu essa referência, porque os fluidos "não conseguem manter a forma por muito tempo e, a menos que sejam derramados num recipiente apertado, continuam mudando de forma sob a influência até mesmo das menores forças" (p.57). Sendo assim, forma-se uma "modernidade líquida" e não se pode mais pensar de uma maneira binária em relação às identidades, pois estas são moldadas por inúmeros aspectos em constante modificação.

Essa definição assemelha-se ao pensamento de Giddens (2002), segundo o qual a modernidade posterior vem proporcionando um "desencaixe" das práticas sociais e tal fenômeno tem influenciado diretamente na construção de identidades, que já não têm configurações sólidas, mas devem ser analisadas de maneira que sejam considerados o contexto sociocultural onde se encontra o/a produtor/a do texto e aspectos relacionados ao lugar que ocupa em cada evento social desse contexto. Giddens (2002) esclarece que, na Europa Medieval, "a linhagem, o gênero, o *status* social e outros atributos relevantes da identidade eram relativamente fixos" (p. 74) e a identidade de cada indivíduo, separadamente, foi-se construindo à medida que houve mudanças relevantes na sociedade, como o fato de a modernidade ser "permeada por sistema abstratos"(p.79), proporcionando uma maior variedade de escolhas e, por esse motivo, afetando o campo existencial do sujeito moderno.

Além de "liquidez" e "desencaixe", apontados pelos autores supracitados, outros pesquisadores buscam definições para a modernidade posterior e como se formam as identidades neste contexto. Habermas (1984), por exemplo, assinala uma "pulverização" das identidades sociais na pós-modernidade, ocasionada por uma diminuição do dialogismo entre

elas. Desta forma, o que podemos ver é que aquilo que vários autores buscam retratar em cada termo é justamente o oposto de estrutura fixa.

O trecho a seguir é relevante para uma melhor compreensão da relação assinalada por Giddens (2002) entre identidade e globalização, nesse contexto ao qual se refere como "deslocado":

As transformações na auto-identidade e a globalização, como quero propor, são os dois pólos da dialética do local e do global nas condições da alta modernidade. Em outras palavras, mudanças em aspectos íntimos da vida pessoal estão diretamente ligadas ao estabelecimento de conexões sociais de grande amplitude. Não quero negar a existência de muitos tipos de conexões intermediárias — por exemplo entre localidades e organizações estatais. Mas o nível do distanciamento tempo-espaço introduzido pela alta modernidade é tão amplo que, pela primeira vez na história humana, "eu" e "sociedade" estão inter-relacionados num meio global. (p.36)

Compreendendo as transformações identitárias como inevitáveis no contexto atual, em que o local e o global se entremeiam, Giddens (2002) fundamenta a auto-identidade moderna na autorreflexividade, que afirma ser inerente ao ser humano, mas que é bem mais valorizada no contexto em questão, quando o indivíduo, segundo o autor, deixa de ser passivo em relação às suas escolhas identitárias, pois tem acesso a opções em um nível global. Há uma autorreflexividade, não somente dos indivíduos sobre si mesmos e seu lugar na sociedade, mas também das instituições da sociedade, caminhando para o que Giddens (2002) define como "interpenetração do local e do global" (p. 193).

A reflexividade, na modernidade, consiste no entendimento de que as práticas sociais renovam-se com maior frequência. Giddens (1991) elucida que sempre foi comum a renovação de práticas humanas e da forma como veem o mundo, mas que na modernidade, isso tem ocorrido em grande escala e em vários aspectos da vida humana, ao mesmo tempo. Essas mudanças ocasionam sucessivos desencaixes, o que afeta a identidade dos indivíduos, pois pode fazê-los sentir-se constantemente não-pertencentes em relação a uma prática ou uma ideologia no mundo moderno. Tudo é flutuante e passageiro, suscitando constante reflexão e conseqüente transformação, havendo um notável dinamismo com efeitos de proporções globais. O trecho, a seguir, elucida esta concepção:

A reorganização de tempo e espaço, os mecanismos de desencaixe e a reflexividade da modernidade supõem propriedades universalizantes que explicam a natureza fulgurante e expansionista da vida social moderna em seus encontros com práticas tradicionalmente estabelecidas. A globalização da atividade social que a



modernidade ajudou a produzir é de certa maneira um processo de desenvolvimento de laços genuinamente mundiais — como aqueles envolvidos no sistema global de estados-nações ou na divisão internacional do trabalho. Entretanto, de modo geral, o conceito de globalização é melhor compreendido como expressando aspectos fundamentais do distanciamento entre tempo e espaço. A globalização diz respeito à interseção entre presença e ausência, ao entrelaçamento de eventos e relações sociais "à distância" com contextualidades locais (p.27).

Giddens (2002) esclarece, porém, que apesar dessa reorganização contínua, a modernidade posterior não implica uma ruptura total com o pensamento humano tradicional, mas sua transformação e nova adaptação a todo o tempo. Tanto Bauman (2001; 2005) quanto Castells (trad.1999) também defendem que não há essa ruptura, mas uma continuação da modernidade, por isso denominá-la posterior e não pós-modernidade.

Segundo Bauman (2005), "as pessoas em busca de identidade se veem invariavelmente diante da tarefa intimidadora de 'alcançar o impossível'" (p.16), pois qualquer escolha de identificação é, ao mesmo tempo, includente e excludente. O autor afirma que as comunidades tentam manter-se unidas por meio de ideias, na intenção de formar uma identidade, ou seja, criando o que o autor chama de sentimento de "pertencimento" (p.17), que também pode mudar e, efetivamente, muda de acordo com o tempo, as decisões e as vivências de cada pessoa, pois todos nós costumamos ser expostos a várias formas de identificação e ideias novas disponíveis, principalmente no mundo globalizado. Bauman (2005) afirma que as pessoas, geralmente, esperam que você se autodefinia pertencente a uma ou a outra ideologia, grupo ou discurso. Mesmo que nunca reflitamos especificamente sobre essa necessidade, ela desponta em determinadas situações de convívio social.

Para reforçar seu ponto de vista, Bauman (2005) cita a história de uma colega de trabalho que se via "sobrecarregada de identidades demais para uma só pessoa", pois via-se como mulher, húngara, judia, norte-americana e filósofa. O autor contesta o fato de existir uma identidade fixa e imutável das pessoas e reforça que a construção identitária depende do contexto em que se realiza cada atividade da pessoa e do contexto social. O trecho a seguir esclarece a necessidade e a dificuldade de se buscar essa autoidentidade singular:

a "identidade" só nos é revelada como algo a ser inventado, e não descoberto; como alvo de um esforço, "um objetivo"; como uma coisa que ainda se precisa construir a partir do zero ou escolher entre alternativas e então lutar por ela e protegê-la lutando ainda mais - mesmo que, para essa luta seja vitoriosa, a verdade sobre a condição precária e eternamente inconclusa da identidade deva ser, e tenda a ser, suprimida e laboriosamente oculta[...] a fragilidade e a condição eternamente provisória da

identidade não podem mais ser ocultadas. O segredo foi revelado. Mas esse é um fato novo, muito recente (BAUMAN, 2005, p.21)

Diante do trecho anterior, fica claro que Bauman (2005) defende a identidade como algo inconcluso, mutável e plural. O autor arremata com a frase: "No admirável mundo novo das oportunidades fugazes e das seguranças frágeis, as identidades ao estilo antigo, rígidas e indissociáveis, simplesmente não funcionam" (idem, p.33). O que podemos concluir é que as identidades no mundo da modernidade posterior não são caracterizadas pela solidez e, sim, pela fluidez.

Bauman (2005) sugere que, no convívio em sociedade, temos que ter identificações com determinadas coisas e que não temos exatamente escolha; por isso, temos razão de nos vermos tão confusos diante das identificações que fazemos ao longo da vida, ao construir nossa própria identidade, pois nos confrontamos com a tarefa da autoidentificação várias vezes na vida. Segundo o autor, uma identidade demasiado firme causaria igual desconforto, como se fossem limitadas as possibilidades de adesão em um mundo tão constantemente em transformação.

Esse desconforto também pode, segundo Bauman (2005), ser representado pela figura de uma batalha, pois "a identidade - sejamos claros sobre isso - é um "conceito altamente contestado [...] O campo de batalha é o lar natural da identidade (p.83)". Essa batalha, no contexto do PSF, será vista no capítulo 5, quando algumas hipóteses geradas quando do início da pesquisa, em relação a algumas marcas identitárias, serão refutadas; ou aspectos serão refutados pela observação de campo; ou seja, sempre uma batalha indicando a construção e transformação contínuas das identidades das pessoas.

Bauman (2005) cita os estudos de Stuart Hall como importantes para a compreensão do termo identidade em uma perspectiva cultural. Hall (2002) propõe que há um desencaixe em conceitos de classe, etnia, sexualidade, entre outros, e essa é a fragmentação do mundo moderno. Segundo ele, o sujeito pós-moderno forma-se a partir da compreensão dessa interação como um processo que o/a transforma constantemente; ele/ela, portanto, não tem mais uma identidade fixa, nuclear, tornando-se fragmentado. Vemos, portanto, uma relação bastante próxima entre as ideias dos autores aqui citados.

Hall (2006) sugere que, baseadas em uma visão clássica de identidade, muitas pessoas conservadoras costumam entender que as causas que defendemos ou os grupos os quais integramos constituem nossa identidade de maneira sólida. Dessa forma, só poderíamos

lutar por uma causa social na qual estaríamos diretamente envolvidos, mas essa visão é rebatida quando compreendida uma diferença que tem gerado discussão nos estudos sociológicos, entre identidade e identificação. Esse último termo deixa transparecer a fragmentação da identidade, pois ela se constrói com base em a partir de várias identificações, não havendo, necessariamente, o "encaixe" por completo dentro de uma identidade. A modernidade posterior, como visto até o momento, favorece o desencaixe.

Baseada nessa fragmentação e nessa identidade em transformação constante, considero, assim como outros pesquisadores em ADC, que os estudos discursivos têm a possibilidade de interferir e promover mudanças sócio-discursivas relacionadas com hegemonia e poder. O desencaixe pode causar desarticulações, mas também, uma nova e melhor configuração social que preze pelo bem-estar coletivo, como, por exemplo, promover uma reflexão sobre um tema que era considerado tabu e segregava vários indivíduos em determinada sociedade. Os discursos estão disponíveis na sociedade de maneira a serem adotados para a manutenção ou a modificação de relações de poder, como defendido por estudiosos das ciências humanas, sociais e também analistas críticos do discurso.

Assim como Hall (2006), Castells (trad.1999) também vê a identidade intimamente ligada ao fator cultural, definindo-a como:

o processo de construção de significado com base em um atributo cultural, ou ainda um conjunto de atributos inter-relacionados, o(s) qual (is) prevalece(m) sobre outras fontes de significado. Para um determinado ator indivíduo ou ainda um ator coletivo, pode haver identidades múltiplas. No entanto, essa pluralidade é fonte de tensão e contradição tanto na auto-representação quanto na ação social. (p.22)

O autor ainda assinala como necessária a distinção entre o termo identidade e o que os sociólogos denominam "papeis", ressaltando que o primeiro figura como mais complexo que o último, pois está em jogo uma individualização e autoconstrução, enquanto os papéis estão disponíveis com certas características pré-construídas, na sociedade: "pode-se dizer que identidades organizam significados, enquanto papéis organizam funções" (p.23). O autor ressalta que as identidades dos atores sociais podem ser influenciadas por instituições dominantes, mas isso somente ocorre quando há uma interiorização dessa construção identitária.

Baseado na ideia de que as identidades são construídas socialmente a partir de relações de poder, Castells (1999) denomina três formas dessa construção: identidade

legitimadora, identidade de resistência e identidade de projeto. A identidade legitimadora geralmente é construída por uma instituição dominadora, visando legitimar e manter seu poder; a de resistência vem dos atores sociais que se opõem a essa manutenção de dominação; a de projeto trata-se de quando um grupo social planeja destruir um grupo dominante, modificando o plano identitário anterior (um exemplo disso pode ser quando se faz menção ao feminismo como movimento contrário ao patriarcalismo). A formação de cada uma dessas formas de identidade é responsável pelo desenvolvimento de partes distintas da sociedade. O autor elucida como funcionam essas formas identitárias no trecho a seguir:

[...] obviamente, identidades que começam como resistência podem acabar resultando em projetos, ou mesmo tornarem-se dominantes nas instituições da sociedade, transformando-se assim em identidades legitimadoras para racionalizar sua dominação. De fato, a dinâmica de identidades ao longo desta sequência evidencia que, do ponto de vista da teoria social nenhuma identidade pode constituir uma essência, e nenhuma delas encerra, *per se*, valor progressista ou retrógrado se estiver fora de seu contexto histórico. (CASTELLS, 1999, p.24)

Preciso ressaltar que esta citação de Castells (1999) está relacionada à ideia de mudança social, defendida por Fairclough na ADC, que vislumbra uma posterior mudança social. Assim como Castells e os demais autores citados, Fairclough (trad.2001; 2010) destaca a importância de se focalizar discurso e seu poder transformador da realidade na modernidade posterior além da influência da globalização nesse contexto. Se há um desencaixe das relações sociais e suas novas formas de organização na modernidade posterior, então surgirão novas e diversas formas de agir, de representar e de identificar(-se), o que ocasiona uma configuração cada vez mais singular dos significados do discurso; além de fundamentar a necessidade de se compreender tais identidades por meio de trabalhos de cunho etnográfico, que aliem a análise textual à análise social de um mesmo objeto, para sua compreensão profunda (MAGALHÃES, 2006).

O artigo de Magalhães (2010) tem por objetivo discutir o conceito de identidade conforme a abordagem de três cientistas sociais latinoamericanos (Ortiz, 1985; Souza, 1994; e Larraín, 2001 ) a fim de compreender o conceito de discurso, tratado na área da Linguística, e o conceito de identidade, das Ciências Sociais. Esse é um trabalho teórico-analítico essencial para compreender essa peculiaridade que marca a interdisciplinaridade da Análise de Discurso Crítica e como tais conceitos se articulam na análise proposta por sua teoria e método, de

maneira que não sejam tratados apenas temas sociais nem apenas linguísticos, desvinculados de seu contexto social.

Os textos são vinculados a vários contextos sociais em cada momento da vida dos atores sociais: econômico, familiar, político, cultural, entre outros; e vários discursos estão envolvidos nessas práticas sociais; enquanto a prática discursiva é como se manifestam tais textos, sendo, portanto, construída socialmente. A ADC estabelece, de maneira sistematizada, a relação entre discurso e prática social, como veremos no capítulo 4.

Mediante o aporte teórico da ADC e da realização efetiva da pesquisa de campo, pude perceber que a escolha dos atores sociais pelos discursos disponíveis nas práticas sociais é feita de maneira que é possível relacionar tais escolhas com o lugar social que ocupam em determinada prática social. Dessa forma, considerei o conceito de "lugar social", de Certeau (2008), para a compreensão das identidades no contexto do PSF, atrelando-o ao que propõem os pressupostos teóricos da ADC. No presente trabalho, há dois lugares sociais específicos: profissionais de saúde e usuários. Porém, como o/a leitor/a poderá constatar no capítulo 5, que é analítico, as falas dos atores sociais indicaram peculiaridades identitárias do lugar social de cada profissional de saúde, relacionadas com sua formação; e, no caso dos usuários, também de acordo com suas outras identidades e identificações de outras práticas sociais, que interferem na prática do PSF (domiciliar, profissional, etc).

Certeau (2008) toma a produção historiográfica como fio condutor de sua reflexão, relacionando-a com lugar social, práticas científicas e escrita. Embora o autor dedique seu livro a compreender temas sociais a partir da visão de uma abordagem específica (historiográfica), é possível concluir que se refere a uma forma que conecta o texto, o discurso e a prática social e, portanto, pode ser considerada mediante outros tipos de pesquisa que trabalhem a partir desses fatores. O autor argumenta em torno do lugar social da produção/divulgação do conhecimento, face às relações de saber-poder que os sujeitos constituem nas relações com os contextos sociais, os grupos sociais e as instituições que guardam relação com um determinado campo de conhecimento.

Certeau (2008) defende que cada ator social produz um conhecimento em diálogo com o não-dito, isto é, as relações implícitas entre uma pessoa, seus pares e a instituição à qual pertencem. Portanto, o autor reflete que o estatuto científico não depende apenas de seus critérios, mas das relações do ator social com os lugares sociais em que está inscrito, e da aceitação que aquele conhecimento terá, sobretudo por seus pares. Tendo em consideração os

limites teóricos, o que cabe à presente pesquisa é a consideração do termo "lugar social" como fator que intervém diretamente na relação e no diálogo entre os atores sociais do PSF (dentro do grupo de profissionais e de usuários, ou entre os dois grupos), ligados à produção de textos e sua conseqüente influência na prática social.

Charaudeau (2009) dá um exemplo que pode ser relacionado com o termo lugar social, de Certeau (2008), embora não cite esse autor. Charaudeau comenta sobre um pai de família que repreende o filho, que brinca com os pratos da casa: "Ué !? eu não sabia que os pratos da vovó eram brinquedo!" (p.4). A ironia faz com que o menino devolva os pratos ao armário. O autor esclarece que o pai tem uma identidade social por filiação biológica (paternidade) reconhecida pela família e por lei, com seus direitos e deveres, mas cada pai pode assumir identidades diferentes de acordo com suas atitudes (autoritário, protetor, compreensivo, castrador, indiferente, etc (p.4)), e as identidades são construídas discursivamente.

Segundo Charaudeau (2009), a significação que os grupos sociais atribuem aos atores sociais possui dois componentes: identidade social e identidade discursiva. A identidade social tem a necessidade de ser reconhecida pelo outro, para reconhecimento de sua legitimidade e do seu poder de tomar a palavra (é o que acontece, portanto, dentro do PSF). Ou seja, "'atribuído-reconhecido", um "pré-construído": em nome de um *saber* reconhecido institucionalmente" (p.9), como é o caso dos profissionais de saúde. No entanto, o autor reforça que "esta identidade social pode ser reconstruída, mascarada ou deslocada.", como ficará claro no capítulo 5 deste trabalho. A identidade discursiva está relacionada à forma como o indivíduo toma a palavra e está relacionada com a credibilidade; enquanto a captação relaciona-se a uma atitude discursiva, que pode ser de neutralidade, distanciamento, engajamento, ou ainda, de polêmica, sedução ou dramatização. Esse ponto denota a importância que vejo, na escolha de Fairclough, da avaliação e da modalidade como categorias para o entendimento das identidades sócio-discursivas. Charaudeau (2009) diz que "ao contrário da identidade social, a identidade discursiva é sempre algo "em construção" (p.11); portanto, em cada situação de comunicação, entram em jogo os dois tipos de identidade.

No contexto social com o qual trabalho nesta pesquisa, posso exemplificar essas distinções entre identidades social e discursiva com a figura do médico, que age e é reconhecido socialmente no contexto das UBS investigadas como o profissional essencial ou

mais importante para a realização do trabalho, embora o regimento do PSF preconize um trabalho interdisciplinar, sem privilegiar nenhum desses profissionais. Na leitura dos dados, busco esclarecer que identidades discursivas esse médico assume em cada contexto da UBS ou até mesmo quando está em contextos distintos dentro do próprio PSF (consulta na UBS ou em domicílio). Quanto aos usuários, a análise é um trabalho ainda mais complexo, pois eles estão ali como usuários do SUS e também como pessoas que não podem usufruir de um plano de saúde particular, o que lhes confere uma característica de grupo igualitário, mas que possui suas idiossincrasias: pois cada um/a mostra, no discurso, suas identificações de forma singular.

Também considero relevante, para a análise, o que Fairclough (2001) defende no trecho a seguir:

O *ethos* é, então, manifestado pelo corpo inteiro, não só pela voz. Bourdieu (1984: Capítulo 3) sugere que a linguagem seja considerada como uma "dimensão da *hexis* corporal na qual a relação global da pessoa com o mundo social é expressa". Por exemplo, o "estilo articulatório das classes populares" é "inseparável de uma relação geral da pessoa com o próprio corpo, dominada pela rejeição de 'maneirismos' ou 'fricotes' e a valorização da virilidade". Não é apenas o modo como os médicos falam que sinaliza o *ethos*; e o efeito cumulativo de sua disposição corporal total - o modo como se sentam, sua expressão facial, seus movimentos, seus modos de responder fisicamente ao que é dito, seu comportamento proxêmico (se chegam perto dos pacientes ou mesmo os tocam ou mantêm distância) (p.208).

Para o que destaca Fairclough, a observação de campo mostra-se essencial, pois revela aspectos pertinentes que serão discutidos no capítulo 5. Espero, portanto, ter elucidado como dar-se-á a análise dos dados discursivos e sociais, objetos deste estudo.

Diante do debate sobre identidade, vejo-a como algo construído discursivamente, mediante as experiências pessoais de cada ator social e seu lugar social em cada contexto, podendo ser representada de várias formas se algum desses fatores for modificado. É o que busco tornar claro no capítulo 5.

### **3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA**

Como mencionado na Introdução, minha pesquisa integra o projeto “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”. Acredito ser importante a participação em um projeto de pesquisa consolidado; e uma vez que os dados estejam sendo coletados de forma coletiva, os diversos olhares podem contribuir com a qualidade desta investigação.

Tomo por base a afirmativa de Dawson (1982) a respeito da importância de que trabalhos etnográficos sejam realizados por um grupo de pesquisadores para conferir maior validade à pesquisa, além de outros fatores como a utilização de mais de um método ou instrumental metodológico de coleta de dados. O pesquisador ou a pesquisadora, segundo a autora, deve tomar cuidado com as primeiras impressões que surgem com sua inserção no campo de pesquisa, que podem levar a interpretações errôneas, ocasionadas por qualquer tipo de estranheza ou constrangimento iniciais. Tal aspecto foi considerado em minha pesquisa, que é caracterizada como qualitativa Interpretativista.

Integrei a equipe de campo, que era composta por quatro mulheres. Em cada local, uma era responsável pelas entrevistas aos atores sociais, enquanto as demais observavam. Como escolhi os contextos de Pacatuba e Fortaleza como objeto de minha dissertação, fui a responsável por fazer as entrevistas nessas localidades, muitas vezes acompanhada por mais de uma delas, o que foi uma importante experiência de troca de opiniões sobre as observações de campo.

#### **3.1 Abordagem**

Emprego o método de abordagem indutivo, que, segundo Marconi e Lakatos (2009), parte de análise de dados particulares à teoria. Quanto à análise dos dados gerados, trata-se de uma abordagem associada à Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO), que foi desenvolvida como um instrumental analítico nos termos da Análise de Discurso Crítica (MAGALHÃES, 2000, 2004, 2006; FAIRCLOUGH, 2003). Todos os instrumentais metodológicos e analíticos são propostos para a melhor compreensão dos padrões de funcionamento do Significado Identificacional do Discurso, que tem como categorias analíticas a Avaliação, mediante gradação de comprometimento dos atores sociais de minha



pesquisa em suas falas; e a Modalidade, que pode estar presente, ou não, nas manifestações avaliativas.

Proponho uma análise de discurso como dimensão das práticas sociais (FAIRCLOUGH, 2001; 2003), mas também considero os aspectos não discursivos manifestados nas práticas sociais relacionadas com o tema pesquisado. Ao refletir a respeito da metodologia de meu trabalho, considero a assertiva de Flick (2004), que discute os aspectos essenciais de uma pesquisa qualitativa, que deve ser constituída pela adequação entre a teoria e o método escolhidos para tratar de um objeto de pesquisa específico, segundo suas possibilidades de abordagens e os objetivos do pesquisador ou pesquisadora.

Dessa maneira, a consonância entre os procedimentos metodológicos e o referencial teórico desta dissertação explica-se por esta estar circunscrita à ADC, área de estudos configurada como "teoria e método para descrever, interpretar e explicar a linguagem no contexto sócio-histórico" (MAGALHÃES, 2005, p.3), o que facilita tal operacionalização na análise de dados. Baseei-me pelo quadro analítico apresentado por Resende e Ramalho (2011, p.116), adaptado de Fairclough (2003, p.191-194), sobre as categorias de análise do Significado Identificacional do Discurso, avaliação e modalidade, calcadas nas seguintes questões:

<b>CATEGORIAS ANALÍTICAS PARA O SIGNIFICADO IDENTIFICACIONAL</b>
<p><b>MODALIDADE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Como os autores se comprometem em termos de verdade (modalidades epistêmicas) e em termos de obrigação e necessidade (modalidades deonticas)?</li> <li>• Em que extensão as modalidades são categóricas (afirmação, negação)? Em que extensão são modalizadas (com marcadores explícitos de modalidade)?</li> <li>• Que níveis de comprometimento se observam (alto, médio, baixo) quando há marcadores explícitos de modalidade?</li> <li>• Quais são os marcadores de modalização (verbos modais, advérbios modais etc.)?</li> </ul> <p><b>AValiação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com que valores (em termos do que é desejável ou indesejável) o/a autor/a se compromete?</li> <li>• Como valores são realizados - como afirmações avaliativas, afirmações com modalidades deonticas, afirmações com processos mentais afetivos, valores presumidos?</li> </ul>

Quadro 1 — Categorias analíticas para o significado identificacional: Resende e Ramalho (2011, p.116), adaptado de Fairclough (2003, p.191-194)

Com base no quadro anterior e da observação de campo, procederei a análise para a constituição das identidades dos atores sociais em questão.

### **3.2 Procedimento**

Para a geração dos dados, realizei pesquisa de campo de tipo etnográfico-discursiva (GEERTZ, 1989, 2001; MAGALHÃES, 2000; HEATH & STREET, 2008; ANGROSINO, 2009; FLICK, 2009), com enfoque qualitativo, em um posto de saúde no município de Pacatuba-CE e um no município de Fortaleza-CE, durante os anos de 2014 e 2015.

A escolha foi baseada no projeto integrado, organizado por minha orientadora de Mestrado, como explicado no início deste trabalho, que utilizou como critério para a geração de dados a escolha de seis municípios do Estado Ceará. Três deles constituem os maiores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado e outros três que constituem os menores IDH. Os municípios propostos foram Sobral e Croatá, na macrorregião de Sobral; Crato e Salitre, na macrorregião de Cariri; e Fortaleza e Pacatuba na macrorregião de Fortaleza. Porém, esta dissertação analisará apenas dados gerados nos municípios de Fortaleza e Pacatuba, o primeiro como representante de maior IDH e o segundo de menor IDH da macrorregião de Fortaleza, locais em que efetivamente pude participar presencialmente na condição de pesquisadora e realizar o procedimento de observação. Como dito no início do trabalho, o projeto-macro começou em 2013, com as entrevistas em outras localidades e, quando entrei no projeto (em 2014), realizei as entrevistas em Fortaleza e Pacatuba.

A escolha dos municípios a partir de seus IDH foi realizada no intuito de comparar os contextos socioeconômicos distintos que são atendidos pelo PSF e gerar discussões a respeito de sua influência na prática assistencial médica, principalmente no diálogo entre os atores sociais.

A pesquisa foi realizada *in loco*. Porém, não a caracterizei como observação participante, pois, para tanto, seria requerida uma imersão profunda no campo de pesquisa por tempo consideravelmente maior, no qual o/a investigador/a fosse reconhecido/a como "integrado/a" à realidade investigada. Em minha observação, no entanto, relacionei-me com os atores sociais apenas na função de pesquisadora, intelectual que conhece e age com ética

na escolha da metodologia e análise de um tema de estudo (ANGROSINO; FLICK, 2009). A observação participante não é um método de pesquisa, mas "um contexto comportamental a partir do qual um etnógrafo usa técnicas específicas para coletar dado" (ANGROSINO; FLICK, 2009, p.34), o qual decidi não adotar, pela inexecuibilidade para uma investigação em tempo reduzido.

Sendo um trabalho etnográfico, o/a etnógrafo/a é também um instrumento de coleta/geração de dados, principalmente no que tange à observação das práticas sociais do contexto estudado. Minha interpretação destas práticas e das falas de usuários e profissionais de saúde do PSF estará calcada no princípio de que "o linguístico é social" (Kress, 1989) e, portanto, para compreender as identidades, é preciso compreender que aspectos linguísticos e sociais estão imbricados. Seguindo bases teórico-metodológicas fundamentadas, almejo um trabalho que possua as características que Heath e Street (2008) apontam para um bom trabalho etnográfico: confiabilidade, validade e replicabilidade (p.28). Desta forma, um/a etnógrafo/a deve garantir que o processo de constituição de seu trabalho tenha a confiabilidade e a validade advindas de uma postura ética e responsável ao lidar com os dados gerados e os indivíduos que proporcionam essas informações; além de descrever tal processo de maneira clara, de tal modo que este seja tão transparente que possa ser reaplicado por outros pesquisadores, que tenham interesse de confirmar ou refutar tais resultados.

### **3.3 O contexto social e os atores sociais**

O Programa de Saúde da Família, implementado desde 1994 no Brasil, é uma estratégia de reorientação do modelo assistencial vigente que visa à prevenção e promoção da saúde, abrangendo todo o país. Segundo a Controladoria-Geral da União<sup>13</sup>, "Tendo por base os dados de fevereiro/2007, a população abrangida pelo Programa de Saúde da Família é a seguinte: Equipes de Saúde da Família: 86.665.888 (46,69% da população nacional); Equipes de Saúde Bucal: 74.860.468 (40,33% da população nacional)."

Das unidades básicas de saúde assistidas pelo PSF no Estado do Ceará, elegi duas mediante critério preconizado pelo projeto gerador desta investigação de Mestrado: uma em município de menor IDH (Pacatuba) do Estado do Ceará e outra de maior IDH (Fortaleza),

---

<sup>13</sup> Disponível em:

<http://www.cgu.gov.br/PrevencaoDaCorrupcao/ControleSocial/OlhoVivo/Recursos/questionarios/psf.pdf>

mediante os critérios anteriormente apresentados e a permissão do Comitê de Ética em Pesquisa.

Cada unidade básica de Saúde deve estar composta de um médico clínico-geral, 1 enfermeiro, 1 técnica de enfermagem, de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde e um odontólogo. A amostragem para este trabalho é do tipo estratificada, pois defini como participantes de pesquisa cinco usuários/as (sendo o fato de serem maiores de 18 anos, interessarem-se em participar da pesquisa e serem atendidos naquela unidade básica de saúde, assistida pelo PSF, únicas condições de participação, independentemente de quaisquer outros fatores, como sexo ou escolaridade) e cinco profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos e agentes de saúde) de cada unidade de saúde investigada. Desta maneira, garanti que os grupos analisados (usuários e profissionais) tivessem um número representativo, pois esta pesquisa configura-se como qualitativa e não quantitativa, o que possibilita melhor apreensão dos fenômenos pretendidos nesta análise (FLICK, 2009, p. 46).

Os participantes desta pesquisa não serão considerados apenas como simples informantes e, sim, como 'atores sociais', nos termos de Fairclough (2003) e van Leeuwen (1997; 2008), que são integrantes de eventos e práticas sociais que são focalizados em minha investigação. Portanto, ao escolher pseudônimos, garanti que não haja malefícios de qualquer ordem aos participantes de pesquisa e que minha análise possa ser realizada de maneira ética. Sendo assim, segue o quadro de pseudônimos escolhidos para cada ator social em cada UBS:

<b>PSEUDÔNIMOS</b>	
<b>PACATUBA</b>	
<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	<b>Pseudônimo</b>
Médico	Jaime
Enfermeira	Lola
Dentista	Luciana
Técnica de enfermagem 1	Dandara
Técnica de enfermagem 2	Melissa
<b>USUÁRIOS</b>	<b>Pseudônimo</b>
Usuário 1	Rodrigo
Usuária 2	Dolores
Usuária 3	Ananda
Usuária 4	Zenith
Usuária 5	Cibele
<b>FORTALEZA</b>	
<b>PROFISSIONAIS DE</b>	<b>Pseudônimo</b>

<b>SAÚDE<sup>14</sup></b>	
Médico	Ricardo
Médica	Bruna
Enfermeira	Lúcia
Dentista	Paola
Agente de Saúde	Pedro
<b>USUÁRIOS<sup>15</sup></b>	
<b>Pseudônimo<sup>16</sup></b>	
Usuária 1	Sara
Usuária 2	Fernanda
Usuária 3	Marcela
Usuária 4	Andressa
Usuária 5	Polyana

Quadro 2 — Pseudônimos dos atores sociais

### 3.4 Técnicas

Foi utilizada a técnica de observação direta intensiva, com entrevistas, grupos focais e observações das práticas assistenciais, que foram materializadas em relatos de experiências, no intuito de realizar triangulação de dados (DENZIN, 1989; MINAYO, 2005; ALLPORT, 1993). A triangulação não é apenas uma combinação de dados, mas consiste na coleta/geração de informações a partir de métodos que são articulados de maneira coerente para proporcionar uma visão ampla do objeto de estudo em questão. Segundo Allport (1993, p.189), "a consistência interna ou confrontação interna conseguida através de múltiplas abordagens, é quase o único teste que temos para a validade das pesquisas", o que reforça o fato de que múltiplas técnicas, quando sistematizadas de maneira eficaz, como proponho nesta pesquisa, tornam os resultados mais claros e consistentes.

Denzin (1989, p.297) afirma que a triangulação é uma “combinação de metodologias no estudo dos mesmos fenômenos” evitando ‘vieses personalistas’ de metodologias únicas. Segundo o autor, a triangulação, ao contrário do que defendiam alguns autores anteriores à década de 1970, não proporciona respostas diretas sobre um objeto de estudo; mas forma um

<sup>14</sup> No grupo focal de profissionais de Fortaleza, participaram também pessoas que não tiveram suas entrevistas semi estruturadas analisadas neste trabalho. Para esses, foram criados outros pseudônimos, que contam na transcrição, no Apêndice.

<sup>15</sup> No grupo focal de usuários de Fortaleza, participaram também pessoas que não tiveram suas entrevistas semi estruturadas analisadas neste trabalho. Para esses, foram criados outros pseudônimos, que contam na transcrição, no Apêndice.

<sup>16</sup> Os usuários de Fortaleza, aqui analisados, não constam na pesquisa âncora, pois foram feitas outras entrevistas após a primeira fase do projeto (de 2013 a 2014), por problemas técnicos. As entrevistas que constam neste trabalho foram realizadas diretamente para esta dissertação (2015).

caleidoscópio de informações sobre o mesmo. Em outras palavras, a triangulação resultará em uma compreensão tão ampla do objeto, de maneira que pode trazer ao conhecimento do/a pesquisador/a questões não consideradas inicialmente, como será possível comprovar no capítulo de análise.

Após as entrevistas com cada um dos participantes, estas foram transcritas mediante as seguintes convenções adotadas:

CONVENÇÃO	SIGNIFICADO
P(a)	Pesquisadora
Participante	Sigla de acordo com ator social
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[ ]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hífen	Repetição
Número	Fala

Quadro 3 — Convenções de transcrição 1. Fonte: Magalhães (2000, p.15); Sarangi (2010, p.86)

O quadro de convenções a seguir foi idealizado por mim para identificar cada profissional ou usuário em cada fala durante as entrevistas:

CONVENÇÕES PARA SIGLAS							
<b>ATORES SOCIAIS</b>	Médico	Enfermeira	Dentista	Técnico de enfermagem	Agente Comunitário de Saúde	Usuário	Obs.: (a)/(o) indicarão o gênero dos atores sociais
<b>Convenção</b>	<b>Med</b>	<b>Enf</b>	<b>Dent</b>	<b>AEnf</b>	<b>ACS</b>	<b>Usu</b>	

Quadro 4 — Convenções de transcrição 2

Após a transcrição das entrevistas, estas foram avaliadas por mim e por minha orientadora de Mestrado no intuito de realizar uma avaliação de qualidade, que nos fez chegar

à conclusão de quais entrevistas deveriam realmente ser analisadas para a pesquisa. Os critérios utilizados para atestar a qualidade da entrevista foram se eu, como pesquisadora, havia feito algum tipo de intervenção durante a gravação em áudio que pudesse "enviesar" ou "induzir" o entrevistado a dizer algo, ou se havia alguma pergunta que não era bem interpretada pelos entrevistados, além de fatores técnicos como a qualidade do som ou a desistência dos participantes (que é um direito que lhes é reservado no TCLE<sup>17</sup>).

Após a aprovação das entrevistas individuais, foram formuladas três perguntas norteadoras para o método de grupo focal (GATTI, 2012), para o qual os anteriormente entrevistados foram convidados a participar e da qual eu, como pesquisadora, fui moderadora. Em alguns casos, usuários/as que não haviam participado das entrevistas semiestruturadas individuais ou as fizeram, mas não foram selecionadas para análise, manifestaram interesse em participar do grupo focal. O objetivo deste método é proporcionar uma dinâmica interacional em que haja geração de discussão e respostas e tópicos relevantes ou inéditos sobre o tema; além de assinalar conhecimentos compartilhados, ou não, pelo grupo de atores sociais.

Segundo Gatti (2012), o grupo focal proporciona conhecimento de dados que são partilhados por grupos de pessoas que possuem traços em comum e que trazem contribuições relevantes sobre o tema em investigação. A pesquisa com grupos focais "permite também a compreensão de ideias partilhadas por pessoas no dia a dia e dos modos pelos quais os indivíduos são influenciados pelos outros" (p.11), o que trouxe informações valiosas que não estavam nas entrevistas semiestruturadas.

A observação da prática será um outro fator de relevância na geração de dados e em sua interpretação. Como Heath (1988) afirma, o etnógrafo deve descartar suas primeiras impressões ao começar o trabalho de campo, pois as hipóteses devem ser construídas com sua inserção no grupo de atores sociais e das experiências e discursos ali obtidos. Desta forma, apresento e discuto as primeiras reflexões no tópico de relatos de observação do Capítulo 4; porém, a análise final é resultado da triangulação proposta nesta pesquisa, visando a legitimidade ou validação das informações. Como anteriormente explicitado, o discurso é apenas um momentos da prática investigada e os dados de observação de campo constituirão outros momentos necessários para a sua compreensão, pois estão dialeticamente relacionados.

---

<sup>17</sup> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estive também comprometida com princípios éticos na realização da pesquisa, baseada no conceito de validade e ética, discutidos por Dawson (1982), Magalhães & Gieve (1994), Magalhães (2006) e Cameron *et ali* (1992). Foram esclarecidos os objetivos e procedimentos de pesquisa a todos os participantes da pesquisa, que não deveriam participar se não fosse de seu interesse. Foi enfatizado que eles não seriam identificados na pesquisa e que as declarações concedidas nas gravações em áudio seriam utilizadas apenas para fins científicos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)<sup>18</sup>, no qual há um resumo dos objetivos do projeto de pesquisa, que foi anteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, garantindo aos participantes total respeito às Resoluções do CONEP<sup>19</sup> no Brasil.

No próximo capítulo, apresento o desenho da pesquisa, desde a identificação do problema na prática social do PSF, até a compreensão da relação entre linguagem e sociedade, proposta para a análise.

---

<sup>18</sup> Consta nos anexos desta pesquisa.

<sup>19</sup> CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)



## 4 CONTEXTO SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO: O PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOB UM ENFOQUE SOCIO-DISCURSIVO

### 4.1 O Programa de Saúde da Família como estratégia do contexto de saúde

Um dos maiores desafios do/a pesquisador/a é definir os objetivos de sua pesquisa e como eles estarão coerentemente articulados com a teoria e o/s método/s utilizado/s para compô-la como tal. Já discuti anteriormente sobre a importância de se reconhecer que o objeto de pesquisa é construído a partir do ponto de vista do/a pesquisador/a, em diálogo com os conceitos teóricos adotados.

Chouliaraki e Fairclough (1999) propõem, de maneira esquematizada, o processo de formação de uma pesquisa em ADC e como a perspectiva crítica do/a linguista aponta para problemas sociais mediados pela linguagem e ele pode atuar no contexto de pesquisa. O quadro que segue é adaptado do que é proposto pelos autores:

<b>PLANEJAMENTO DE UMA PESQUISA EM ADC</b>
1. Percepção de um problema social com aspectos semióticos
2. Identificação de obstáculos para que o problema seja superado
a) Análise da conjuntura b) Análise da prática em particular c) Análise do discurso
3. Investigação da função do problema na prática
4. Investigação dos possíveis modos de ultrapassar os obstáculos
5. Reflexão sobre a análise

Quadro 5 — Planejamento de uma pesquisa em ADC, adaptado de Chouliaraki & Fairclough (1999, p.60)

O convite de minha orientadora para compor uma equipe de pesquisadoras, dito assim por serem todas mulheres, que fariam uma pesquisa de natureza etnográfica em um contexto de saúde, foi o primeiro passo. Passo esse, difícil de se dar ao considerar a responsabilidade requerida a uma linguista ao investigar a linguagem empregada em uma área distinta: a da saúde. Porém, um(a) pesquisador(a) possui uma espécie de 'espírito de curiosidade e aventura' na busca por um conhecimento que só pode ser alcançado mediante sua imersão no campo de pesquisa (HEATH e STREET, 2008, p.30). Se há eventos e práticas

sociais mediadas pela linguagem, ali está o trabalho de um(a) linguista(a), pois para outras áreas, ela é instrumental, mas para a Linguística, ela é objeto principal de análise.

Como pesquisadora, sempre ansiei realizar uma pesquisa que não fosse apenas 'de gabinete'<sup>20</sup> e, sim, que me proporcionasse estar situada no próprio contexto de realização linguística, ver a língua(gem) em efetivo uso como uma perspectiva social e, não somente, como interação descontextualizada. Com essa inserção, lembrei-me de minha própria experiência como usuária do Sistema Único de Saúde, dos obstáculos e dos benefícios e, principalmente, de como o diálogo era peça-chave para a assistência médica, mas que muitas vezes não era satisfatório. Mediante leituras sobre o método etnográfico, aprendi que o/a etnógrafo/a não pode tirar conclusões antes de chegar a campo, pois é a partir desse contato que surgem questões relevantes a serem tratadas. Está claro que determinados pressupostos levam-no/na a definir seu objeto de pesquisa; porém, em uma pesquisa interpretativista (como é este caso), o/a pesquisador/a deve estar disposto/a a refletir sobre as descobertas proporcionadas pelo trabalho de campo e, não, fazer de suas premissas algo que deve ser confirmado a qualquer custo. Ou seja, não sobrepor suas premissas à realidade que procura interpretar.

A pesquisa âncora apresentava seu problema central, mas minha pesquisa foi constituída a partir de meu contato direto com os atores sociais e o contexto social ao qual pertencem, não apenas de dados anteriormente gerados por outrem. Determinadas questões surgiram com a observação de campo, outras só se tornaram possíveis com o conhecimento das falas dos atores sociais e a comparação entre seus relatos. Essa experiência de campo é responsável pela identificação do primeiro item para esta pesquisa: o problema.

A definição do problema no contexto do Programa de Saúde da Família apresenta-se na intrínseca relação entre questões sociais assinaladas e mediadas no plano linguístico-discursivo. As perguntas das entrevistas semiestruturadas suscitaram manifestações

---

<sup>20</sup> Termo cunhado em crítica à tradição de trabalhos em Antropologia, anteriores ao antropólogo alemão Franz Boas, feitos a partir de generalizações sobre uma cultura específica, com base em pesquisas realizadas em outras culturas. Esses pesquisadores, conhecidos como evolucionistas, acreditavam que existia uma cultura humana única, que evoluiria com o tempo e, por isso, acreditavam que era possível compreendê-la por meio de pesquisas em contextos sociais diferentes. Nesta visão, não haveria aspectos distintivos de uma cultura para outra, ou de um contexto social para outro. A base teórico-metodológica de minha dissertação é justamente contrária a esse tipo de trabalho, pois defendo a importância de um estudo compreensivo de um contexto social a partir de suas especificidades, que constituem sua prática social: atores sociais, discursos, atividade material e mental específicos da prática do PSF, em duas unidades de saúde do Estado do Ceará. As conclusões a que cheguei com esta análise não servem de generalização nacional sobre esta prática social, e sim, para uma reflexão a respeito dos obstáculos enfrentados nesse contexto e como isso pode servir para posteriores pesquisas neste âmbito.

avaliativas de profissionais de saúde e usuários, por meio das quais aspectos identitários puderam ser apreendidos parcialmente e também puderam ser comparados com dados resultantes da observação etnográfica.

Meu objetivo central constituiu-se de modo a buscar compreender os padrões de funcionamento do significado identificacional do discurso na fala de profissionais de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família (PSF) e também com base em observação de campo; a fim de capturar aspectos identitários explícitos por aspectos linguísticos (modalidades epistêmica e deôntica; ausência de modalizações) e implícitos (avaliação). Tendo isso em mente, propus problemas de pesquisa que objetivam compreender a relação entre o diálogo entre atores sociais do PSF e sua prática assistencial; como esses atores comprometem-se discursivamente e que estratégias discursivas são utilizadas na construção dessas falas; além de outras questões de cunho social, como o lugar social que ocupam (profissionais ou usuários), que contribuem para construir suas identidades.

Notícias veiculadas nas imprensas televisiva e impressa apontam para questões socioeconômicas relacionadas a problemas na prática assistencial do sistema de saúde público, o que me chamou atenção pela semelhança a notícias que levaram Magalhães (2000) a promover as primeiras reflexões acerca da adoção da visão discursiva para tratar de questões sociais relacionadas à saúde. A própria autora destacou o descaso histórico com a assistência de saúde brasileira, desde antes de sua formação como nação. O primeiro texto é apresentado por Magalhães (2000) sobre o sistema público de saúde no Brasil, datado de janeiro de 1993<sup>21</sup> e, em comparação, apresento uma reportagem de abril de 2015:

**Revista *Veja*<sup>22</sup>:**

**A INSUPORTÁVEL LEVEZA DA MORTE**

Com os corredores transformados em enfermarias, os médicos não aguentam mais decidir quem deve sobreviver

**Site *O globo*<sup>23</sup>:**

**'Corredômetro' contabiliza pacientes em corredores de hospitais do Ceará**

Mais de 200 pacientes são atendidos nos corredores de cinco hospitais de Fortaleza, de acordo com a Campanha "Corredômetro", criada pelo Sindicato dos Médicos do Estado do Ceará (Simec) e pela Associação Médica Cearense (AMC). A iniciativa foi a forma encontrada pelos profissionais da saúde de protestar e divulgar, diariamente, o número de pessoas nesta situação.

<sup>21</sup> A reportagem de 1993 foi realizada no Hospital das Clínicas, de São Paulo.

<sup>22</sup> *Veja*, 26(36), 18 de agosto de 1993, p.42. Reportagem de Elio Gaspari.

<sup>23</sup> Disponível em: <http://g1.globo.com/ceara/noticia/2015/04/corredometro-contabiliza-pacientes-em-corredores-de-hospitais-do-ceara.html>. Acesso em julho de 2015.

Nem o espaço geográfico nem o tempo apresentaram distinções no quadro de abandono vivenciado cotidianamente pelos profissionais de saúde e sofrido por usuários do SUS. A campanha do 'corredômetro' foi noticiada em proporções nacionais e foi destaque por tempo considerável nas colunas dos periódicos de maior circulação no estado do Ceará, como *Diário do Nordeste*, *Tribuna do Ceará* e *O povo*, que acompanharam o andamento da questão. Segundo o *Tribuna do Ceará*, em maio, o número de pessoas nos corredores já era de 429. Na matéria de 1993, o professor titular de cirurgia do trauma da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e do Hospital das Clínicas de São Paulo, Dario Birolini, relata a situação dos pacientes nos corredores dos hospitais: "há algum tempo tratava-se de esperar a hora em que eles seriam operados. Agora estamos esperando que morram. A fila é de quem sobra. Entendeu? Antes esperava-se a vaga. Agora, espera-se a morte". A campanha de 2015 denota que a condição é bem semelhante à realidade da década de 1990.

A campanha do corredômetro busca a adesão da comunidade e da mídia para chegar aos órgãos responsáveis que, muitas vezes, não ouvem a voz daqueles que apenas reclamam sua dignidade no momento de enfermidade. Fairclough (1989, 2001) e Chouliaraki e Fairclough (1999) assinalam o papel da mídia na modernidade posterior e sua influência na sociedade, o que pode ser confirmado pela ação do então prefeito de Fortaleza, Roberto Cláudio Bezerra, que fez visitas aos hospitais de Fortaleza logo após noticiada a campanha do corredômetro e estabeleceu um plano de ação, que até o momento da finalização deste trabalho não foi noticiado se obteve sucesso.

Não somente a imprensa tem tratado da condição da saúde pública brasileira. O cantor Gabriel O Pensador também abordou o tema em sua música *Sem saúde*, trazendo à tona uma representação das falas dos pacientes quando precisam de atendimento. Destaco um trecho, a seguir:

**Sem Saúde** (Gabriel, O Pensador)

[...] E eu tô com dô, dotô, num sei no que vai dá!

Emergência! Eu tô passando mal

Vô morrer aqui na porta do hospital

Era mais fácil eu ter ido

direto pro Instituto Médico Legal

Porque isso aqui tá deprimente, doutor

Essa fila tá um caso sério  
 Já tem doente desistindo de ser atendido  
 e pedindo carona pro cemitério  
 E aí, doutor? Vê se dá um jeito!  
 Se é pra nós morrê nós qué morrê direito  
 Me arranja aí um leito que eu num peço mais nada  
 Mas eu num sou cachorro pra morrer na calçada  
 Eu tô cansado de bancar o otário  
 Eu exijo pelo menos um veterinário

refrão:

Me cansei de lero lero  
 Dá licença mas eu vou sair do sério  
 Quero mais saúde  
 Me cansei de escutar...

[...]Tá muito sinistro! Alô, prefeito, governador, presidente, ministro, traficante, Jesus Cristo, sei lá...

Alguma autoridade tem que se manifestar!  
 Assim num dá! Onde é que eu vou parar?  
 Numa clínica pra idosos? Ou debaixo do chão?  
 E se eu ficar doente? Quem vem me buscar?  
 A ambulância ou o rabeção?  
 Eu tô sem segurança, sem transporte, sem trabalho, sem lazer  
 Eu num tenho educação, mas saúde eu quero ter  
 Já paguei minha promessa, não sei o que fazer!  
 Já paguei os meus impostos, não sei pra quê?  
 Eles sempre dão a mesma desculpa esfarrapada:  
 "A saúde pública está sem verba" [...]

O cantor e compositor Gabriel O Pensador é conhecido por suas letras com críticas acerca de diversas práticas sociais. Nesta música, ele tem por objetivo retratar o desespero, a desorientação de pacientes do sistema de saúde brasileiro, promovendo uma reflexão sobre o direito à saúde, que é prerrogativa constitucional, mas não é facilmente acessada por cidadãos e cidadãs. A escolha lexical do cantor deixa claro o sentimento ao se referir aos vários obstáculos que assinala na letra e de como a dignidade do paciente do Sistema Único de Saúde (SUS) é geralmente afetada pelo descaso e pela mesma desculpa das autoridades

responsáveis: "A saúde pública tá sem verba". O meio musical tem relevância, assim como a imprensa, que já foi citada, como formadores de opinião e por ter a capacidade de suscitar reflexão da população em larga escala e conseguir a atenção das autoridades.

Essa é a realidade que é retratada na grande mídia em relação aos hospitais, mas questiono a importância conferida às unidades básicas de saúde e a sua missão de promoção de saúde e prevenção de doenças, que não parecem receber igual destaque estadual tampouco nacional; mesmo sendo apresentadas como estratégia-chave do sistema de saúde brasileiro. Apenas com o programa *Mais Médicos*, os olhos da nação voltaram-se para a importância de profissionais de saúde que se dedicassem à assistência médica, principalmente, em municípios de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e pouco investimento socioeconômico. O governador do Ceará, Cid Gomes, em entrevista ao *Diário do Nordeste*, criticou a postura dos médicos estaduais em relação aos médicos cubanos que aderiram ao programa:

**Jornal *Diário do Nordeste* (04/11/2013)<sup>24</sup>:**

**Cid Gomes critica médicos brasileiros**

'Como é que uma categoria no Brasil pode reclamar da vinda de um profissional para suprir uma deficiência se os profissionais aqui no Brasil não deram conta de resolver essa deficiência?', disse Cid Gomes. Em agosto de 2013, 95 médicos estrangeiros foram hostilizados por cerca de 50 profissionais cearenses da área que faziam uma manifestação na entrada da ESP-CE<sup>25</sup>. O alvo do protesto era o grupo de 79 médicos de Cuba que farão o curso. Na saída, os estrangeiros e as autoridades foram vaiadas, xingadas e provocadas pelos manifestantes.

Além de obstáculos na assistência de profissionais médicos em regiões de baixo IDH, o jornal *O Povo* noticiou em fevereiro de 2014 que muitos profissionais estavam sendo deslocados de sua função no PSF, que envolve visitas domiciliares a pacientes acamados ou com outros problemas de saúde, para atender no regime regular das Unidades Básicas de Saúde. Ou seja, o princípio básico de promoção de saúde e prevenção de doenças, que exige o acompanhamento do médico aos pacientes de maneira efetiva, não estava mais acontecendo.

Pelo exposto, há vários obstáculos a serem superados e que demandam uma reflexão e uma intervenção na prática do PSF. Essa é a conjuntura atual da saúde brasileira, que a partir de agora será vista sob o enfoque do estado cearense. A escolha das UBS pesquisadas a partir de seu IDH não foi despropositada, pois como é possível confirmar, o governo

<sup>24</sup> <http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/online/programa-saude-da-familia-psf-sera-ampliado-em-50-no-ceara-1.851162>

<sup>25</sup> A Escola de Saúde Pública do Ceará é uma instituição subordinada à Secretaria de Saúde e tem o objetivo de desenvolver pessoas e produzir conhecimento para a atenção à saúde pública.

reconhece que as UBS no interior ou regiões metropolitanas são as que mais necessitam de atenção básica, mas muitos médicos não aceitam ir trabalhar lá, por diversos fatores. O investimento em saúde no estado do Ceará acaba sendo sempre nas eventuais crises acarretadas por endemias e epidemias e, não, na prevenção de doenças e promoção de saúde.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, instituído em 1988 pela Constituição Federal, é uma proposta ousada e complexa, baseada em experiências internacionais. O documentário *SICKO - SOS Saúde*<sup>26</sup>, do cineasta estadunidense Michael Moore, retrata o sistema de saúde dos Estados Unidos que, assim como muitos outros países, não possui um sistema sustentado por impostos com amplitude nacional e que tenha interesse no acercamento dos contextos clínico e familiar, como o PSF. Ou seja, o SUS é um avanço que poucos países possuem na área da saúde.

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, afirmou em entrevista ao site de notícias R7<sup>27</sup> que o ministro da saúde chinês chegou a dizer "quero um SUS pra mim" quando ouviu a apresentação brasileira na reunião do BRICS (grupo de países emergentes composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul) que ocorreu na China, em julho de 2011. A fala do ministro chinês destaca como os objetivos do programa são vistos como positivos. Em 4 de junho de 2015, um dos semanários de maior destaque mundial na área da saúde, *The New England Journal of Medicine*<sup>28</sup>, apresentou uma de suas matérias com o título "Estratégia de Saúde da Família no Brasil - fornecendo atendimento primário de base comunitária em um Sistema Único de Saúde"<sup>29</sup>, na qual James Macinko, PhD em Saúde e Política Social, e Matthew James Harris, médico especializado em saúde pública, avaliaram que "o mundo pode aprender algumas lições com a experiência brasileira", que inovou no investimento de saúde da família com atendimento em comunidades. Os autores destacaram a importância da iniciativa cearense nos anos 1990 e da posterior difusão em território nacional, além de elogiarem que o trabalho seja pautado pela atividade dos agentes de saúde e que a aplicação do programa seja prioritária em áreas de baixo IDH, dirimindo problemas de acesso à saúde

---

<sup>26</sup> Documentário gravado, em 2007, nos Estados Unidos (primordialmente) e também em Cuba, Canadá, França e Inglaterra. O título é uma mescla das palavras, de origem inglesa, *sick* (doença, doente) e *psycho* (refere-se a *psychopath*: psicopata). O jogo de palavras sugere que a situação da saúde pública dos Estados Unidos é caótica.

<sup>27</sup> Entrevista disponível aqui: <http://noticias.r7.com/saude/noticias/paises-emergentes-querem-copiar-o-sus-diz-ministro-da-saude-20110715.html>

<sup>28</sup> Este semanário foi criado em Boston, em 1812, e tem destaque, ao longo de mais de dois séculos, discussões no âmbito da saúde mundial. Para acessar a matéria completa, ver em: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1501140>. Acesso em julho de 2015.

<sup>29</sup> No original: "Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System"

pública aos que mais necessitam. Além disso, ressaltaram que o Brasil tem obtido sucesso e tem como continuar avançando, embora um investimento dessa natureza seja de longo prazo e haja ainda entraves políticos e financeiros no âmbito nacional que devem ser superados.

Apesar de o SUS brasileiro ser considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo<sup>30</sup>, sua efetivação na prática é muito criticada pelos usuários e, muitas vezes, pelos próprios profissionais de saúde, como será possível constatar em minha análise. Há portanto, visões contraditórias do SUS e do PSF a serem consideradas.

Antes mesmo de analisar a prática do PSF nos dois contextos físicos escolhidos para este trabalho, cabe conhecer o que dizem os documentos oficiais do programa, que teve sua criação baseada em iniciativas internacionais de atendimento à família, como as de Cuba, Canadá, Reino Unido e Suécia. O Programa de Saúde da Família teve início em 1994 a partir da experiência de criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no final dos anos 1980. Portanto, desde sua origem, o PSF está ligado ao trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS), pois esses eram os únicos profissionais de saúde da atenção básica que faziam visitas domiciliares, cadastravam usuários, distribuindo-os por UBS, e eram os principais atores sociais a promover a saúde e a prevenção de doenças; por isso, é citada em todos os documentos oficiais essa proximidade de objetivos.

Em 2006, o PSF passou a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF) por significar mais do que um programa de saúde governamental, e sim, uma das estratégias mais importantes na promoção de uma reorganização da saúde básica, fortalecendo seus princípios fundamentais, segundo o CONASS (2007)<sup>31</sup>. As visitas domiciliares passaram a não serem feitas apenas pelos ACS, mas também por uma equipe intersetorial que proporciona uma maior proximidade da área da saúde com a comunidade, tendo além da função curativa, uma função instrutiva; inclusive visitando as escolas dos bairros e realizando procedimentos como pesagem, campanhas contra doenças sexualmente transmissíveis, planejamento familiar e palestras em geral.

O documento de implantação do PSF (BRASIL, 1994)<sup>32</sup> aponta como seu objetivo geral “melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção baseado na promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e

---

<sup>30</sup> Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_sus20anos/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/index.html). Acesso em julho de 2015.

<sup>31</sup> BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**. Coleção CONASS Progestores para entender a gestão do SUS. Volume 8, 1ª edição, Brasília, 2007.

<sup>32</sup> BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.



recuperação da saúde em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e dirigidos aos indivíduos, à família e à comunidade”. Não há dúvidas da crença na magnitude do projeto e de sua influência em outras áreas da vida dos usuários para melhoria na área da saúde. Ao se acercar da família e da comunidade, as nuances inerentes a cada contexto social devem ser consideradas para a efetividade do PSF; portanto, apontaremos, neste trabalho, a visão que os próprios atores sociais possuem sobre a adaptação dos objetivos do PSF a cada contexto social.

A publicação do Ministério da Saúde intitulada "Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial", datada de 1997 (p.10), reforça os objetivos do PSF e como realizá-lo, visando a expansão do programa a todas as UBS brasileiras.

## **OBJETIVOS**

### **Geral**

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do 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.

### **Específicos**

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social

Na *Legislação, parte 1: Legislação estruturante do SUS*<sup>33</sup>, de 2003, há as diretrizes do PSF, destacando as medidas para a atenção básica e apresentando as publicações oficiais desde 1994 até 2002, no intuito de fortalecer o PSF para alcançar as mais diversas metas, entre elas o lançamento de normas e diretrizes, metas físicas e financeiras para o Programa de

---

<sup>33</sup> Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf). Acesso em julho de 2015.

Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família (sempre em consonância), além da inserção de profissionais da odontologia no PSF. As palavras norteadoras de todos os documentos são "reorientação do modelo assistencial de saúde", sendo os municípios os responsáveis diretos por isso, sob supervisão e com o apoio de instâncias superiores (estaduais e federais). Há, portanto, a necessidade de uma aliança e de um comprometimento político para a efetividade do PSF.

Em 2013, foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), também conhecida como HumanizaSUS. A PNH é fruto de uma avaliação dos processos de atendimento dentro do Sistema Único de Saúde, como forma de otimizar o trabalho realizado. O lema utilizado pelos idealizadores é "o SUS que dá certo" e tem o objetivo de entusiasmar profissionais de saúde e usuários para que acreditem nos programas e estratégias desenvolvidos pelo governo, proporcionando maior participação da comunidade na gestão das unidades de atendimento e nas políticas públicas; pois é de conhecimento público e pode ser comprovado mediante as entrevistas analisadas no capítulo 5, que muitos brasileiros consideram o SUS, de maneira geral, como um sistema de atendimento precário e de pouca qualidade, ao qual recorrem apenas pela falta de condições financeiras para acessar hospitais e planos de saúde privados. A PNH é uma demonstração de que o governo está ciente de que são necessárias mudanças no SUS (que pressupõe ainda não estar "dando certo") e que tem planos para melhorá-lo, começando pela forma como as pessoas são tratadas desde o momento do acolhimento. Portanto, a gestão compartilhada entre os atores sociais envolvidos (profissionais de saúde, usuários e governo) é considerada pela PNH como o "motor" que promove as mudanças significativas no SUS.

O carro-chefe da PNH, que é vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, é a humanização do atendimento e, para isso, conta com a articulação entre secretarias de saúde municipais e estaduais. O grupo da saúde pública da Universidade Estadual do Ceará<sup>34</sup> tem em seu conjunto de professores, profissionais que fazem parte do apoio estadual à PNH: a Profa. Dra. Annatália Meneses de Amorim Gomes é consultora da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde e tem experiência em assessoria e formação de profissionais da saúde nas áreas de Atenção e Gestão para a melhoria da qualidade e humanização na saúde. Sua experiência é ampla, pois é graduada em Psicologia,

---

<sup>34</sup> Estas informações, a respeito da formação dos docentes, estão disponíveis no site: <http://www.uece.br/cmepes/index.php/corpo-docente>.

mestre em Educação em Saúde e doutora em Ciências da Saúde, trazendo a interdisciplinaridade de sua própria formação para a compreensão de problemas sociais ligados à saúde pública. O Prof. Dr. Erasmo Miessa Ruiz, também psicólogo de formação, tem mestrado e doutorado em educação e é consultor da PNH, além de Coordenador da Regional Nordeste II da PNH/MS, prestando, ainda, supervisão Institucional no Centro de Referência da Mulher de Fortaleza, entre outros trabalhos relacionados. Outra profissional é a Profa. Dra. Cleide Carneiro, graduada, mestre e doutora na área de Serviço Social, coordenadora do Laboratório de Humanização e Atenção em Saúde (LHUAS) e do Curso Mestrado Profissionalizante Ensino na Saúde.

Esses profissionais são alguns dos representantes do Estado do Ceará que contribuem para a melhoria do atendimento de saúde, atuando diretamente como consultores ou coordenadores do programa, e ainda, dedicando-se a pesquisas que abordam temas relevantes à PNH, como pesquisadores e interventores na sociedade. Na área da Linguística, essa interdisciplinaridade com a saúde ainda caminha a passos curtos, mas além da iniciativa do projeto macro da professora Izabel Magalhães e os trabalhos de seus orientandos que são os frutos dessa empreitada, há também outras iniciativas, como a da professora Sandra Maia Farias Vasconcelos, da Universidade Federal do Ceará, que participou de projetos e realizou trabalhos científicos sobre o acolhimento no atendimento humanizado (MAIA-VASCONCELOS; JORGE; RUIZ; CARNEIRO; SAMPAIO; BARROSO (2006), MAIA-VASCONCELOS ; NOGUEIRA (2001), MAIA-VASCONCELOS (2006), CARNEIRO; RUIZ; SAMPAIO (2006)), além de divulgá-los em eventos que promovem a reflexão para a melhoria do SUS, de maneira geral, e participar de bancas de dissertações na área da saúde, promovendo essa interdisciplinaridade. A contribuição dos cientistas da linguagem para uma compreensão de vários aspectos da vida humana tem se mostrado necessária e tem obtido resultados significativos. O site Rede HumanizaSUS<sup>35</sup> divulga os eventos promovidos e os trabalhos já apresentados pelos profissionais das equipes da PNH, inclusive a tabela de ações em cada Estado.

A PNH tem por objeto evitar o "hospitalocentrismo", o que está bem relacionado com a ideia do PSF, pois se previne que haja necessidade de ir ao hospital de emergências e urgências a partir de uma reeducação da comunidade para prevenir doenças e tratar aquelas

---

<sup>35</sup> A lista de eventos em que foram apresentados e discutidos trabalhos sobre o HumanizaSUS estão disponíveis no link seguinte: <http://www.redehumanizasus.net/13180-sala-de-eventos-rhs>

pré-existentes ou crônicas. Além disso, objetiva retirar o atendimento centrado no médico, requerendo atendimentos interdisciplinares e participação cidadã na manutenção de sua própria saúde, o que já é sugerido pelo PSF, mas não é cumprido, já que profissionais costumam ser considerados pelos pares e pelos usuários como de importância inferior ao profissional médico. O PSF, por exemplo, é criado a partir de uma base de valorização do trabalho domiciliar, antes realizado apenas pelo agente de saúde, mas não tem havido esse reconhecimento na prática, como veremos no capítulo 5.

É importante o fato de as políticas públicas compreenderem esse obstáculo como ponto sobre o qual se deve refletir e mudar, em relação também a relações de poder e afeto, como a ADC propõe que se analise um problema social; e é o modo pelo qual trabalho nesta pesquisa, com foco na avaliação e modalidade de atores sociais sobre o PSF. Além disso, a PNH e o PSF priorizam a comunicação e troca de experiências baseadas em aspectos identitários, visando o protagonismo de todos os sujeitos envolvidos e sua melhor gestão de conflitos, compreendendo que as mudanças devem ser feitas no método como a teoria está sendo aplicada, já que o SUS parece perfeito em sua documentação regimental.

Até o momento, o discurso burocrático/de políticas públicas parece bem articulado e tem planejadas todas as medidas essenciais do programa. Mas como esse discurso ecoa na prática? Que relação possui com outros momentos desta prática?

Chouliaraki e Fairclough (1999, p.28) baseiam-se na assertiva de Harvey (1992 [1989]) a respeito do papel social do discurso como um momento das práticas sociais e como é essencial promover reflexões sobre ele e os outros momentos. Apresentam um modelo de análise com base em sua proposta inicial, na qual os momentos se entrecruzam e os significados do discurso possuem uma relação dialética, sem hierarquia entre eles. Para lidarmos com a prática discursiva, devemos compreender que a análise em ADC inicia-se com o texto (como é o princípio da ADTO, explicada em nossa seção de fundamentação teórica), mas considerar que ele está contido em uma prática discursiva que, por sua vez, é uma prática social, como é possível ver a seguir:



Figura 1 — Concepção tridimensional do discurso (FAIRCLOUGH, 1992, p. 101)

O texto é analisado em um contexto específico de realização e também de práticas discursivas e sociais que podem variar diante de cada contexto. Desta forma, a produção do texto será influenciada por fatores sociais que denotam escolhas que constituem a identidade do produtor do texto. Os usuários, em suas falas, podem adotar discursos repletos de ideologias, que se manifestam consciente ou inconscientemente, promovendo sua manutenção ou tendo uma posição emancipatória.

Dessa forma, quero esclarecer que não realizo apenas a análise de modalidade e avaliação, mas uma análise discursivo-social para o estudo das identidades, pois estas são construídas em todos os momentos da prática e representadas no discurso. Como afirmam Ramalho e Resende (2011, p.113):

Uma análise discursiva crítica não se confunde com simples leitura e interpretação. Isso porque contamos com conceitos associados a categorias analíticas aplicadas sistematicamente. A escolha de que categorias utilizar para análise de um texto não pode ser feita *a priori*. É sempre uma consequência do próprio texto e das questões/preocupações de pesquisa.

Como uma pesquisa em ADC, este trabalho busca dar voz a grupos enfraquecidos de poder, como também é o caso da tese de doutorado de Costa (2009) sobre pessoas em situação de rua, que visa promover reflexões discursivas e sociais, como a própria mudança da expressão linguística "meninos *de* rua" ou "meninos *na* rua", que denotava que estes pertenciam naturalmente aquele contexto, para "meninos/as em situação de rua" (reconhecendo como situação passageira que suscita mudança social); o trabalho de Batista Júnior & Sato (2015), que trata dos discursos de profissionais que trabalham com o Ensino

Especial de crianças em três estados brasileiros e no Distrito Federal, destacando discursos desse contexto, movido por um ideal de assistência intersetorial; ou ainda, o trabalho de Magalhães (1995), que focaliza a figura das mulheres e sua relação com as práticas discursivas de letramento do Paranoá, em Brasília; e o seu trabalho intitulado "Letramentos e identidades no ensino especial" (2012), focalizando atores sociais em contextos que necessitam uma mudança discursiva e social. Estes e muitos outros trabalhos advindos de projetos de pesquisa em Análise de Discurso Crítica no Brasil inspiram minha posição e procedimento como pesquisadora.

É oportuno, então, esclarecer o porquê de ter escolhido o PSF, dentre outros programas e estratégias de saúde brasileiras. Sendo um programa, posteriormente denominado estratégia (como já mencionado), que tem como objetivo a prevenção de doenças e promoção de saúde no interior da comunidade, há um destaque inegável ao diálogo entre os atores sociais desta prática social em relação a outras dentro do âmbito da saúde. A equipe de saúde da família tem uma missão 'pedagogizante' de atuação na saúde, no sentido de priorizar a compreensão dos usuários sobre como cuidar de sua própria saúde, considerando cada contexto social específico e os aspectos constitutivos de cada grupo social; o que os profissionais das UBS analisadas chamam de 'educação em saúde'. Assim, é possível visualizar a relação entre linguagem e sociedade nesse âmbito de análise e o porquê da urgência de um estudo linguístico nesta prática social específica.

Para melhor sistematização de como se articulam os discursos e os outros momentos da prática social do PSF, como defendido por Fairclough, apresento uma representação da prática com base na figura de Ramalho & Resende (2011, p. 16):

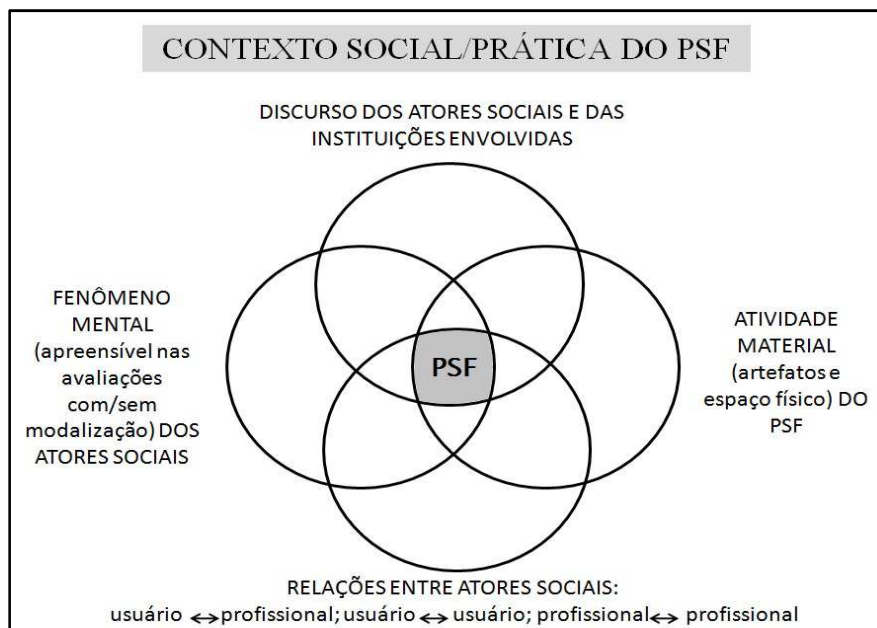


Figura 2 — Contexto social/Prática Social do PSF, com base em Ramalho & Resende (2011)

Como pode ser visualizado na figura, os discursos dos atores sociais e sua avaliação (com ou sem modalizações) estão irreduzivelmente articulados com os outros momentos da prática apreensíveis em suas falas e na observação de campo, conexão que busco tornar clara neste capítulo e no seguinte. A atividade material no PSF e as relações entre atores sociais destacam-se no tópico seguinte (4.2) e, no Capítulo 5, estas são enfatizadas quando apresentada uma análise específica dos discursos e do fenômeno mental expresso pelas manifestações avaliativas.

Os discursos envolvidos na prática do PSF, que vou identificar e discutir no capítulo seguinte, são acessados de acordo com as relações entre os atores sociais, com suas formas de representar(-se) e identificar(-se) no mundo, que têm de ser consideradas também de acordo com os demais momentos da prática.

Os usuários, mesmo estando dentro de um grupo que os define de maneira igualitária no contexto do PSF, recorrem a discursos e gêneros nela disponíveis, mas com estilos próprios; por isso a importância de compreender as idiosincrasias de cada um em sua linguagem. Os profissionais possuem uma relação ainda mais complexa, pois o fato de o PSF possuir um grupo multidisciplinar para atuar de maneira coordenada, ocasiona tensões e assimetrias entre eles, principalmente sobre as fronteiras de suas formações acadêmicas ou técnicas. Entre usuários e profissionais, essa assimetria é ainda mais clara, pois os primeiros

estão em uma situação enfraquecida de poder em relação aos últimos, que estão em uma posição de especialistas.

A atividade material influencia fortemente a prática do PSF, por isso a importância de se cotejar dados entre duas UBS de IDHs distintos. Ao falar desta questão e de outras que surgem durante a avaliação do PSF, os atores sociais vão recorrer a discursos diversos de acordo com suas experiências e representá-los à sua maneira. Toda essa articulação é dialética, ou seja, acontece concomitante e relacionalmente, e almejo sistematizá-la melhor ao final de minha análise.

Após a apresentação do desenho de pesquisa, esboçado neste capítulo, convido o/a leitor/a a sentir-se imerso no campo de pesquisa a fim de compreendê-lo em sua essência e poder fazer as primeiras reflexões sobre os dois contextos de estudo deste trabalho, Pacatuba e Fortaleza, antes de conhecer as vozes dos atores sociais e as representações de suas identidades.

#### **4.2 Entrando no campo de pesquisa: os municípios de Pacatuba e Fortaleza**

O Estado do Ceará possui 184 municípios, sendo Fortaleza sua capital e Pacatuba um de seus municípios metropolitanos. Fortaleza tem um bom crescimento, dos pontos de vista demográfico, administrativo e econômico. Pacatuba, por sua vez, que tem sua origem ao pé da serra de Aratanha, possui poucos habitantes em seu centro e uma economia tímida, em relação aos municípios vizinhos, que têm foco no desenvolvimento industrial.

Segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 2010, Pacatuba possui 72.299 habitantes e Fortaleza 2.452.185 habitantes; e relacionado a esse fator numérico está o investimento em saúde. Fortaleza possui cerca de 187 estabelecimentos de saúde, o maior número de todo o Estado; enquanto Pacatuba possui apenas 15<sup>36</sup>. Apesar de a capital ser bem maior geograficamente do que Pacatuba, há uma diferença notável entre os investimentos em saúde, principalmente de acordo com as iniciativas governamentais e privadas, como pode ser visto nos gráficos a seguir:

---

<sup>36</sup> O município cearense com menos estabelecimentos de saúde, de acordo com o censo de 2010, é Tarrafas, que possui três.



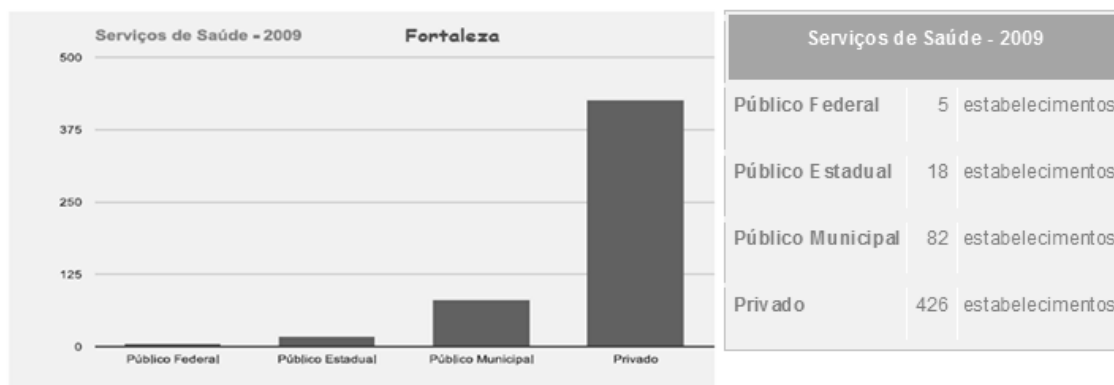


Figura 3 — Serviços de saúde em Fortaleza. Fonte: IBGE

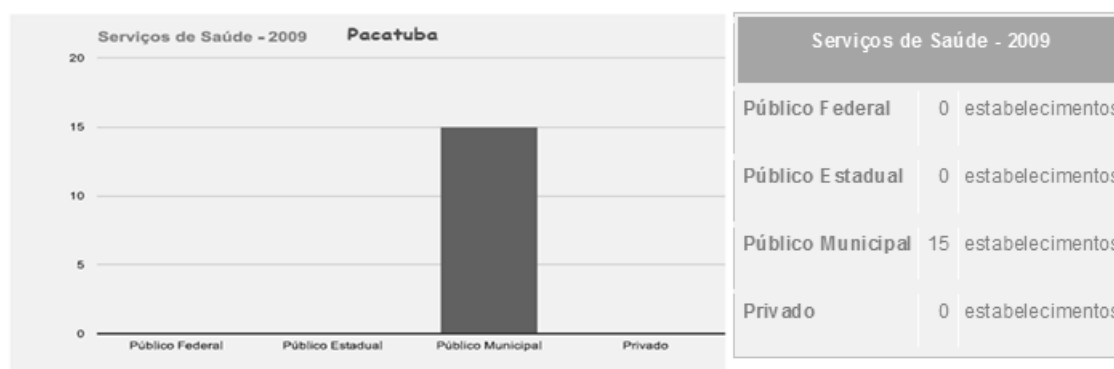


Figura 4 — Serviços de saúde em Pacatuba. Fonte: IBGE

Como pode ser constatado, o investimento federal e estadual é inexistente em Pacatuba, bem como o da rede privada. Tal quadro de serviços de saúde obriga os habitantes de Pacatuba a buscarem atendimento em outros municípios vizinhos e esse fator influencia diretamente na forma como eles veem a saúde no município, como veremos no capítulo 5.

O bairro de Fortaleza escolhido para esta pesquisa foi a Cidade 2000, cuja planta arquitetônica foi projetada pelo arquiteto Rogério Fróes e faz referência à Taça Jules Rimet<sup>37</sup>. O nome do bairro foi dado, na década de 70, para que representasse o futuro. Sua geografia possui muitas alamedas, inclusive ao redor da UBS escolhida. Um passeio pelo bairro já revela vários estabelecimentos comerciais, campos de futebol e praças públicas para os habitantes. Atualmente, o bairro é conhecido como de classe média e há grande especulação imobiliária; porém, à medida que foi sendo cercado por condomínios de luxo, foi aumentando

<sup>37</sup> Nome dado ao troféu da Copa do Mundo da FIFA, até 1970, representando a figura de Nice (deusa grega da vitória).

também a insegurança, em certos pontos, o que é relatado por alguns dos atores sociais entrevistados, como veremos adiante.

O bairro de Pacatuba que investigamos chama-se Vila das Flores, o qual possui poucas informações disponíveis em domínio público. É um bairro pequeno e pouco desenvolvido que está na região fronteira com Maracanaú, sendo esse aspecto um motivo de problemas administrativos quanto à responsabilidade governamental relacionada a saúde, educação e a manutenção de algumas vias públicas. Pouco desenvolveu-se economicamente, não tem saneamento básico em toda a localidade e a maioria dos habitantes possui baixa escolaridade, além de sofrer com a insegurança crescente.

As condições do espaço físico estão diretamente atreladas à qualidade do atendimento e esse fator já é pressuposto, inclusive, pelo programa Mais Médicos, que incentiva a ocupação de vacância na área de saúde em municípios mais pobres. A precariedade do bairro e, conseqüentemente, da Unidade Básica de Saúde responsável por aquela localidade, reflete-se na precariedade do atendimento de diversas maneiras: seja pela falta de recursos, em si, ou pela insegurança da população e dos profissionais de saúde. É considerando os contextos socio-econômicos aqui brevemente apresentados que a leitura dos relatos que constituem o próximo tópico será melhor compreendida, servindo de pano de fundo para as falas dos atores sociais que se apresentam em seguida.

### **4.3 As UBS assistidas pelo PSF nos contextos de Pacatuba e Fortaleza**

Nesta seção, apresento relatos selecionados de algumas experiências no contexto de pesquisa, no intuito de realizar uma conexão entre a prática e as falas dos usuários e profissionais de saúde, que serão analisadas no próximo capítulo. Sendo assim, trata-se de uma 'recontextualização da prática social', termo de Chouliaraki & Fairclough (1999), Fairclough (2003) e van Leeuwen (2008), pois apresentarei e discutirei dados observados na prática social do PSF em um contexto acadêmico, uma prática social distinta.

É, indubitavelmente, um desafio selecionar observações entre as que foram realizadas em dois anos de uma pesquisa de natureza etnográfica. Porém, ao serem recontextualizados a partir de meu ponto de vista como etnógrafa, apresento, a seguir, elementos da prática investigada que são relevantes por possibilitarem a compreensão da

relação entre os discursos dos atores sociais (que será mais amplamente analisado no capítulo seguinte) com outros momentos da prática social do PSF.

#### **4.3.1 Pacatuba**

Chegar à UBS de Pacatuba não foi uma tarefa fácil. As ruas do bairro onde está localizada não possuem nomes e, sim, números que, muitas vezes, não seguem uma ordem lógica. Algumas ruas não possuem saída, nem placas indicativas, pois não são pavimentadas; provavelmente um reflexo de estar localizada na fronteira entre o município de Maracanaú e Pacatuba, o que causa um problema geográfico-político que inviabiliza algumas melhorias ao bairro. Após algumas tentativas, chego a um local simples, com a mesma estrutura das UBS que frequentei na infância, com apenas três consultórios em condições de uso e uma sala de imunização com poucos equipamentos. Percebi que minha presença causou estranhamento, talvez porque carregava muitos papéis (muitos usuários me perguntaram se eu era jornalista ou da Secretaria Municipal de Saúde) ou simplesmente por ser desconhecida na região.

Uma fila de cerca de 30 pessoas já se formava no portão, a maioria mulheres. Este foi o primeiro ponto que me chamou a atenção nessa e em todas as outras visitas durante a pesquisa, mesmo em dias de consulta livre, pois há dias em que apenas alguns doenças crônicas eram atendidas (hipertensão, diabetes etc). Os homens eram escassos e, poucas vezes, iam à UBS acompanhando suas esposas ou familiares, sendo mais frequentes no dia determinado para os diabéticos e hipertensos, o que também indica que a maioria era de idosos.

Entre as usuárias, muitas eram adolescentes grávidas ou gestantes com idade superior a 35 anos, como pudemos perceber por nossa observação e uma conversa informal com algumas delas e as auxiliares de enfermagem. O PSF preconiza que o atendimento seja marcado a partir das sete da manhã, mas muitas usuárias comentavam umas com as outras que tinham chegado às quatro horas da manhã para conseguir uma ficha e estavam sem se alimentar a manhã toda. Muitas estavam ali para o acompanhamento de pré-natal, que era feito pela enfermeira. Esse papel é conferido a essa profissional com a justificativa de não ser objetivo das UBS fornecer médicos eletistas, ou seja, de uma especialidade médica; no caso, a ginecologia/obstetrícia. De acordo com minha observação e algumas entrevistas e grupos focais que apresentarei no próximo capítulo, a maioria das mulheres não se importa de ser

atendida pela enfermeira, mas algumas não acham um procedimento correto. De todas as formas, é algo comum nessa UBS.

O PSF preconiza um atendimento de promoção de saúde e prevenção de doenças com o acompanhamento fornecido pelo clínico-geral, que deve encaminhar a gestante para um médico especialista, quando excede sua responsabilidade ou as condições materiais da unidade de atendimento. Na UBS, a enfermeira assume esse papel pelo fato de ser mulher<sup>38</sup>, com quem as gestantes se sentem melhor na consulta e, principalmente, no momento da coleta de material vaginal para exame laboratorial. Durante minhas observações, pude notar que as mulheres acompanhadas por seus maridos geralmente estavam ali para serem atendidas no dia destinado à saúde da mulher e eles manifestavam claramente (e textualmente, na sala de espera) a satisfação de suas companheiras serem atendidas pela enfermeira. Em outras palavras, acompanhavam-nas às consultas para se certificarem de que era uma mulher que as atendia. Este ponto levanta uma questão de gênero social que foge aos objetivos do presente estudo; portanto, para reflexões sobre este aspecto, sugiro a leitura de Magalhães (2009)<sup>39</sup>.

Ainda no primeiro dia, após o acolhimento amigável das auxiliares de enfermagem, dirigi-me a um consultório, onde expliquei o projeto à enfermeira-chefe, que coordena a unidade, e combinamos de realizarmos uma entrevista com ela após o término da consulta com os pacientes. Decidi, enquanto esperávamos que a enfermeira estivesse livre, convidar as pacientes que estavam esperando atendimento a participar das entrevistas. Pude perceber, desde as primeiras abordagens que fiz, que as pacientes mais jovens tinham uma mistura de vergonha e medo de participar. Não compreendiam a relação entre a área da Linguística e a Saúde e temiam que suas identidades não fossem preservadas. Uma delas aceitou conceder entrevista após ler as perguntas previamente; porém, dava respostas muito vagas que avaliavam todos os pontos relacionados ao posto e aos profissionais da saúde como "normal". Ao fim da entrevista, decidi subitamente não participar, argumentando o temor de que seu nome fosse divulgado e todos no bairro soubessem que ela havia dito algo que depreciava o prefeito da cidade, a quem atribuiu a culpa pela falta de melhorias na UBS. Àqueles/as usuários/as que manifestaram, a qualquer momento, arrependimento de sua participação na pesquisa, fiz questão de mostrar que tinha apagado a entrevista do gravador de áudio e

---

<sup>38</sup> Segundo relatos das usuárias e das auxiliares de enfermagem.

<sup>39</sup> MAGALHAES, I. Gênero e Discurso no Brasil. *Discurso & Sociedad*, v. 3, p. 714-737, 2009.

demonstrar que não havia problema, pois a condição primordial para a participação era sentir-se à vontade.

Assim como nesse caso, minha experiência ao abordar usuários/as foi de que mulheres com mais de 40 anos demonstraram maior inclinação em responder às perguntas e foram bastante solícitas, fluindo melhor a entrevista durante todo o período da pesquisa, enquanto as mais jovens não aceitavam participar ou davam respostas vagas e rápidas. Durante o período de trabalho de campo, não deixei de abordar alguns homens ou mulheres jovens que estivessem interessados em participar da pesquisa, mas apenas Rodrigo, de 40 anos, aceitou o convite.

Dentre os profissionais, as auxiliares de enfermagem mostraram-se mais interessadas em participar, assim como a enfermeira. Pudemos perceber um grande contentamento dessa profissional em participar da pesquisa e, pelo observado, acredito que tenha sido por sua dedicação acadêmica, destacada em sua fala quando relata que era graduada, havia cursado três especializações na área de enfermagem e estava cursando Direito, naquele momento.

A entrevista com a enfermeira foi muito proveitosa e ela demonstrou bastante conhecimento na área preventiva, esclarecendo-me muitos pontos do atendimento e da relação dos profissionais de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. Além disso, ela fez questão de parabenizar a iniciativa da pesquisa e expressou seu desejo de que os resultados pudessem trazer melhorias ao atendimento do programa e beneficiasse a todos os seus integrantes.

O grupo de profissionais também era composto, em sua maioria, por mulheres; sendo o médico clínico-geral o único homem. Portanto, ressalto a importância neste trabalho para uma visão desta UBS composta por usuárias que são mães, mulheres, cidadãs e que os/as profissionais de saúde que estão em maior proximidade dos/as usuários/as também são mulheres, prioritariamente. Essa problematização é válida, principalmente, quando a enfermeira destaca que a forma como se identifica como mulher, inclusive como figura materna, é determinante para a construção de sua identidade como profissional do PSF. Essa fala está no capítulo seguinte e voltaremos a essa questão em breve, apresentando também falas de outros atores sociais que convergem e divergem desta identificação.

Todas as entrevistas foram realizadas durante a espera dos pacientes e, a cada um deles, foram explicados os objetivos de nosso trabalho e as perguntas de pesquisa, antes da gravação em áudio. Como comentado anteriormente, muitos usuários não compreendiam o

motivo da pesquisa, pois pensavam que a intenção era apenas identificar os pontos negativos da UBS, dos funcionários ou do município. Isso ocasionou a hesitação de alguns a participar da pesquisa ou o interesse baseado na esperança de que a entrevista fosse exibida em um programa de televisão. No entanto, certifiquei-me de que todos/as haviam compreendido os objetivos e limitações da pesquisa, antes de iniciar qualquer entrevista.

Destoando dessa postura dos usuários em relação à pesquisa, uma usuária afirmou gostar de trabalhos como o meu, que adotam entrevistas e observações, pois utilizou a mesma metodologia na monografia de seu curso superior, Gestão de Pessoas. Assim como a enfermeira, essa usuária colaborou de maneira diferente dos demais usuários, pois compreendia melhor os objetivos e conhecia os benefícios e os limites do/a pesquisador/a. Este é apenas um dos aspectos que contribuem para a identidade dessa usuária, cujas falas serão analisadas posteriormente.

Em outra ocasião, um usuário observou que eu estava entrevistando algumas pessoas e se aproximou com a intenção de participar, pois desejava fazer reclamações a respeito do atendimento, pois achava que eu era jornalista de uma emissora local de televisão. Disse que estava esperando há mais de duas horas, mesmo com poucos pacientes, apenas para renovar a receita médica, com o fim de adquirir os remédios que tomava para o tratamento de diabetes e hipertensão. Foi uma experiência significativa que ele tenha acreditado que esta pesquisa teria influência, talvez imediata, na solução de problemas naquela unidade de saúde, mesmo após eu ter esclarecido que se tratava de pesquisa acadêmica e quais eram os objetivos. O usuário aceitou participar mesmo assim porque, segundo ele, acreditava também nas mudanças a longo prazo e se sentia mais aliviado ao saber que sua voz seria ouvida de alguma maneira. Não pude deixar de refletir, nesse momento, a respeito da figura de colaborador que tem o/a analista crítico/a do discurso e lamentar que a mudança social desejada por mim e por aquele usuário ainda teria que passar por etapas complexas até se realizar; mas os dois compreenderam que a pesquisa era apenas o primeiro passo.

Na semana seguinte, tive a oportunidade de falar com o médico da UBS pela primeira vez, mas foi necessária a intervenção da enfermeira-chefe, com a qual já havia conversado antes. Provavelmente, por haver percebido que eu tinha marcado algumas vezes com o médico e ele não me atendia alegando falta de tempo, a enfermeira me viu esperando o término das consultas, entrou no consultório dele e, após alguns minutos, chamou-me para entrar.

Pude notar que o médico não parecia muito confortável em conceder entrevista sobre o Programa de Saúde da Família. Passei cerca de quinze minutos explicando todos os aspectos da pesquisa, forneci o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o médico fez questão de lê-lo por completo. Enquanto o lia, falou-me sobre suas impressões do PSF, ressaltando que este programa e o Programa Mais Médicos eram ideias "péssimas" criadas pela presidenta Dilma Rousseff (fez questão de citar o nome da governante). Contou-me que tinha total descrença na eficácia dos programas, porque, segundo ele, determinadas características inerentes à cultura popular brasileira impediam um trabalho que promovesse a prevenção da saúde, pois o brasileiro só procura uma UBS em situação de emergência e urgência (que demanda atendimento em hospitais).

Ainda denotando um pouco de dúvida em sua participação, disse que ficaria tímido quando o gravador fosse ligado, mas decidiu participar, insistindo em ficar com as perguntas em mão durante a entrevista. No entanto, o que me chamou a atenção, foi que, diante das perguntas que já eram conhecidas, as respostas destoaram da conversa informal. As críticas ao Programa de Saúde da Família, feitas anteriormente, foram a partir de então mais veladas e ainda houve muitos elogios à iniciativa governamental. A entrevista foi longa, ao contrário do que imaginava, pela reação inicial do profissional. Ele fez questão de manifestar seu desejo de que esta pesquisa obtivesse sucesso, que os resultados fossem levados à autoridades governamentais e realmente influenciassem na melhoria do PSF no Estado do Ceará e, mais adiante, em todo o território nacional. No capítulo adiante, em que as entrevistas e grupos focais serão o foco de análise, assinalarei as incoerências na fala desse profissional em relação à observação agora apresentada e que relações possui a linguagem utilizada na entrevista com o lugar social (CERTEAU, 1994,2008) que ocupa no contexto do PSF.

Outra experiência relevante foi a realização do grupo focal com os profissionais de saúde. Dediquei vários dias à espera de poder reuni-los no final do expediente, mas apesar de haver a confirmação da presença da enfermeira-chefe naquela ocasião, no final dos atendimentos ela afirmou que teria um compromisso e que precisava sair e que também não voltaria à tarde. Após o almoço, voltei à UBS e a enfermeira ainda se encontrava lá, mas não perguntei o motivo.

Decidi, então, encaminhar os usuários com os quais havia conversado anteriormente para uma sala que foi reservada por uma auxiliar de enfermagem para realizar o grupo focal. Não há sala de reuniões na UBS, mas o consultório da dentista estava disponível naquela

tarde. Todos já tinham recebido sua ficha com a ordem de atendimento. Informei-os que seria algo rápido e que o médico estava marcado para as 13h, mas eu havia recebido a informação das auxiliares de enfermagem de que ele se atrasaria cerca de meia hora. Pedi que alguém nos avisasse caso o médico chegasse para o atendimento.

Quando fui convidar a última usuária para o grupo focal, ela disse que queria muito participar, pois tinha muitas coisas a dizer a respeito da UBS e começou a relatar informalmente tudo que considerava defeito na unidade, enfatizando o fato de não haver especialidades médicas. O tom de voz da usuária chamou a atenção da enfermeira, que passava no corredor e que começou a rebater fervorosamente as reclamações da usuária, afirmando que não poderia haver especialidades em uma unidade de saúde da família. A usuária demonstrou bastante conhecimento do assunto e argumentou contra essa afirmação e todas as outras postas em dúvida pela enfermeira. A usuária mencionou que a UBS possuía, há até pouco tempo, fisioterapeuta, com assistentes e que em outra unidade do município também havia outras especialidades, questionando porque apenas ali não poderia haver. Diante da argumentação da paciente, que nos pareceu bastante fundamentada em fatos (que comprovei posteriormente), a enfermeira disse que "posto de saúde<sup>40</sup> era lugar de prevenção e atenção primária, não de atender pessoas já doentes e em crise". A usuária rebateu, perguntando sobre o fato de o posto de saúde ser habilitado para receber pessoas infectadas com gripe. A resposta da enfermeira foi a seguinte: "Se você pega gripe, foi um descuido seu, é sua culpa, aqui temos o dever de informar", alegando que a UBS já fornece incentivo à prevenção e não é o foco cuidar de pessoas com gripe. A enfermeira citou algumas doenças que, segundo ela, deveriam ser tratadas apenas em hospitais, utilizando vocabulário específico da área médica no intuito de convencer a usuária de que estava errada, mas como não conseguiu convencê-la com nenhum argumento, decidiu retirar-se. Durante toda a conversa, permaneci calada, apenas observando as argumentações. Essa é apenas uma das situações na prática do PSF em que os atores sociais discordam, como veremos também nas entrevistas e grupos focais.

Cabe problematizar a questão dos saberes individuais e partilhados pelos/as usuários/as, que é bastante contrastante. Essa usuária que questiona a enfermeira é a mesma que foi apresentada anteriormente e que destacou em sua fala a experiência acadêmica. Não

---

<sup>40</sup> "Posto de saúde" é a forma popular como os atores sociais se referem às Unidades Básicas de Saúde, principalmente os/as usuários/as. Por esse motivo, mantive essa nomenclatura nas falas.



tenho observação nem relato de nenhum/a usuário/a questionando um/a profissional de saúde diretamente, apenas fazendo reclamações entre seus pares e às auxiliares de enfermagem sobre outros profissionais. Suas falas, analisadas posteriormente, contribuem a essa observação, sobremaneira.

A usuária reafirmou sua intenção de participar do grupo focal e seguimos até o encontro dos demais. É importante ressaltar que essa usuária tinha maior controle sobre a tomada de turnos de fala no grupo focal, mesmo com meu empenho em dar igual tempo de fala a todos. Muitos apenas concordavam com ela ou corroboravam a questão que ela apresentava de sua experiência, principalmente quando tratava de temas sobre maternidade e enfermidades que acometiam as crianças pequenas. No grupo prioritariamente feminino, havia apenas um senhor, mas que se mostrou muito tímido diante dos demais, falando muito pouco (a figura masculina não se destaca na UBS).

Quando saíram da sala onde ocorreu o grupo focal, os usuários vieram relatar para mim que o médico havia avisado que não voltaria naquela tarde e que isso era algo corriqueiro. O atendimento estava marcado para as 13h, mas apenas às 14h a notícia foi dada. A enfermeira-chefe pareceu muito aborrecida com a notícia, pela reação dos usuários e, talvez, também pela minha presença. Aqui também destaco um problema na prática do PSF que afeta fortemente o atendimento, pois mais importante do que faltar materiais, medicamentos ou especialidades médicas, a ausência recorrente do único médico clínico-geral inviabilizava completamente a assistência. Houve relatos de usuários de que não vinham mais marcar consulta com esse profissional, pois geralmente voltavam ao seu domicílio sem atendimento.

Algumas semanas depois, fui à UBS para realizar o grupo focal com profissionais, que havia sido marcado previamente. Cheguei às 09h40, com a intenção de esperar até o fim do expediente e não incomodá-los, mas não havia mais nenhum usuário a ser atendido. O médico havia faltado naquela manhã e todas as consultas tinham sido desmarcadas, pois a enfermeira-chefe, que geralmente atendia usuários na ausência dele, havia saído para resolver problemas burocráticos na Secretaria de Saúde.

Convidei, então, as profissionais presentes para uma sala para que fosse realizada a entrevista de grupo focal. Eram cinco mulheres, entre auxiliares de enfermagem e agentes de saúde. Enquanto esperava que elas se acomodassem na sala, chegou uma agente de saúde que queria ser atendida pelo médico, pois estava doente, e ficou com muita raiva porque àquela

hora, o médico já havia saído. A agente de saúde ameaçou, em voz alta, ir à Secretaria de Saúde reclamar da irresponsabilidade do médico, pois ele deveria ficar até o fim do expediente, que seria às 11h. Outros pacientes também demonstravam irritação por chegarem antes de 11h e não haver mais atendimento e saíam comentando que era "todo dia a mesma coisa".

Entrei na sala e a agente de saúde em questão manifestou interesse de participar da reunião. Um aspecto que considero relevante é que o fato de a enfermeira não participar do grupo focal ocasionou um levantamento de questões que possivelmente não seriam feitas na sua presença. As agentes de saúde e auxiliares de enfermagem relataram as dificuldades na infraestrutura do PSF e também problemas no relacionamento interpessoal dos profissionais de saúde da UBS, advindas da diferença de formação: que categorizaram pela distinção "nível médio" (agentes de saúde, auxiliares de enfermagem) e "nível superior" (médico, dentista e enfermeira). Esse é um aspecto que discutiremos mais amplamente diante da fala das próprias profissionais. O grupo focal foi bom, pois as profissionais mostraram-se à vontade e trouxeram à tona discussões muito relevantes para nossa pesquisa, fazendo inclusive pequenas narrativas de atendimentos domiciliares, que serão apresentadas no Capítulo 5.

Após os relatos apresentados, o leitor ou leitora já possui algumas informações essenciais para compreender o contexto social da UBS de Pacatuba. As relações entre os profissionais do PSF, entre usuários e usuárias e entre profissionais e usuários traz à luz reflexões sobre assimetrias de poder e suas diversas maneiras de afetar a assistência.

No próximo tópico, almejo seguir o mesmo percurso, embora algumas peculiaridades requeiram realces distintos. É preciso ter em vista que o conhecimento sobre o contexto de Pacatuba (com o qual tive contato anterior) permitiu discussões e reflexões comparativas dessa realidade, o que fortalece a compreensão de muitos aspectos que podem ser inerentes à prática do PSF ou ao contexto social de realização (Pacatuba ou Fortaleza).

#### **4.3.2 Fortaleza**

Localizada em uma avenida de fácil acesso, transporte público na porta, unidade com rampas de acesso para pessoas com mobilidade limitada, ar condicionado, três recepcionistas em guichês diante da porta, usuários sentados em cadeiras confortáveis e segurando senhas

impressas, placas nas portas das salas, indicando as especialidades médicas (como ginecologia, odontologia, pediatria, entre outras). Esse seria o ambiente que todos os usuários do PSF desejariam ter para recebê-los e, por alguns meses, esse foi o contexto de observação em Fortaleza.

A UBS de Fortaleza foi um caso muito específico, pois quando iniciei a pesquisa, a unidade estava em reforma e os atendimentos foram transferidos por cerca de um ano para um prédio privado no Núcleo Integrado de Saúde (NIS) da Faculdade Nordeste (FANOR), emprestado à Secretaria de Saúde do município de Fortaleza. A distância era de cerca de 2,3km da UBS, o que apresentava o benefício de continuar atendendo as pessoas do bairro, mas que dificultava a chegada de pessoas idosas ou com problemas de locomoção.

A unidade da FANOR, é a que foi descrita anteriormente: era moderna e possuía recursos que garantiam mais conforto aos pacientes, além de maior organização física, quando comparada com a unidade antiga. Havia recepções bem sinalizadas e todas as salas tinham indicações claras, embora fossem escassos os cartazes de campanhas de saúde do SUS, presentes na unidade em reforma. Apesar dos benefícios, alguns problemas persistiam, como a falta e/ou atraso de profissionais. Como o NIS não compreendia apenas a assistência da UBS em questão, passavam muitas pessoas de jaleco branco e os usuários os confundiam com os profissionais do PSF, chegando a abordá-los e fazer perguntas, mas na verdade eram estudantes e professores de fisioterapia da Universidade, que tinham aulas práticas no mesmo prédio. Minha presença, portanto, não causou estranhamento, mas cheguei a ser abordada por algumas usuárias que pensaram que eu fazia parte da equipe de funcionários da UBS.

É importante ressaltar esse aspecto da vestimenta como constitutiva da identidade dos/as profissionais de saúde, tanto para a orientação dos/as usuários/as como para a demarcação de um lugar de poder: ainda que o jaleco branco fosse indumentária de todos os profissionais de saúde, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde costumavam usá-lo sobre roupa mais confortável e calçando tênis, enquanto médicos/as e enfermeira/s usavam-no, geralmente, aberto sobre roupas mais modernas e sapatos (as mulheres de salto)<sup>41</sup>.

Na sala de espera lotada, diante do constante atraso de médicos/as e enfermeiros/as, comentários sobre política eram recorrentes, mesmo quando não estava em época eleitoral. Muitos discutiam em tom de voz alterado e culpavam o partido da presidência, mencionando um possível golpe contra o Brasil, que prejudicaria principalmente os trabalhadores. Certa

---

<sup>41</sup> O mesmo ocorria na UBS de Fortaleza.

vez, senhoras comentavam sobre "o absurdo de a presidente Dilma fazer a mulher trabalhar até os 85 e o homem até os 95 anos de idade". A discussão deu-se em razão de um problema de interpretação do novo fator previdenciário<sup>42</sup>, em votação na época (início de 2015), que instituíra uma soma da idade e do tempo de contribuição do trabalhador ou trabalhadora: o tempo mínimo de contribuição para mulheres é de trinta anos e para homens, de 35 anos. Nenhum usuário presente discordou da interpretação das usuárias em discussão.

Na UBS, minha presença não foi considerada estranha para os usuários, acostumados com o trânsito de pessoas alheias à unidade, mas pareceu incômoda para os profissionais. Por várias vezes, tentei entrevistá-los, mas eles não estavam presentes ou me pediam para esperar até o final do expediente e acabavam saindo sem que eu percebesse. Algumas auxiliares de enfermagem que abordei negaram a participação na pesquisa logo no início, o que me preocupou, pois o interesse na pesquisa era condição primordial para participação. Depois de uma conversa com a coordenadora da unidade, decidi esperar que as obras na UBS original terminassem, pois assim os profissionais se sentiriam mais à vontade.

Quando a unidade estava pronta, voltei a visitá-la e tentar contatar alguns profissionais para o grupo focal, que é uma das estratégias metodológicas mais complicadas de realizar, mas novamente passei pela dificuldade de convencê-los. Os profissionais não diziam diretamente, mas percebi que havia falta de confiança na relação pesquisadora-participante pelo fato de o primeiro contato de pesquisa ter sido feito por outras pesquisadoras que, como disse no Capítulo 3, compunham o grupo de pesquisa da professora Izabel Magalhães, juntamente comigo. Uma delas foi apresentar o projeto e marcar um dia que poderíamos realizar as entrevistas.

Esse entrave só foi superado após outras visitas minhas para observação e um estabelecimento de confiança no trabalho que estava realizando, pois destaquei que não estava ali para julgá-los como profissionais, mas tinha objetivos de pesquisa com os quais eles já haviam concordado e que haviam passado por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Após algum tempo, consegui realizar o grupo focal, que foi muito produtivo, com a colaboração de Júlia Salvador Argenta, pesquisadora da equipe da pesquisa macro, coordenada pela professora Izabel Magalhães.

Após minha volta à UBS reformada, pude constatar que se tornou um lugar espaçoso e bem equipado, com dez consultórios climatizados, rampas de acessibilidade, câmeras de

---

<sup>42</sup> Projeto de Lei de Conversão 4/2015. Sobre "problema de interpretação", conferir Magalhães (2000).

monitoramento e uma central de marcação de consultas com alguns computadores; um ambiente pensado de acordo com o modelo proposto pela atual gestão municipal e que se aproximou um pouco do prédio particular para onde tinham sido movidos temporariamente. A sala de espera estava sempre lotada durante minhas visitas e os usuários relataram-me que precisavam ficar na mesma fila para marcar e confirmar marcação de consultas, além da espera para entrar nos consultórios.

A UBS de Fortaleza possui alguns profissionais que atendem por especialidade, como ginecologia, pediatria e nutrição; distintamente de Pacatuba, onde a enfermeira buscava suprir essas demandas. É de grande importância essa assistência à sociedade e reflito sobre a condição de Pacatuba, onde a enfermeira argumentou que a UBS não tem a obrigação de possuir médicos especialistas. Segundo o regimento do PSF, as UBS devem possuir a equipe composta por médico clínico-geral, técnicos de enfermagem, enfermeiro, agentes de saúde e dentistas (implementado ao programa posteriormente à sua criação), mas não encontrei impedimentos legais para o atendimento de outras especialidades médicas, quando haja profissionais disponíveis.

Quanto aos usuários, a maioria também era de mulheres na faixa de 20 anos mas, diferente de Pacatuba, observei a presença de alguns rapazes desacompanhados e homens idosos na sala de espera. Muitas mães traziam seus filhos para consultas marcadas com a pediatra e pouco reclamavam da demora nas consultas, pois comentavam estar satisfeitas com a profissional, que explicava "tudo direitinho". Os comentários mais comuns eram que, quando ligavam para marcar uma consulta, a agenda estava sempre lotada ou que o computador de marcar as consultas era muito lento. Isso destoava do atendimento de Pacatuba, que ainda era realizado por meio da entrega de senhas no começo da manhã, o que resultava em horas de espera para o atendimento, embora o novo plano de governo do Ministério da Saúde incluísse o fim das filas durante as madrugadas.

Assim como em Pacatuba, os homens eram os que mais recusavam a participação nas entrevistas. Assim como em Pacatuba, houve alguns que responderam as perguntas, mas que depois voltaram atrás e não quiseram autorizar a utilização do áudio, mesmo com o esclarecimento de que não seriam identificados.

Com o tempo, concluí que os/as usuários/as não se sentiam à vontade em falar sobre os profissionais de saúde, pois a maioria preferia referir-se apenas à UBS como estrutura de saúde gerenciada pelo município, distintamente do comportamento dos usuários de Pacatuba,

que dirigiam suas principais críticas (positivas ou negativas) aos profissionais. Destaco que, diante de minha observação, há dois fatores que podem influenciar nessa distinção: a relação das auxiliares de enfermagem de Pacatuba é mais próxima dos usuários e, por isso, eles reclamam a falta de diálogo com o médico e, às vezes com a enfermeira; eles anseiam (como está explícito nas entrevistas e grupo focal) que esses profissionais demonstrem mais proximidade, atenção e empatia para se sentirem mais à vontade durante as consultas. Em Fortaleza, a maioria dos usuários vê sua relação com os profissionais de maneira mais formal, esperando apenas o respeito e a prontidão no atendimento; além disso, muitos deles fazem comparações entre os sistemas de saúde público e privado para demonstrar que não são tão distintos, enquanto os usuários de Pacatuba não podem fazer essa comparação por não terem acesso aos planos de saúde.

Em um dos dias de observações e entrevistas, um homem que aparentava ter cerca de 60 anos, muito magro, reclamava de muita dor devido a um inchaço evidente nas pernas e de que havia marcado uma consulta com um médico, mas não tinha sido atendido. Por um problema de fala, comunicava-se de maneira desarticulada e, por isso, afirmava para os outros usuários que não era alcoólatra e só queria uma ajuda em dinheiro para pegar um ônibus para casa, pois tinha vindo em vão e não conseguiria andar o caminho de volta. Após alguns minutos, um jovem ofereceu-lhe dinheiro, o que o fez começar a chorar, pois os demais o ignoravam. Inevitável recordar da entrevista de uma das usuárias de Pacatuba, que relatou que um parente próximo havia morrido sem receber o exame médico que talvez houvesse salvado sua vida. Esse, felizmente foi um caso isolado diante da rotina da UBS de Fortaleza, onde, apesar de ter corredores cheios, não tinha muitas reclamações de atendimento.

A partir desses relatos de observação, é possível compreender um pouco da intensa influência de questões socioeconômicas em duas Unidades Básicas de Saúde, uma de baixo IDH e outra de alto IDH, na prática assistencial de saúde do PSF. Cabe a ressalva de que, embora Fortaleza tenha IDH mais alto que Pacatuba, a comunidade atendida pelo posto pesquisado é formada de pessoas que vieram de cidades do interior, muitas com pouca ou nenhuma escolaridade. Esta é apenas uma das questões relevantes, que envolvem também a relação interpessoal, a ética médica, as experiências e os valores individuais e compartilhados pelos atores sociais de ambas UBS, dentre outras que serão discutidas no capítulo seguinte.

No próximo capítulo, apresentarei a análise das falas de usuários e profissionais, das manifestações avaliativas e dos discursos presentes nestas. Apresentarei e discutirei aspectos

apontados como obstáculos nessa prática e o que sugerem para superá-los. Almejo tornar clara, portanto, a relação entre o discurso e o contexto social para a construção das identidades dos atores sociais do PSF.

## 5 A CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES POR MEIO DE ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS

*A palavra penetra literalmente em todas relações entre indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos encontros fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político, etc. As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios. (BAKHTIN, 1997, p. 41)*

Tendo em mente o que está registrado nos documentos que regem o Programa de Saúde da Família, um retrato de seu contexto real e alguns aspectos nele imbricados, principalmente sociais e de linguagem, podemos compreender melhor como os discursos relacionam-se com a prática do PSF. As questões que busco responder aqui são as seguintes:

- Como os aspectos identitários apreensíveis no discurso de usuários e profissionais de saúde do PSF assemelham-se ou distanciam-se dos aspectos identitários apreensíveis a partir da observação de campo?
- De que forma o lugar social (usuário ou profissional de saúde do PSF) ocupado por um ator social influencia no uso de determinada modalidade (epistêmica ou deôntica) como estratégia discursiva?

Para responder a tais questões, tomei por base o quadro analítico de Resende e Ramalho (2011, p.116), adaptado de Fairclough (2003, p.191-194) e apresentado na seção metodológica desta pesquisa; compreendendo que a categoria modalidade está embutida, de certa forma, na categoria avaliação, como explicitado na seção teórica. Portanto, busquei compreender como os autores avaliam e, por consequência, comprometem-se em termos de verdade e em termos de obrigação e necessidade, mediante maior ou menor uso de modalizadores epistêmicos e/ou deônticos, ou ainda, em expressões categóricas (ausência de modalizadores). Contudo, veremos que o uso maior ou menor de determinado modalizador detém algumas particularidades que serão reveladoras em cada fala de cada ator social específico.

Busquei apreender, no *corpus* textual selecionado, como os traços linguísticos de modalidade (epistêmica e deôntica) e avaliação são marcas reveladoras de engajamento e/ou



posicionamento ideológico nas falas dos participantes desta pesquisa. Considerei, ainda, na análise dos textos selecionados, o "lugar social" (CERTEAU, 2008) que ocupa o emissor do enunciado e que implicações traz a forma como este expressa experiências, recorre a discursos que circulam nas práticas sociais e constrói sua identidade (imagem de si) discursivamente.

As categorias estão muito imbricadas nos exemplos analisados, motivo pelo qual decidi tecer considerações a respeito desses aspectos avaliativos e modais, concomitantemente, no tópico 5.1. O tópico 5.2 refere-se à relação intrínseca entre as identidades construídas e como são representadas no discurso, ressaltando a relação dialética entre os três Significados do Discurso: Acional, Identificacional e Representacional. Por fim, no tópico 5.3, apresentamos uma discussão a respeito das identidades discursivas representadas nos discursos dos atores sociais em comparação com as observações de campo durante a realização das entrevistas e grupos focais.

## **5.1 Identificações e estilos discursivos**

### **5.1.1 Identidades em Pacatuba**

Mediante leitura prévia das entrevistas de usuários/as e profissionais de saúde, foi possível destacar alguns trechos nos quais fossem mais evidentes as marcas de modalidade ou o uso de expressões categóricas e o que isso pode revelar acerca de suas identidades. A primeira fala que consideramos é a do usuário Rodrigo, quando perguntado sobre o atendimento que recebe dos profissionais da unidade básica de saúde que frequenta:

*O atendimento que eu recebo aqui...é...desse doutor aqui eu num... num me sinto bem, não. Muito à vontade, não [...] ele num deixa a pessoa falar...é-é-é...o que a pessoa quer.*

No início da frase, Rodrigo declara de maneira categórica, sem marcadores de modalidade, o desconforto durante a consulta médica. É importante ressaltar que o usuário referiu-se imediatamente ao médico em exercício na unidade, mesmo a pergunta estando direcionada aos profissionais daquela UBS, em geral; o que revela uma expressão avaliativa com aspecto afetivo, relacionando a qualidade da consulta ao desconforto sentido ao participar deste evento social. Logo em seguida a essa afirmação categórica, o usuário utiliza

o advérbio *muito* como atenuador (categoria que utilizarei para designar palavras de aspecto modalizador, além dos verbos e advérbios modais). Logo após a modalização, que tem por objetivo relatar que não se sente *à vontade*, utiliza o advérbio *muito* em sua forma discursiva, ou seja, o advérbio adquire essa característica atenuadora em relação à afirmação anterior, não havendo comprometimento total com a generalização de sua afirmação. Rodrigo coloca-se em uma posição avaliativa da conduta do médico, que ocupa um lugar social privilegiado na sociedade e central<sup>43</sup> na UBS. Essa avaliação é expressa com um comprometimento ora alto ora baixo, denotando a insegurança do usuário em afirmar categoricamente que não é bem atendido. Percebe-se que, após a modalização, Rodrigo faz uma nova afirmação sem modalizadores, oscilando seu comprometimento avaliativo.

Na frase seguinte, este mesmo usuário é indagado sobre como compreende as orientações que os profissionais lhe fornecem:

*se eu entendo? entendo muito, não! Tem uns que mal fala. Esse daqui...mal fala. A gente fala as coisa, só faz escrever e pronto.*

Rodrigo utiliza mais uma vez o atenuador *muito*, que nesse contexto não está em função de reforço, como pode ser se empregado de maneira diferente em uma frase. A seguir, quando se refere às causas da dificuldade de entendimento das orientações médicas, utiliza o reforço (*booster* - categoria opositora ao atenuador) *mal*, que discursivamente e nesse contexto, ressalta o fato de o médico falar pouco. O que é também perceptível pela frase seguinte, que apresenta uma descrição da atitude do médico que o atendeu (Dr. Jaime) para fundamentar sua opinião. Como é possível notar, as palavras *mal* e *muito* não são modalizadores canônicos (verbos e advérbios modais), mas funcionam de maneira a modificar a frase, denotando o comprometimento do enunciador com a verdade que propõe. Essas formas de modalização foram mais recorrentes nas falas dos usuários e por isso, as palavras atenuador (suavizar uma afirmação ou negativa) e reforço (agravar uma afirmação ou negativa) serão empregadas adiante de maneira a complementar a análise modal.

A frase seguinte também denota a dificuldade de relação e, principalmente, de comunicação entre o usuário Rodrigo e os profissionais do posto:

---

<sup>43</sup> Essa posição central do médico é discutida por usuários/as e profissionais de saúde. Como será possível conferir mais adiante.

*Foi só esse mês, mesmo. Esse mês de março pra cá/de abril/de março pra cá, me jogando de um canto pra outro: "Vá lá na enfermeira. Peça a receita". A enfermeira me manda lá pro doutor: "Vá lá. Peça a receita". Não tem assim, uma conversa, assim, não.*

Rodrigo utiliza o atenuador *só*, denotando que aquele é um caso específico do médico, que chegara à unidade de saúde há poucos meses e que, desde então, a comunicação médico-paciente tornara-se deficiente. A expressão metafórica *me jogando de um canto para o outro* opera como reforço e denota o movimento repetitivo de encaminhamento do usuário a profissionais que não resolviam seu problema eficazmente. A categoria metáfora não foi recorrente na fala dos/as usuários/as de Pacatuba, aparecendo apenas na fala dos profissionais, durante o grupo focal. As frases dos profissionais são representadas no imperativo direto, sem modalizadores, na fala do usuário, que conclui, voltando a falar em primeira pessoa, utilizando a palavra *assim* com uma característica atenuadora que modaliza sua opinião sobre a qualidade da conversa empreendida entre ele e os profissionais da unidade de saúde. Nota-se, assim como na frase anterior, que há uma constante oscilação entre o reforço de proposição e sua atenuação. Nessa frase, tampouco há presença de modalizadores epistêmico ou deônticos.

A fala do usuário Rodrigo traz uma representação da identidade dos profissionais, que é levada a uma reflexão a respeito de sua ética profissional: *Tem uns que fala até com ignorância*. Nesse caso, Rodrigo utiliza o artigo *uns* com função de atenuador, pois quer declarar que não são todos os profissionais, mas apenas *uns* (alguns) que falam; *até*, advérbio aqui utilizado na função de reforço da forma com a qual os profissionais o tratam: *com ignorância* (aqui popularmente referindo-se a tratamento sem cortesia, grosseiro).

A entrevista é arrematada com a avaliação de Rodrigo a respeito da ausência, naquele momento, do médico sobre o qual relatava:

*[...] ele [o médico] devia ter-ter dito que-que não vinha antes, né? De deixar a mensagem depois que terminou a entrevista. Dizer que não vem. Dizer que não vinha. Aí, eu acho isso muito INVOCADO! A gente espera até duas horas. Eu vim cinco horas da manhã pra cá, pegar a ficha pro doutor. Espera até duas horas e-e agora vem dizer que não vinha.*

Na frase avaliativa anterior, o usuário utiliza a modalidade deôntica, que denota expressões de obrigação, aqui em relação ao médico Jaime, com o verbo modal *dever*, em *devia ter*. Apesar da modalidade escolhida denotar obrigação, é importante notar que esta é acompanhada da conjugação do verbo no pretérito imperfeito, que é utilizado comumente

como equivalente ao futuro do pretérito (deveria) quando tem por função expressar um desejo (no caso, de Rodrigo). Sendo assim, mesmo com a modalidade deôntica, que geralmente apresenta alto grau de comprometimento avaliativo, a conjugação funciona como atenuador; mais uma vez, portanto, há oscilação na avaliação do usuário (é um caso de sobremodalização, como vimos no capítulo 2 (FIORIN, 2008)).

A intenção de avaliação valorativa negativa sobre a conduta do médico ao exclamar *Aí, eu acho isso muito INVOCADO!*, mesmo com a utilização do modalizador epistêmico *eu acho*, é mantida pelo reforço *muito* e a utilização do adjetivo discursivizado, *INVOCADO*, que inclusive está destacado em letras maiúsculas, denotando alteração no tom de voz<sup>44</sup>. A escolha lexical é muito importante neste caso e, também é necessário destacar o significado conferido a ela a partir de um contexto, pois na fala popular cearense, pode indicar algo bom (corajoso) ou ruim (mal-humorado, com raiva, cismado, estranho): nesse caso, o usuário usa esse vocábulo com a intenção clara de reprovar a atitude do profissional.

A usuária Zenith também apresenta sua opinião sobre este mesmo acontecimento, quando perguntada sobre como avalia o atendimento na UBS:

*huum, precário, né, e agora mesmo o médico ia vim, aí, de última hora, mandou uma mensagem pra enfermeira dizendo que não iria vim mais. Aí, como é o meu marido, ele trabalha, carteira assinada, já vai faltar ho/ faltou hoje, já vai faltar AMANHÃ de novo, né, prejudica bastante, né, porque, se ele não iria vim, ele poderia ter mandado um substituto, né, isso?*

*[...]Como hoje, né, eu marco a consulta pra uma hora, pra gente aqui chegar uma hora, aí o médico vai chegar duas, duas e meia, TRÊS HORAS, não tem hora certa pra chegar. Aí, eu-eu tou gestante, não vou poder passar a tarde TODINHA aqui sem me alimentar, com fome, num calor desse, né, aí tá difícil.*

*[...]se o médico marcar hora pra gente, sabe, marcar pra gente vir uma hora, exatamente pro médico chegar aqui quinze pra uma, antes da hora do paciente chegar, já era pra ele tá no consultório dele, ajeitando as coisa dele pra começar o atendimento, não a gente ter que esperar, que a gente já tá doente, então tem que ser consultado logo, né.*

No primeiro trecho, Zenith manifesta-se sobre a ética médica, opinando sobre como *deveria ser* o procedimento quando um médico precisasse faltar a uma consulta agendada. O uso desta expressão deôntica reforça sua crítica (mas é necessário assinalar que ocorre a mesma sobremodalização anteriormente relatada na fala de Rodrigo), assim como a narração das dificuldades que enfrenta para conseguir um atendimento, que ela denomina pelo vocábulo *precário*. A escolha lexical também é destaque, já que sua fala revela que a falta de médico é algo constante na UBS.

---

<sup>44</sup> Rever quadro de convenções de transcrição, na seção metodológica.

No segundo trecho, a narração de fatos também é estratégia para enfatizar a ética do profissional médico em sua avaliação, o que torna sua fala prioritariamente categórica, apresentando apenas as expressões modalizadoras *deve chegar*, *não vou poder* (enfatizada pela avaliação *tá difícil*). Zenith, assim como Rodrigo, apresenta um desejo de como o médico deveria agir diante de seu compromisso com os usuários, apresentando motivos pelos quais eles não podem esperar (Rodrigo chegou de madrugada à UBS e Zenith estava gestante e teve de esperar algumas horas sem se alimentar) e também que conduta o profissional deveria tomar, mas esse último fator é mais categórico na fala de Zenith, que apresenta maior detalhamento de seu desejo em relação à figura médica.

No terceiro trecho, a usuária apresenta duas vezes a modalização *tem que*, acompanhada de verbo no infinitivo. Além disso, apresenta duas construções frasais que denotam a ideia de obrigatoriedade: *exatamente pro médico chegar aqui 15 pra 1* (omitindo a expressão deôntica *tem que*) e *era pra ele tá no consultório* (omitindo o verbo dever: *deve estar*; *deveria estar*). O fato de a usuária omitir os verbos canônicos que indicam obrigação é algo relevante; porém, sua intenção é, claramente, avaliar de maneira negativa a conduta do médico e melhorias para o atendimento. Mesmo com a estratégia discursiva utilizada de maneira não canônica, o grau de comprometimento da usuária Zenith é, de maneira geral, alto.

Cabe discutir a semelhança dos depoimentos dos usuários, analisados até agora, com recortes da entrevista de grupo focal com os demais usuários, quando perguntados sobre a relação que possuem com os profissionais da UBS que frequentam. Observemos a seguir:

*Marilda: Tem médico que deixa a gente bem à vontade, né, mas tem uns, né, que a gente num, né, a gente não tem um/ esse que saiu agora, a gente num abria nem a boca. (ininteligível) num olhava nem pra cara da gente [Neli: ainda era IGNORANTE] (ininteligível).*

*Neli: Eu vim pra antes de/antes dele, uma MÉDICA que tinha aqui [Marilda e Alzira: áááá, legal, ela], ela era muito boa, que foi ela que descobriu o problema do Vitor, que ele tá com adenoide. [Pesquisadora: áááá] MUITO BOA A ANTES do último que estava.*

[...]

*Rodrigo - [Risos do usuário e das usuárias] Se for o que eu tô pensando aqui, eu nuuuuum/ me sinto à vontade, não. Porque nuuum...é a primeira semana, não, ele tá com mais de-de...desde o mês de...março que num me sinto à vontade com ele não.*

Marilda expressa, inicialmente, uma afirmação avaliativa categórica a respeito de alguns médicos que os deixam *bem* (reforço/asseverador) *à vontade*. Em seguida, uma usuária utiliza o advérbio de negação *nem*, duas vezes, na intenção de agravar a deficiência da

comunicação com o médico Jaime em: [...] *num abria nem a boca [...] num olhava nem pro lado da gente*. A avaliação de Marilda é importante, pois numa relação em que o diálogo é essencial para encontrar a solução para um problema (diagnóstico), sua falta pode ocasionar erros graves. É importante que o/a usuário/a sinta-se livre, tanto para responder aos questionamentos do médico, quanto para dar informações que considera importantes para o diagnóstico e sobre as quais não tenha sido indagado/a.

Quando Neli se refere a uma médica específica, utiliza o advérbio *muito*, intensificando o adjetivo *boa* e expressando avaliação positiva. O usuário Rodrigo, assim como na entrevista individual, defende sua opinião a respeito do médico em exercício no grupo focal, ressaltando agora, sem modalizadores, o desconforto durante a assistência médica com o profissional específico e argumentando que não é uma primeira impressão, pois como relata, não é a primeira semana de exercício deste profissional. Rodrigo encontra consonância nas avaliações das outras participantes do grupo focal e, por isso, parece evitar modalizadores.

Na declaração das usuárias, podemos identificar vocábulos que atuam como marcas asseveradoras ou de reforço ("boosters"), e atenuadoras ou evasivas ("hedges") no discurso, que não figuram como marcas de modalidade clássicas, mas desempenham tal função. Os reforços e as evasivas são tipos de metadiscorso que, segundo Hyland (2000, p.37), são maneiras que o(a) enunciator(a) possui de expressar a(ao) interlocutor(a), no momento da interação, seu engajamento a respeito do que profere, assim como faz com os modalizadores canônicos e que, por isso, não podem ser desconsiderados.

Como indica Fiorin (2000, 185), "as manifestações lingüísticas das modalidades servem de pistas para a compreensão da discursivização das modalidades", mas não configuram a única maneira de analisá-las. Assim como nos textos anteriormente analisados, nos quais os marcadores discursivos de modalidade eram explícitos e inclusive híbridos, reforços e evasivas também contribuem, no texto, para o que o enunciator quer expressar. Como o autor ressalta, "grandes blocos narrativos podem ser a manifestação das modalidades" (idem, p.191), o que revela que mesmo sem as marcas lingüísticas especificamente modalizadoras, a construção do texto dá indícios de para onde o leitor/ouvinte deve seguir na trajetória de construção do sentido. Essa trajetória do texto é muito importante a se considerar quando analisamos textos reais dentro de um contexto social, pois podem haver outras explicações (lingüístico-discursivas ou sociais) para a ausência de modalizadores do que

simplesmente o alto comprometimento avaliativo. Um exemplo é a fala da dentista, que apresentarei mais adiante.

A usuária Cibele, ao avaliar o atendimento na UBS, destaca aspectos relevantes de sua identidade na manifestação avaliativa seguinte:

*Cibele: Tá sendo bom, porque se não for, eu digo logo, né, que eu não gosto nem um pouco de ficar calada, né.*

Cibele é categórica ao referir-se ao atendimento e para enfatizar que está sendo verdadeira, denotando alto comprometimento avaliativo, apresenta os reforços/boosters *logo* (neste contexto, com o sentido de "imediate") e *nem um pouco* (para afirmar que o faria se houvesse algo com o qual não concordasse). O marcador discursivo<sup>45</sup> *né* é comum na fala dos atores sociais e pode indicar simplesmente uma solicitação de confirmação do acompanhamento do interlocutor daquilo que é dito ou de aprovação (o que é o caso).

A usuária Ananda, por sua vez, lança mão de outra estratégia para enfatizar sua visão sobre o atendimento, como na fala seguinte:

*Ananda: Bom, eu considero um bom atendimento, né, eu acho que cada pessoa tem que fazer a sua parte, é, chegar cedo e pegar ficha, porque muita gente vem em cima da hora ou tarde demais pra pegar, querer forçar um atendimento, né, mas aí quando a pessoa chega cedo, pega a ficha...viu, eu gosto do atendimento do posto, acho muito bom*

*[...]Jaqui o atendimento é bom, a questão que eu acho, a dificuldade é sobre especialidades médicas, né, que aqui não tem, por exemplo, da primeira vez que eu vim fazer exames aqui, eu fiz exame de sangue que vieram coletar aqui no posto, não sei se ainda continuam coletando aqui, fazem a coleta aqui e vão embora, né, eu acho que era pra ter aqui... não sei se é por causa da distância de Pacatuba, porque tudo é resolvido lá, e eu tou achando distante, eu acho mais próximo ir em Maracanaú e procurar um atendimento lá do que aqui, porque- porque é muito, é muito ruim você precisar fazer exame de sangue aqui na hora, se você tiver com dengue, você num pode, porque não tem, num pode sair um resultado rápido, aí você sai daqui... e vai direto pra Maracanaú.*

Ananda considera o atendimento *bom* e utiliza o modalizador epistêmico *eu acho*, duas vezes, ao se referir à necessidade de que os/as usuários/as estejam conscientes de suas responsabilidades, para que ele continue assim: principalmente chegar cedo e não tomar o lugar de ninguém, não *forçar atendimento*. Para citar tais responsabilidades, utiliza o modalizador deôntico *tem que* e, assim como a fala da usuária anterior, omite o mesmo modalizador deôntico na frase *é chegar cedo*, que poderia ser reconstruída como "tem que chegar cedo". Somente no segundo trecho, a usuária usa mais modalizadores epistêmicos, denotando uma baixa no grau de comprometimento que denotava no trecho anterior; porém,

---

<sup>45</sup> Ver Fairclough (2001).

ainda apresenta o modalizador deôntico *era pra ter aqui*, logo após o epistêmico eu *acho*. Como alguns/mas usuários/as, Ananda utiliza narrativas de experiências suas para reforçar sua avaliação e quando o faz, usa poucos ou nenhum modalizador. Um problema no atendimento que é apontado pela usuária é a falta de especialidades médicas e a dificuldade de ter de buscar, por conta própria, atendimento em municípios vizinhos. Como discutido na seção 4.2, esse é um problema que impede o andamento do trabalho no PSF, pois os exames não costumam ficar prontos a tempo para que haja uma prevenção de determinadas doenças e basta que o/a usuário/a tenha a experiência de não conseguir realizá-lo algumas vezes, para desistir de ir à UBS, lotando hospitais (inclusive de municípios vizinhos) a procura de atendimento.

A seguir, duas usuárias referem-se ao atendimento de maneira destoante, em relação ao aspecto afetivo:

*Dolores: Não. Eu não tenho muita relação, assim, com eles, não. Só... a pessoa que dão as fichas que a gente tem mais, assim, um-um [contato] contato, né.*

*Cibele: Hum, boa, eles me atendem bem, eu... como engato amizade, assim, sou chegada a eles, né, tudim... [uhum] mas gostar-gostar de um (ininteligível)... sente falta, né, eu gosto de tudim.*

A usuária Dolores afirma que sua relação com os profissionais é formal, os modalizadores *muita* e *só* e o indefinido *um* são empregados de maneira a atenuar a avaliação afetiva sobre os profissionais, demonstrando baixo comprometimento; enquanto Cibele refere-se à amizade como fator que garante o bom atendimento, demonstrando alto comprometimento avaliativo. Assim como o usuário Rodrigo, Dolores utiliza a repetição da negação e atenuantes como *uns* e o vocábulo *muita* (em *muita relação*), com a função de não generalizar sua opinião a respeito dos profissionais. Cibele, por sua vez, é categórica ao considerar sua relação com os usuários positiva e firmada em uma relação pessoal de amizade (*engato amizade; sou chegada a eles*), o que faz com que as profissionais a tratem bem. Durante as observações, pude notar que algumas usuárias demonstravam conhecer, principalmente, as auxiliares de enfermagem, por estas serem da própria comunidade. Muitas vezes, enquanto esperavam o atendimento médico, ficavam conversando sobre temas que não tinham ligação com o ambiente de saúde e realmente pareciam ter uma boa relação. Em geral, os/as usuários/as de Pacatuba compreendem que a relação com os profissionais de saúde deve ser mais que respeito e cordialidade, referindo-se a uma boa relação quando há uma conversa,



um interesse em saber como estão e como ajudá-los. No próximo tópico, quando apresento as entrevistas de Fortaleza, será possível verificar falas que se aproximam e se distanciam em relação ao campo afetivo entre esses atores sociais das duas UBS.

Vejamos o que dizem outras usuárias, durante o grupo focal, ao se referirem à sua relação com os/as profissionais de saúde:

*Marilda: Assim, eu vou dizer de MIM, né? As meninas, as auxiliares; a Dandara, a Melissa da vacina, a própria Débora, a moça da farmácia/SEMPRE me receberam bem! [Marinês: Também.] Eu não tenho o que dizer delas.*

*Alzira: Eu num tenho essa sorte, assim, não [risos]*

[...]

*Marilda: Eu, assim, eu não tenho o que dizer delas, sinceramente. Agora dessa enfermeira eu já tenho...muito grosseira, pra não dizer outra coisa. Eu num sou de xingar, não. Sou logo de avançar no pescoço, mesmo. [risos]*

A fala da usuária Marilda, após a introdução que a caracteriza com tom epistêmico (*vou dizer de MIM*) é prioritariamente categórica ao avaliar positivamente algumas profissionais da UBS. Assim como Alzira é categórica ao afirmar que acontecia o oposto com ela. No segundo trecho da fala de Marilda, esta revela traços de sua identidade por sua escolha lexical: *Eu num sou de xingar, não. Sou logo de avançar no pescoço, mesmo*. A usuária ressalta a grosseria da enfermeira e demonstra seu descontentamento com esta atitude, explicando como ela mesma costuma agir quando tratada dessa maneira. Cabe lembrar, aqui, a cena descrita no capítulo anterior, em que Marilda discute com a enfermeira a respeito de não haver médicos especialistas na UBS. Apesar desta declaração de Marilda, o que pude perceber foi que sua reação foi mais questionadora do que impulsiva, pois em sua discussão com a enfermeira, apresentou argumentos plausíveis e contrapôs à altura os argumentos da profissional. É interessante, portanto, a forma como a usuária constrói sua imagem de si e como um/a observador/a a caracteriza. Esta usuária se destaca nas observações, porque tanto nas entrevistas quanto no grupo focal, os/as usuários/as costumavam colocar-se mais no lugar de atores sociais prejudicados pelo sistema de saúde público, do que de questionador de seus direitos; distinto de Marilda que questiona, observa, pesquisa e encontra formas de resolver seus problemas de saúde.

A usuária Dolores relata um obstáculo ainda mais difícil de transpor do que a má relação entre os atores sociais da UBS, que é a falta de profissionais:

[...] a gente vem se consultar... Quando tem médico a gente é atendido, né, QUANDO tem médico.

Dolores ressalta a falta de médico (especificamente o clínico-geral) sem usar quaisquer modalizadores, mas se nota na ênfase da palavra *QUANDO* que avalia negativamente e com alto comprometimento a postura desse profissional. Para esclarecer a precariedade do atendimento, a usuária narra um episódio que ocorreu com um familiar:

*é-é o atendimento, eu-eu mesma, num acho muito bom não, né, porque a gente...quando vem procurar, assim já tá necessitando muito, aí é... DEMORADO. Eu tenho até exemplo de família minha que-que passou seis meses por/ pra/ anh/ pra fazer uns exame. Essa pessoa FALECEU e não foi feito os exames. Faleceu agora, tá cum um mês e NÃO FOI FEITO ESSE EXAME, então eu não tenho coisa boa a dizer daqui, não do atendimento.*

A usuária Dolores, além de denunciar a falta constante de profissionais, relata o caso de um familiar que foi prejudicado gravemente pela lentidão na realização e/ou entrega de exames. Este problema grave é apresentado por outros usuários e, até mesmo, pelos profissionais em entrevistas que veremos mais adiante. O início da frase apresenta o modalizadores epistêmicos *eu mesma, num acho* e o reforço *muito*, com a função de reforçar a negação de um bom atendimento. Assim como na fala desta usuária, outros atores sociais desta UBS costumam usar narrativas para legitimar o que estão afirmando e, quando utilizam esta estratégia discursiva, geralmente não utilizam modalizadores epistêmicos ou deônticos, preferindo apenas atenuadores e reforços ou, ainda, expressando-se categoricamente, como foi o caso de Dolores. Avaliando a fala e o contexto de realização desse problema, é importante refletir mais uma vez sobre como pode haver prevenção de doenças se um exame que poderia ajudar no diagnóstico ou até mesmo salvar um usuário não está dentro das prioridades do PSF. Não há como evitar o hospitalocentrismo se procedimentos simples não podem ser realizados na UBS. Existe uma falha no método de aplicação dessa estratégia de saúde, portanto.

Após conhecer um pouco sobre o atendimento através da visão dos/as usuários/as, destaco as falas dos profissionais de saúde, a partir de agora. Início com trechos da entrevista com o médico Jaime, ao qual se refere a maioria dos/as usuários/as até este ponto, para ampliar o conhecimento a respeito da comunicação entre os atores desta prática social assistencial e como ela é representada na identidade deste profissional de saúde. Defendo, portanto, que é necessário compará-las, a fim de compreender a relação entre as representações identitárias dos/as usuários sobre este profissional e sobre si mesmos e deste

profissional sobre os/as usuários/as e sobre si mesmo. Perguntas semelhantes foram feitas ao médico, salvo as especificidades requeridas por seu papel social na prática assistencial. Quando perguntado ao profissional a respeito da sua relação com os usuários, este declara:

*Normalmente, é muito bom. As minhas relações, assim, com todos os pacientes são muito boas...certo? Eu acho que eu tou há tanto tempo no PSF, né? porque...eu sempre tive um relacionamento muito bom com os pacientes e eu saio satisfeito na maioria das vezes quando eu consigo, assim/ eu vejo que eu consigo é-é-é...ter essa relação BOA com os pacientes, fazer com que eles entendam a doença, que eles entendam o tratamento da doença, né? [...] Então, normalmente minhas relações com os pacientes são muito boas.*

A manifestação avaliativa do médico Jaime sobre sua relação com os usuários destoa completamente da revelada no discurso dos usuários. As opiniões são apresentadas, na maioria dos casos, como tácitas no discurso de ambos, mas se nota maior uso de modalizadores na fala do profissional (em sua maioria epistêmicos). O advérbio modal *normalmente* é utilizado no início da frase, mas logo após, apresentam-se os advérbios *todos* e *sempre*, exercendo a função de reforço da afirmação. Porém, mais adiante, os advérbios *normalmente* e *na maioria das vezes*, novamente modalizam a manifestação avaliativa, mostrando bastante oscilação no grau de comprometimento no julgamento do profissional. Há uso frequente de modalizadores epistêmicos em várias de suas declarações, das quais destacaremos a seguinte, quando é perguntado o que mudaria no atendimento ao usuário do PSF, se dependesse dele:

*Eu acho/ASSIM...no atendimento em si...é-é-é. Eu acho que nada, porque não muda, é uma consulta médica NORMAL. Tanto faz se é aqui ou num posto de saúde como numa clínica particular, eu acho que a consulta é a MESMA, não é?[...] Eu acho que talvez o que deveria ser mudado/que eu acho que seria essa a tua pergunta/daqui a duas próximas perguntas, seria com relação a essa obrigatoriedade de NÚMEROS, né?. Assim...de você, às vezes, ficar um pouquinho preso a TANTOS pacientes que TÊM QUE SER ATENDIDOS. Então, se eu tiver atendendo menos, estou abaixo da minha meta, se eu tiver atendendo mais, tá tranquilo... Mas, de qualquer forma, afetaria um pouco a qualidade. Eu acho que o atendimento tem que ser um atendimento de QUALIDADE, independente do que SEJA, ou de QUEM SEJA ou onde se/onde estejamos. Assim, então eu acho que uma das coisas que teriam que ser mudado seria com relação a-a essa questão de-de obrigatoriedade QUANTITATIVA.*

O trecho indica diversas modalidades epistêmicas, como a recorrência de *eu acho*; uso de atenuadores como *talvez* e *às vezes* e o uso do diminutivo *pouquinho*, na função de atenuador discursivo; além de verbos flexionados em um sentido condicional (que já foram vistos como exemplos de sobremodalização, em entrevistas anteriores). Tais estratégias de modalização ocasionam a preservação da identidade do médico através do baixo grau de

comprometimento, apresentando a informação, muitas vezes, no nível das possibilidades. Também são usados verbos que expressam modalidade deôntica, como *têm que ser* (nível obrigatório direto) *deveria ser* e *teriam que ser* (obrigatório sobremodalizado pelo condicional). O raciocínio do médico leva a um julgamento a respeito de a qualidade do atendimento estar, em sua opinião, diretamente relacionada à exigência quantitativa do PSF; ressaltando em dois pontos da fala, que sua visão quanto à qualidade no atendimento médico independe 'de quem seja ou de onde esteja'. Porém, diante das declarações dos usuários e de minha própria observação como pesquisadora, é possível concluir que o motivo mais plausível para a falta de tempo hábil para atender os/as usuários/as está mais diretamente ligada a atrasos e faltas desse profissional, o que os obriga a esperar mais tempo na UBS e a retornar quando não são atendidos da primeira vez, ocasionando lotações na sala de espera (que, na verdade, são pequenos corredores).

Mais adiante, como continuação à resposta dessa mesma pergunta, o médico Jaime retoma o argumento anterior, apresentando uma apreciação do problema:

*[...] Então, assim, é muito mais válido atender DEZ pacientes, MUITO BEM atendidos, esses dez pacientes sejam, assim, consigam entender a questão da prevenção, da promoção, que ELES também já façam parte da DIVULGAÇÃO, né? [ininteligível] do programa[...] É um número de pacientes, de certa forma, bo/BOM, mas eu acho que a gente poderia não ser tão estático nisso ou até mesmo diminuir a quantidade de pacientes pra que a gente tivesse uma qualidade, né? tipo assim...é-é-é MELHOR. [...] quando tu falou da relação com os usuários. Então, assim, é-é eu acho que essa relação é boa, porque, mesmo com essa quantidade de pacientes, né? com esse número que a gente tem, a gente tenta fazer uma qualidade boa e aí o nosso retorno é esse. A gente vê que o paciente, ele-ele sai SATISFEITO. Então acho que tudo acaba sendo vinculado, né? Tipo assim, uma-uma coisa está ligada à outra.*

A avaliação do médico, portanto, reforça a relação entre o número elevado de pacientes e a qualidade do atendimento, a partir de afirmações categóricas e sem modalizadores, inicialmente. Mais adiante, utiliza o atenuante *de certa forma* e o modalizador epistêmico *eu acho* ao lado de um verbo no condicional *poderia*, reforçando a modalização atenuadora. A atenuação é realizada quando argumenta que, apesar da quantidade, há qualidade no atendimento, perceptível quando o paciente *sai SATISFEITO*, valoração positiva que destoa da representação dos usuários.

São relevantes para uma análise pautada pela ADC os elementos suprasegmentais na fala do médico, que tem suas alterações de voz indicadas pelas palavras escritas com letras maiúsculas. Tais alterações marcam a ênfase requerida deste ator social em seu texto sobre

sua certeza da satisfação pessoal do usuário com o sucesso de seu trabalho. De maneira geral, o comprometimento avaliativo do médico é baixo, embora ele busque construir uma argumentação de que sua relação com os/as usuários/as é positiva.

O médico Jaime destaca, em dois pontos da entrevista, a incoerência das expectativas do usuário em relação ao atendimento de qualidade no PSF e o que deveria ser mudado, advertindo que a compreensão do conceito de urgência médica pelo/a usuário/a deveria ser revista para melhorar a comunicação com os profissionais de saúde:

*[...]o que nós falamos, o que os usuários, né... falam/CONHECEM do PSF, seria essa questão de-de muitas vezes achar que tudo para eles é urgência. Então uma das coisas que nós fazemos/assim no-no atendimento, no PSF, é a questão do acolhimento do paciente, que é uma coisa que nós tentamos fazer.*

*[...]Então, assim. é-é-é. Acho que seria essa questão da comunicação, realmente, no entendimento, o que é urgência para o paciente, o que é urgência para nós da Unidade de Saúde, né? [...]E acho que é até costume do brasileiro, né?: a gente só vai depois que acaba [referindo-se aos medicamentos].*

Nos trechos, o enunciador usa apenas o modalizador em tempo verbal condicional (*seria*), o modalizador epistêmico *eu acho* e o asseverativo/reforço *realmente*, de maneira explícita. Porém, julgamos importante o fato de que, no primeiro trecho, após a afirmação categórica de que o acolhimento do paciente é algo que "é feito", expresso pelo verbo no presente do indicativo *fazemos*, o médico modaliza com o verbo *tentamos*, que não configura modalizador cânone, mas tem por função atenuar a afirmação categórica anterior. No segundo trecho, o médico afirma que o problema relacionado ao desconhecimento do conceito de urgência é algo comum à cultura brasileira, usando como modalizador explícito apenas o reforço *até*, mas se valendo da expressão *a gente*, usado como sinônimo de 'nós', para se incluir na representação feita a respeito dos brasileiros, generalizando a afirmação e não se referindo somente aos usuários. É importante compreender que esse problema apontado pelo médico Jaime relaciona-se com a base de atuação do PSF, que é a prevenção de doenças e promoção de saúde, que não acontece de maneira eficaz se o/a usuário/a não compreende a distinção entre os conceitos de urgência/emergência no hospital e em uma UBS.

A dentista Luciana, por sua vez, destaca a relação com os/as usuários/as como uma troca de experiências:

*NÃO, eu tive que aprender muito, né, eu comecei se-se desde que eu me formei que eu trabalho no PSF e, quando/ no começo, eu não entendia muito bem. Assim, o que eles queriam. Então, é tudo questão de-de experiência, né, eu fo/ hoje em dia, me dou super bem com eles. Eles me respeitam, nunca tive nenhum*

*problema, graças a Deus, eu sei que um dia vai chegar a/que eu vou chegar a ter, mas é muito tranquilo, eles me respeitam... num tenho problema, não.*

A dentista Luciana afirma ter adquirido aprendizado com o atendimento, utilizando como únicos modalizadores os reforços *muito* e *super*. Interessante que a dentista tenha ressaltado o respeito conferido pelos/as usuários/as a ela e que isso tem sido a garantia de que a relação de ambos seja tranquila. Além disso, afirma categoricamente estar consciente de que haverá um dia em que ocorrerá um mal estar, talvez por considerar esse fator algo normal em relações interpessoais ou por ter tido experiências anteriores de desrespeito.

Assim como o médico Jaime, a dentista Luciana destaca que os problemas no atendimento partem, geralmente, de algum fator desencadeado pelos usuários, que não se fazem compreender ou que não entendem como devem proceder em relação ao atendimento. A dentista, porém, apresenta poucos modalizadores em sua entrevista, mas é preciso ressaltar que o médico Jaime falou mais afetivamente sobre sua relação com os/as usuários/as, enquanto Luciana usou mais explicações sobre os procedimentos realizados de uma perspectiva mais técnica, poucas vezes avaliando de uma maneira afetiva as relações interpessoais.

As profissionais seguintes, por sua vez, destacam outros aspectos de sua relação com os/as usuários/as, principalmente no que se refere aos obstáculos e atalhos para um bom atendimento:

Texto 1:

*TEnf. Melissa: Na minha opinião, é boa, porque assim, como eu moro na comunidade e trabalho na comunidade, e graças a Deus não tenho inimigos (risos) então, pra mim, é muito tranquilo, assim, quando as pessoas chegam, sempre me procuram, procuram ver se eu estou ou não. Porque eu trabalho esse tempo todo aqui na comunidade NESSE POSTO, então, já passei por todos os setores, agora, no momento, o meu setor é imunização, eu já tô aqui há dez anos só na imunização, mas isso num me limita, não, eu trabalho em todos os setores entrego medicação, vou no laboratório, faço um curativo, se for preciso fazer trabalhos fora na área, também, até porque essa época agora de campanha a gente trabalha na área com a vacina do idoso, né, são as vacinas domiciliares e também as vacinas na escola, acompanhando também nas visitas do PSE<sup>46</sup>, são os programas nas creches, escolas...também a questão da imunização da criança, pra ver como é que tá o desenvolvimento, né, pesar, medir e ver a imunização.*

Texto 2:

---

<sup>46</sup> Programa Saúde na Escola (PSE), instituído em 2007, com o objetivo de promover a saúde também em ambiente escolar por meio de visitas (pesagem, vacinação etc) e palestras.

*TEnf. Dandara: Ah, eu adoro trabalhar nessa área, porque, assim, além da gente trabalhar aqui, a gente conhece o pessoal da comunidade. Então, assim, é muito próximo, entendeu, quando falta, a gente já sabe que aquela pessoa faz tempo que não vem no médico e a gente/ porque, assim, além de eu trabalhar aqui, eu moro na comunidade/ então, assim, a área que eu escolhi, eu gosto de fazer. É o que eu gosto.*

As técnicas de enfermagem utilizam o mesmo aspecto para enfatizar sua boa relação com os/as usuários/as, que é o fato de pertencerem à mesma comunidade e conhecerem as dificuldades específicas dos indivíduos atendidos por aquela UBS; destacando, ainda, sua paixão pela profissão como fator importante para realizar um bom trabalho. Dandara revela um alto comprometimento avaliativo, assim como Melissa, que utiliza afirmações categóricas e reforços (*muito, sempre, esse tempo todo, todos*) e destaca seu percurso como profissional na UBS, que não é limitado por sua função original.

Em minha observação, pude confirmar que as técnicas de enfermagem e a enfermeira são profissionais que desempenham várias funções e, nem sempre, isso é visto por elas como algo positivo. Por algumas semanas, observei que uma das técnicas de enfermagem estava desempenhando a função de recepcionista (que entrega as fichas aos/às usuários/as) e a de entregar as medicações na farmácia, ao mesmo tempo. Alguns/mas usuários/as não compreendiam que alguns aspectos estavam além da responsabilidade dessa profissional e ficavam impacientes. No caso de quem trabalhava na farmácia, outro problema se destacava, que era a interpretação do gênero textual mais importante no atendimento médico: a receita. trataremos deste obstáculo a seguir.

Quando perguntados se compreendiam as receitas dos médicos, os/as usuários/as do grupo focal são unanimemente categóricos ao responder negativamente. A usuária Neli afirma: *esse doutor aí, não. Mas o Dr. [Nome do médico] que eu tô acostumada, tô me sentindo bem à vontade com ele, mermo.* Os/as usuários/as, portanto, modalizam a declaração sem marcadores explícitos textualmente, referindo-se a um médico específico que costumava explicar as receitas e não apenas prescrevê-las, em contraposição a outro, que não costumava ajudá-los a compreendê-las. A usuária Marilda faz uma sugestão do que poderia ser feito pela classe médica, em geral, em relação a esse problema das receitas:

*[...]só que é tanto medicamento que não dá pra se lembrar, quando chega em casa, de todos, né? Como é o caso da minha mãe. Ela recebe MUITO, mas MUITO MESMO. Aí eu acho até melhor assim: prescrever a receita, né? Aí ou atrás/ ou atrás ou em outro papelzinho que a pessoa fique com ele, que tem a data, tem a hora, a dosagem, tudo direitinho do medica/cada medicamento. E aí [ininteligível] cheio de remédios, “pra que que serve isso daqui mesmo?”. A gente não sabe pra quê que serve, que NÃO SE LEMBRA, né?*

A usuária faz a sugestão utilizando o modalizador epistêmico *eu acho*, por não se considerar uma especialista, como o médico, que ocupa um lugar social que requer uma formação específica, mas por falar de um lugar social que detém o mínimo de conhecimento empírico sobre a questão, considerando relevante, portanto, apresentar sua posição. O grau de comprometimento é alto, contendo reforços (muito, *muito mesmo*), atenuador (*só*) e apenas um modalizador epistêmico (*eu acho*).

A usuária Alzira também dá sugestão a respeito de como devem ser administradas as receitas:

*Alzira: Minha senhora, minha mãe é hipertensa, né, minha mãe é hipertensa e ela só vem se consultar de três em três meses com um médico, mas nem todos os medicamentos as enfermeira pode passar. Aí ele só pode prescrever em uma receita parece só até trinta ou a sessenta medicamentos, NÃO DÁ pro mês todo, [Marilda: sessenta] Não dá pra três meses, aí isso eu acho errado, se não pode botar na receita, eles podia fazer pelo menos em duas receita, né, o mesmo medicamento que você ouviu, [Marilda: mas nem isso ele não pode].*

Alzira faz uso das expressões modalizadoras *eu acho*, *podia fazer* (que apresenta sobremodalização), e os atenuadores *só*, *nem todo*, *pelo menos*. A usuária explica a dificuldade da mãe, não apenas de receber as medicações, mas também de como administrá-las. Assim como Alzira, vários profissionais de saúde ressaltam que os idosos precisam da ajuda de familiares para administrar medicamentos, por esquecer ou não compreender as indicações do médico, ou ainda, porque não são escolarizados e não podem ler as receitas.

Este mesmo problema será apresentado pelos atores sociais da UBS de Fortaleza, no próximo tópico deste capítulo, e se configura como problema sério no atendimento, pois as enfermidades que necessitam da administração de tais remédios são crônicas, o que significa que os usuários necessitarão sempre delas.

O fato de alguns usuários/as apresentarem soluções aos problemas no PSF e não apenas apontá-los é algo que considero muito importante, pois muitos/as deles/as desconhecem o regimento do PSF, que indica como uma de suas metas justamente uma gestão conjunta com a comunidade. O que observei é que apenas agentes de saúde e auxiliares de enfermagem têm uma relação mais próxima com a comunidade e esses mesmos profissionais reclamam que pouco fazem parte das decisões tomadas pela gestão da UBS. Sendo assim, como poderiam os usuários ter maior participação, se nem todos os profissionais têm esse acesso? Sobre essa diferenciação entre os profissionais do PSF, veremos mais detalhes adiante, na fala de algumas profissionais durante a entrevista de grupo focal.



Em grupo focal, as profissionais também comentam sobre diversos obstáculos em torno do entendimento das receitas. A narrativa está quase na íntegra pela relevância do tema e das identidades dos atores sociais envolvidos nesta prática:

*TEnf. Melissa: A médica passou pra tomar dois comprimido à noite. Daí ela passava a noite fazendo xixi, porque é diurético, né [ACS Gabriela: Se mijando todinha]*

*ACS Gabriela: Então, assim, é, existe quando você realmente tem condições de entender. Mas no caso do idoso que mora só, é difícil. E a gente sempre tá ajudando.*

*TEnf. Melissa: E assim, chega muita receita... Chega muita receita aqui... que nem eu a/nem eu entendo e eu ainda tenho que passar pro enfermeiro ou pro médico. NEM ELES DOIS CONSEGUE, eles diz, não entregue que nem eu, QUE SOU MÉDICO, eu não tou entendendo.*

*TEnf. Dandara: E tem que perguntar o que que a pessoa tem pra poder/prá descobrir, meu fi, qual que é seu problema mermo, (ininteligível) deveria ter sabe o quê, pra resolver esse problema, deveria ter em todas salas desses médico, já que eles são muito corajoso, um computador.*

*ACS Gabriela: É, hoje não se usa, né.*

*TEnf. Dandara: Já cê tinha digitado, tudo direitinho. E, e tirar esse negócio de, a culpa da pessoa que entrega medicação dizer que entregou errado. Mas aí ia ta tudo legível, tudo direitinho. E até uma pessoa leiga que esteja em casa dá pra ler, olha, isso aqui é tanto de tanto, olha lá, tá o nome do remédio, então dá pra saber. Mas o que os médico escreve é muito difícil mesmo.*

*ACS Gabriela: Essa semana... Não, quinta-feira. Eu tava na—na-- na [local], aí uma senhora...da rua cinco. ela é novata lá, ela NÃO tava sabendo o que que ia comprar, que remédio que a senhora quer. Ela me perguntou, não entendi. Pedi pra ela vir aqui no posto, acho que ela não veio, não sei. Ela disse que, ia pra onde, Vou pro Maracanaú, na farmácia, NEM NA PAGUE MENOS souberam o que era a medicação que ela trouxe. Ela ia voltar, em Messejana pra poder perguntar.*

*TEnf. Dandara: Ele deveria pelo menos escrever, é, letra de forma, ne? todo mundo ia entender. Eu já trabalhei muito na farmácia, mas quando tá muito difícil... Eu ia logo perguntar pro paciente qual era o problema. “Qual é o seu problema? Tá doente de quê?” Diante da doença do paciente, dá pra ter uma ideia, porque trabalhando na farmácia, você vai se adaptando... O que que é pra quê, quanto é-é de quanto? Então dá pra você ter mais ou menos uma noção, porque se num for...*

*Pesquisadora: Tá certo. Mais alguma coisa que gostariam de-de acrescentar?*

*TEnf. Melissa: Ô Dandara, tu é da farmácia.*

*TEnf. Dandara: Eu não, quero falar não. Eu não...[risos] Resumindo, resumindo, pague um plano de saúde porque você tem mais vez.*

*ACS Gabriela: Pelo menos as receitas já saem digitada, pelo menos isso. Porque no atendimento é péssimo. Esse daí que tem no plano, ó, só faltam num, né, as consulta pra marcar também [TEnf. Melissa: A gente mora num país pobre, a maioria são aposentados/] agora só tem um porém. Porque na hora que num-num tiver/você num conseguir, você tem como reclamar. No SUS, se você reclamar, as pessoas dizem um ‘não’ bem grande na sua cara. [TEnf. Melissa: Mas é o plano mais caro que tem é o SUS. Problema é que as pessoas não reclama seu direito, só dá mágoa] mas vamo pular pra realidade, vamo sair da fantasia. na hora de usar o SUS, o SUS tá zero. Então não podem saber, como foi o que aconteceu comigo. É... Cheguei lá, não, não sei o quê. Eu TOU PAGANDO, então EU QUERO atendimento, se num quiser passar no Barra Pesada<sup>47</sup>. Na mesma hora apareceram o médico e o enfermeiro, me deram o remédio e ainda vieram me deixar na minha casa. Então, se eu for reclamar pra fazer isso no SUS, eles chamam é a polícia pra mim.*

<sup>47</sup> Programa de televisão local que noticia, geralmente, temáticas de violência e descaso com a população cearense.

A narrativa das profissionais é detalhada e esclarecedora. Tanto a letra ilegível dos profissionais médicos, quanto outros fatores, como a não compreensão de como administrar os medicamentos são problemas graves e recorrentes. O/a idoso/a é apontado/a como o tipo de usuário que mais tem problemas para compreender as receitas e o próprio tratamento, sendo justamente aquele que deve ter um cuidado mais intensivo, por apresentar doenças crônicas, que requerem a administração de muitos remédios em horários diferentes.

Quando as técnicas de enfermagem afirmam que uma das soluções para entregar o remédio correto é perguntar ao/à usuário/a seus sintomas, elas estão desempenhando uma função para a qual não estão aptas, que é a de diagnosticar doenças, e isso é grave. Porém, o que podemos perceber é que estas profissionais buscam diariamente apresentar soluções imediatas a problemas diversos da UBS e, por isso, também sugerem que os médicos deveriam passar as receitas digitadas; o que não é citado por elas é a impossibilidade de haver esta tecnologia na UBS, pois o município não a disponibiliza. Na UBS de Fortaleza, será clara a diferença no entendimento das receitas, pelo simples fato de serem digitadas. Outra solução apresentada pelas profissionais é que seja usada a letra de forma, para a melhor compreensão, pois nem outro médico ou farmacêuticos acostumados em decifrar as letras dos médicos, têm obtido êxito ao interpretá-las.

Foi criada uma lei<sup>48</sup> em Mato Grosso do Sul para que os médicos entreguem receitas digitadas. Em 2014, a Defensoria Pública, por meio de Ação Civil Pública, pediu o cumprimento imediato da lei estadual, que data de 2008. Era previsto advertência, multa, dentre outras penalidades diante do descumprimento da lei. Indubitavelmente, o governo local estava consciente dos problemas graves causados pela letra ilegível dos médicos, mas não pude constatar se garantiu que cada unidade de saúde tivesse o material essencial para tal mudança: o computador. Na UBS de Pacatuba, pelo menos, não haveria possibilidade de cumprir uma lei como essa, pois não havia um computador e todos os procedimentos eram documentados a mão (receitas, prontuários, fichas pessoais dos pacientes, relatórios exigidos pelo PSF etc).

Voltando às falas das profissionais, a discussão culmina com a opinião da técnica de enfermagem Dandara, que defende que a melhor solução é pagar um plano de saúde, porque, dentre outros benefícios, as receitas são digitadas e se você marcar uma consulta e não for atendido, é só reclamar que tudo se resolve; enquanto, no atendimento público, os atores

---

<sup>48</sup> Lei nº 3.629, de 29 de dezembro de 2008.

sociais não possuem voz, embora também estejam pagando pelo serviço, através dos impostos. Importante destacar que a comparação feita pela profissional é grave, pois esta reafirma a impotência dos profissionais de saúde da rede pública, considerando-a falida. Os usuários, por sua vez, pouco fazem menção ao atendimento particular e, quando o fazem, é de maneira idealizada, pois os entrevistados relataram nunca terem tido a oportunidade de pagar um plano de saúde.

O grau de comprometimento avaliativo dessas profissionais é recorrentemente alto e expressões modalizadoras deônticas *tem que perguntar, deveria ter, deveria pelo menos escrever* são usadas em suas falas para indicar soluções para o entendimento das receitas e o que está ao seu alcance para ajudar os usuários. Enquanto o médico Jaime questiona a capacidade dos usuários para a compreensão das receitas, as agentes de saúde e técnicas de enfermagem que participaram do grupo focal destacam problemas na figura dos profissionais médicos, que parecem não conhecer as reais dificuldades dos usuários em relação a esse gênero textual central no contexto de saúde.

Apresento, a seguir, a entrevista da enfermeira Lola, que destoa da construção identitária do médico e da dentista, no que tange a manifestações afetivas, como podemos verificar em sua fala quando perguntada sobre o que deveria ser mudado no atendimento do PSF:

*Olha....assim, eu primo/quando eu vim trabalhar no-no município de Pacatuba, eu conversando com a secretária de saúde, Dra. Amanda<sup>49</sup>, que eu sei que o munici/que a maioria dos programas veem muito a questão da quantidade,ne?. A quantidade de atendimento, de bater metas... Mas assim, a minha experiência de Programa de Saúde da Família, ela é pouca, mas a questão de atendimento imunizado, ela se torna maior. Eu já fui presidente de ONG, eu já participei de vários grupos, né? é-é...de pacientes portadores de síndrome de Down, fui Doutor da Alegria, no Albert Sabin... Então, isso MEXE um pouco/ e a gente também [tem] o lado de MÃE, né?. Acaba mexendo também um pouco com a gente, esse lado nosso de mulher mais sensível. Então, assim, ah, eu gosto muito da qualidade do atendimento, sabe? Eu acho que o que se tem que buscar/o que nos limita, nós enfermeiros, é aquela questão dos nossos regimentos, né?. Nós não somos prescritores, nós somos TRANSCRITORES, a gente só TRANSCREVE o que o médico passa. E isso acaba nos limitando, porque a diferença às vezes de faculdade e SÓ UM ANO. A gente sabe que não engloba tudo porque tem coisas que realmente nós TERÍAMOS, né?que nos aprofundar mais no nosso conhecimento, na nossa carreira acadêmica. Mas isso NÃO quer dizer que a-a o-o-o ministério não nos fornecesse uma qualificação melhor,ne? pra nós enfermeiros que trabalhamos na-na-na atenção básica, porque, queira ou que não queira, é mais barato você tratar um paciente na atenção primária do que na atenção terciária. Um paciente hipertenso, diabético, ele pode ter outras complicações. Futuramente, um paciente desses que não fez tratamento, não foi acompanhado, ele pode acarretar uma doença, uma sequela TÃO GRANDE, e chegar a necessitar até de uma UTI. A gente sabe que os gastos são BEM maiores,ne?. E já existe a questão da Farmácia Popular, então TUDO hoje, na atenção primária, se torna mais barato e mais fácil que na atenção secundária e terciária.*

---

<sup>49</sup> Este é um nome fictício, como foi adotado para todos os atores sociais participantes desta pesquisa.

Esta profissional apresenta raras marcas de modalidade epistêmica ou deôntica em suas falas, denotando maior comprometimento com o que é dito. Para reafirmar o sucesso de seu trabalho, cita várias de suas experiências anteriores ao PSF que envolveram causas sociais voluntárias e demonstra vasto conhecimento dos procedimentos realizados no programa e sua influência nos atendimentos secundário e terciário (relacionados ao atendimento de urgência e emergência hospitalares). Todas as experiências são apresentadas pela enfermeira de maneira a construir uma imagem de si como profissional e pessoa que está preparada e motivada para trabalhar com o atendimento à comunidade: característica que foi ressaltada também pelas auxiliares de enfermagem sobre si mesmas.

O momento em que a enfermeira Lola usa marcas modalizadoras é quando se refere ao trabalho realizado pelas enfermeiras em um posto de saúde, que afirma assemelhar-se muito ao do médico (*a diferença às vezes de faculdade e SÓ UM ANO. A gente sabe que não engloba tudo porque tem coisas que realmente nós TERÍAMOS, né? que nos aprofundar mais no nosso conhecimento, na nossa carreira acadêmica.*), mas que é limitado (*Nós não somos prescritores, nós somos TRANSCRITORES, a gente só TRANSCREVE o que o médico passa*). Neste momento, podemos identificar um grau médio de comprometimento em que a enfermeira sabe que não pode agir além do que seu lugar social lhe permite, mas quer deixar claro que tem competência para tal feito.

Os estilos dos atores sociais em questão (profissionais de saúde e usuários do PSF) apresentam recorrência de palavras e expressões modalizadoras; tendendo, na maioria das vezes, a se expressarem de maneira epistêmica quando avaliam o PSF e, conseqüentemente, comprometendo-se menos com o que é dito. Um dos fatores que foi possível apreender a respeito desse aspecto é que os profissionais geralmente recorrem mais a modalizações e sobremodalizações do que os usuários. Enquanto estes preferem expressões categóricas, poucas vezes fazendo uso de modalidades epistêmicas. Este foi um dos pontos que mais nos surpreenderam, pois uma de minhas hipóteses era que os profissionais de saúde apresentariam menos modalidades em suas falas, pois estavam avaliando um programa de saúde e esta é sua área de atuação, sobre a qual seriam seguros em suas falas (essa hipótese foi refutada com o médico Jaime, principalmente). O contrário sucedeu com os usuários, que conjecturava que deveriam estar mais inseguros e menos comprometidos no momento de avaliar o programa e que, pelo contrário, muitas vezes indicavam com firmeza o que consideravam ser o cerne do problema na prática assistencial e propunham estratégias de melhoria.

Continuando com as entrevistas aos profissionais de saúde, apresento, em seguida, a fala da dentista Luciana, quando indagada sobre o que mudaria no atendimento que o PSF preconiza para os usuários:

*ih! muitas coisas! Eu acho que não deveria ser por ordem de chegada. Deveria ser todo mundo marcado, entendeu? Todo mundo agendado.[...]*

A profissional de saúde apresenta duas marcas clássicas de modalidade deôntica. O verbo "dever" é utilizado de maneira modal para indicar obrigação, mas é relevante apontar que está conjugado no futuro do pretérito, conferindo-lhe um traço pertencente à modalização, em um nível epistêmico, pois indica uma informação no nível das possibilidades. A análise do tipo de modalidade, portanto, pode revelar múltiplas nuances, não sendo possível indicar apenas pelo uso de determinados verbos nas frases, mas verificando sua função quando encaixado em determinado contexto, como já foi explicitado em casos anteriores. Dessa maneira, mesmo com o uso de um verbo deôntico, a conjugação aponta para o propósito perlocucionário<sup>50</sup>, reforçado por outro elemento lexical, como *eu acho*, que indica, desde o início, a modalização que a profissional confere à sua fala, como estratégia atenuação da força ilocucionária. Sendo assim, a profissional demonstra um baixo grau de comprometimento com sua afirmação, pois, embora não afirme categoricamente como deve ser o atendimento, apresenta uma sugestão para tal, uma vez que é uma dentista que participa da assistência básica de saúde e que possui autoridade sobre o tema.

Apresento, adiante, trecho retirado da fala da Técnica de Enfermagem Melissa, durante o grupo focal, a respeito da infraestrutura do PSF:

*[...] hoje, ó, como seria adequado uma sala de imunização? De que forma seria? NO MÍNIMO, teria que ser climatizado. Não existe isso, tem nem ventilador [...]*

O verbo "ser", conjugado em sua forma de futuro do pretérito, assim como na entrevista anterior, indica um propósito epistêmico, assim como quando é utilizado com a perífrase "ter que". Porém, o verbo "ser" é utilizado de maneira não convencional para indicar

<sup>50</sup> Termo dos estudos em Pragmática, que trouxe valiosa contribuição aos estudos do discurso. Foi introduzido pelo filósofo da linguagem britânico John Langshaw Austin, responsável pelo desenvolvimento da teoria dos Atos de Fala ou Atos do Discurso. O autor designou três âmbitos linguísticos relacionados aos atos de fala: o ato locucionário, o ato ilocucionário e o ato perlocucionário. Neste último é que se realiza o ato de fala em si e está diretamente relacionado aos efeitos da fala do emissor em seu interlocutor.

a construção perifrástica deôntica "dever de", ou seja, uma construção implícita baseada no fato de que as palavras podem adquirir novos significados ou exercer novas funções, posto que a língua é dinâmica. A escolha por determinado elemento lexical para expressar algo implícito é algo previsto, já que o ator social só pode expressar-se por meio de convenções construídas socialmente através da linguagem, pois sendo de outra forma, não haveria compreensão entre os interlocutores. A profissional escolhe vocábulos que sugerem um campo epistêmico, revelando baixo comprometimento avaliativo sobre a questão suscitada, mas opta por um tom deôntico, de indicar o que se "deve fazer" ou como algo "deve ser". Sendo assim, importantes características a respeito da identidade deste ator social são perceptíveis quando representadas em sua fala: ela faz uso da modalidade, embora seja uma profissional de saúde falando sobre as condições essenciais para a estrutura de seu local de trabalho para a melhor realização do atendimento e tenha respaldo social para fazê-lo.

Algo semelhante pode ser verificado no trecho seguinte, quando a mesma profissional destaca sua opinião sobre o PSF, em geral:

*Texto 1: Bom, o Programa de Saúde da Família é bom, mas deveria ser melhor. Na minha opinião, o posto de saúde era pra ter dois médicos[...]*

*Texto 2: TEnf. Melissa: Isso aí que eu já falei mesmo. Eu acho que o programa era pra ter um médico só pro programa, pra dar toda a atenção básica ao Programa da Saúde da Família, pra que ele tivesse mais tempo pra dar assistência À FAMÍLIA que tá em casa, no caso, as pessoas acamadas, né, e isso tem que cumprir a agenda do posto. O dia do atendimento geral e o dia de ir pra visita, QUE SÓ É UM DIA NA SEMANA. Eu acho pouco.*

Tanto essas entrevistas como a anterior apresentam poucas marcas linguísticas deônticas que não estejam "sobremodalizadas", ou seja, que possuam traços que mesclam características deônticas e epistêmicas, o que pode tornar-se uma armadilha para a análise. Sendo o(a) enunciator(a) um ator social e que, portanto, não utiliza jogos de linguagem apenas para cumprir funções requeridas no mundo experiencial e transpô-los em textos, ele(a) possui propósitos ideológicos, geralmente implícitos, buscando sempre atingir o(a) interlocutor(a) com sua fala; e a escolha lexical e o uso ou não de modalidades, são estratégias discursivas utilizadas para este fim.

Esses trechos me fazem recordar minha participação no IV Seminário de Pesquisa para o SUS<sup>51</sup>, que ocorreu nos dias 2 e 3 de dezembro de 2014. Neste evento, foram apresentados resultados de projetos financiados pela FUNCAP, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado (SESA), Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). A equipe de pesquisadores do projeto de pesquisa do qual faço parte, cujo título foi citado no início deste trabalho, apresentou os resultados diante de uma audiência prioritariamente da área da Saúde, além de uma banca de pareceristas que avaliaram o projeto, o que foi uma experiência interessante. Ao ouvirem as entrevistas com as avaliações dos usuários, alguns profissionais fizeram comentários a respeito da impossibilidade de haver mais de uma equipe médica para trabalhar em cada UBS, pois seria algo desnecessário e inviável. Porém, esta não foi uma opinião expressa apenas pelos usuários, mas também por muitos profissionais de Pacatuba e Fortaleza. Além disso, é complexo explicar porque o investimento em mais profissionais do que o exigido para compor a equipe do PSF só é contemplado na UBS de Fortaleza e, não, em Pacatuba. Segundo a fala dos atores sociais de Fortaleza, que serão apresentadas no próximo tópico, o trabalho é intenso, mesmo com muitos médicos especialistas. Pacatuba, por sua vez, possui apenas um médico, o que torna as condições de atendimento ainda mais complicadas.

Como abordado no quarto capítulo, o Programa Mais Médicos denota o interesse governamental em evitar essa concentração de profissionais médicos em localidades de alto IDH, deixando as de baixo IDH sem atendimento. Além do número reduzido de profissionais, como apontado pelas auxiliares de enfermagem e usuários de Pacatuba, muitos médicos passam apenas alguns meses na UBS e conseguem uma transferência para uma cidade maior ou ingressam na residência médica, deixando a vacância por tempo indeterminado (o acompanhamento aos usuários, então, fica inviabilizado).

Um obstáculo relevante e que já foi citado envolve o retorno dos usuários. Destaquei, anteriormente, a fala do médico Jaime sobre a visão de urgência dos usuários, que em sua opinião, não compreendem quando devem ir à UBS para serem acompanhados pelos profissionais de saúde. A fala da dentista Luciana também enfatiza a preocupação com a pouca frequência no retorno dos usuários:

---

<sup>51</sup> O evento foi realizado no Auditório da SESA, em Fortaleza (CE). Foram apresentados os resultados de 31 projetos aprovados na Chamada 03/2012 - Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em Saúde PPSUS-REDE-MS/CNPq/FUNCAP/SESA.

*Á, não, eles vêm, eles procuram sempre fazer o tratamento todo, mas eles procuram mais quando tão sentindo dor, aí, às vezes, quando a dor para, aí eles não vêm, aí quando volta de novo, já tá bem mais grave. Aí eu sempre procuro conversar preles ficarem vindo sempree pra prevenir, né, ao em vez de só quando já tiver muito grave, mas é difícil mudar a cabeça deles, porque eles acham que só devem vir/até porque eles têm medo, né, de dentista, [risos] aí, eles só vêm mesmo quando tá...quando tão cum dor, alguma coisa assim.*

A dentista relata o que é facilmente observável: os usuários procuram mais a UBS para conseguir remédios para doenças crônicas ou quando estão enfermos. O reforço *sempre* é repetido em sua fala na intenção de mostrar uma recorrência em seu trabalho de conscientização dos/as usuários/as de que devem retornar para continuar o tratamento, ressaltando a incompreensão do tratamento e o medo dos procedimentos odontológicos como principais causas da ausência.

Aqui antecipo a fala de uma usuária de Fortaleza sobre quando costuma ir à unidade de saúde de seu bairro:

*Marcela: Não. Só quando eu to BEM DOENTE. (risos) Por que eu DETESTO POSTO (risos).*

O depoimento da usuária Marcela, atendida em Fortaleza, não difere da realidade de Pacatuba. Em entrevistas e em conversas informais, os usuários relataram não achar necessário ir à UBS quando não estão doentes, mas também afirmaram que não adiantava ir para fazer prevenção se o médico faltava repetidas vezes ou não havia profissionais especialistas em doenças crônicas que ultrapassavam a responsabilidade de saúde básica do PSF. Além disso, usuários/as no grupo focal afirmaram que não pretendiam remarcar consultas com profissionais que não lhes deram atenção ou lhes trataram de maneira inadequada mais de uma vez. Um ambiente hostil ou agradável também influencia no retorno dos usuários, mas isso não foi considerado pelos profissionais Jaime e Luciana, em suas falas. Relembrando o trecho, já analisado, da fala das auxiliares de enfermagem no grupo focal, elas também apontaram que o/a usuário não pode reclamar do SUS, pois não vai ser atendido.

No grupo focal, os próprios usuários relatam que há mais um problema relacionado ao atendimento, que os desencoraja a vir quando não estão precisando com urgência:

*Neli: E ainda tem essa questão, é, nunca tem prioridades aqui. Nunca tem. Porque, se uma criança tá com febre/taí, EU VOU VOLTAR COM ELE. Disse que não, porque ele tá só com trinta e sete e meio, recebe não. Aí ele vai voltar pra casa pra mim trazer ele quatro horas da tarde. Nunca tem prioridade. E se ele é uma criança, e ele JÁ TEM problema de saúde, que ele tem adenoide. Aí eu tenho que voltar com ele pra casa. Ou então eu tenho que ir pra PACATUBA, se nem transporte eu tenho e se os transporte daqui pra Pacatuba é escasso.*



*Marilda: Já é transporte, né, era pra ter sempre quando você precisar, né, OU eles entra em convênio com alguma (ininteligível)/*

*[...]*

*Alzira: EXAME é horrível, pra a gente fazer um exame de sangue. Fiz um exame de sangue que NUNCA veio, [Neli: tá com quarenta/] tem UM ANO agora [Neli: Tá com uns cinco meses, acho que eu fiz pra marcar um exame para um médico pro meu marido, não foi marcado] DESTA TANTA aqui de sangue, ó, até AQUI.*

Neli refere-se a uma prioridade, que é para crianças, mas idosos e gestantes também sofrem com o mesmo problema, na UBS de Pacatuba: não são atendidos com prontidão, faltam profissionais, não são realizados exames de urgência e também não é disponibilizado transporte quando necessitam de um atendimento em outra unidade. As usuárias apresentam falas majoritariamente categóricas e também modalizadores deônticos (*era pra ter, tenho que voltar, tenho que ir*) e reforços (*sempre, nunca*). As usuárias apresentam alto grau de comprometimento avaliativo, relatando experiências próprias.

Apesar de terem sido relatados diversos obstáculos à eficácia do PSF, ainda apresentarei e discutirei outros, a seguir, que foram revelados pelos profissionais, quando perguntados sobre o atendimento do especificamente do PSF.

Texto 1:

*TEnf. Melissa: É o que eu digo, aqui, no nosso caso, pelo PSF, no caso do Programa de Saúde da Família, o médico teria que atender dezesseis pacientes manhã e dezesseis tarde, só que isso não acontece, por quê, porque a demanda é grande, termina aqui... tem que dar as dezesseis fichas e MAIS todas as urgências que vêm. Termina sobrecarregando o profissional, tanto o médico e o enfermeiro, quanto nós do nível médio.*

Texto 2:

*TEnf. Dandara: Bom. O atendimento, aqui, EU ACHO ÓTIMO, porque devido aos outros lugares que você vê, assim, Fortaleza, né, aqui o paciente vem pela manhã, sete horas, pega a ficha e É ATENDIDO e você vê a dificuldade nos outros lugares, que é mais difícil do que aqui. Aqui tem prevenção, tem consulta agendada, pré-natal. Toda semana tem um dia/ os cronograma, né, tem atendimento normal... às vezes fa/ o médico vem... como teve uma troca de médico agora, doutor Bruno/ ele tava só provisório, mas agora tem um médico PSF, vai se tornar melhor, porque quando é o médico do PSF, aí eles começam a conhecer os prontuários dos pacientes, aí começa a conhecer os pacientes. Aí assim...se torna BEM MELHOR do que quando vem assim um/fica na troca de médico...e até pra gente mesmo, né?*

A técnica de enfermagem Dandara caracteriza o atendimento como *ótimo*, embora o qualificador seja antecedido por um modalizador epistêmico (*eu acho*), denotando baixo comprometimento avaliativo. A profissional busca enfatizar sua avaliação comparando o atendimento da UBS na qual trabalha com as de outros lugares, que em sua opinião, são

piores. Desta forma, não denomina o atendimento como ideal, mas que é bom o suficiente, diante de tantos obstáculos relatados por ela e seus colegas de profissão.

A técnica de enfermagem Melissa utiliza os modalizadores deônticos *teria que* (repetidas vezes) e *tem que* para relatar a exigência que o PSF requer dos profissionais de saúde em relação ao quantitativo de usuários a serem atendidos, que caracteriza como *uma demanda grande*. O modalizador *teria que* está sobremodalizado, o que modifica a obrigatoriedade para um nível epistêmico, que denota que o atendimento não acontece exatamente como exigido pelo PSF. O nível de comprometimento avaliativo desta profissional fica comprometido diante de sua tentativa de explicar que os integrantes do grupo do PSF não atingem certas metas do programa e, ainda, convencer o interlocutor de que são problemas que fogem à sua força de ação.

A última frase de Melissa revela a imagem que tem de si mesma, como profissional, em comparação com os demais componentes do grupo do PSF. Melissa considera que o trabalho do médico e da enfermeira é sobrecarregado, assim como os de *nível médio* (técnicas de enfermagem, atendentes e agentes de saúde). Sua escolha por caracterizar seu grupo pela formação evidencia a importância dada aos profissionais de maneira diferenciada. Durante o grupo focal, estas profissionais e outras agentes de saúde presentes no dia ressaltaram esta diferença entre "os de nível médio" e "os de nível superior" na assiduidade, pontualidade e compromisso, proximidade dos usuários e afetividade (em todos, o primeiro grupo se destaca). Os problemas citados, cujas falas já foram analisadas anteriormente e em algumas que ainda serão, são os seguintes: as agentes de saúde e auxiliares de enfermagem são mais assíduos, pontuais, fazem tarefas além de suas funções originais (como o caso analisado sobre as receitas), são mais próximos da comunidade, por manter melhor diálogo e serem do próprio bairro. Você, leitor/a, deve recordar quantas vezes foi citado até então o fato de o PSF preconizar um trabalho interdisciplinar, dialético e compartilhado, mas os discursos burocrático e de políticas públicas ainda não ecoam na prática e os profissionais continuam atuando por divisão de hierarquias, inviabilizando a eficácia do programa.

A seguir, apresento a fala do médico Jaime, também sobre sua visão a respeito do que deveria ser mudado no atendimento do PSF:

*[...] eu acho o Programa Saúde da Família até como um programa, ééé, na verdade, assim, é uma disciplina, uma disciplina médica... é, eu acho que tá dando uma grande dificuldade, ee, com relação aos atendimentos, assim, seguindo o que realmente a essência do programa, eu acho que... acho que é muito vago, assim, com relação ao que se pretende com o programa em termos deee tanto de prevenção como consta, e como, de*

*qualquer forma, é-é de remediar o paciente que já tem certas patologias, ééé eu só não sei, assim, se é aplicado na-na prática como deveria ser, como, realmente, uma-uma ferramenta né de-de-de promoção de saúde... mas eu-eu pela minha experiência, estou há nove anos no PSF... assim, eu-eu tenho visto... assim, a gente atingiu o que, por exemplo, na residência de uma certa família, eu fiz residência em medicina de família também, eee a gente aprende que a gente tem que, pelo menos, tentar resolver oitenta por cento dos problemas dos pacientes e, acima de tudo, parece até redundante para isso, mais uma vez, a questão da prevenção, da promoção de saúde, então, esta tua pergunta, com relação à experiência e sobre o atendimento, eu acho que é um problema vago que (ininteligível).*

*[...]a gente tem que priorizar para o público essa questão da hanseníase, das DST's. Então, assim, mas levando em consideração a estratégia de saúde da família, ãã, a gente acaba até sendo um pouco mais clínico, bem que hoje é com esse tipo de prevenção com relação à população só vir mais quando a gente tá doente do que quando ainda não está, né, então, assim, mas, de qualquer forma, a gente acaba sendo preventivo porque, por mais que a gente pegue um paciente, por exemplo, hipertenso, diabético, né, que já TEM uma certa patologia, mas a gente previne um AVC lá na frente, né, então a gente previne um infarto ali do miocárdio. Assim, por mais que a gente esteja no momento, se a gente olhar, se a gente não preveniu a hipertensão, se a gente não preveniu o diabetes, mas a gente tá prevenindo é, sequelas maiores. Então, assim, mais uma vez, eu acho que, voltando à questão número um, anterior, é bem vago. Então, eu acho que ele CUMPRE o papel de ser clínico-preventivo.*

É relevante o número alto de modalizadores epistêmicos (*eu acho*) e atenuantes nas falas do médico Jaime e esta não é exceção. O profissional recorre a estratégias frasais que negam a frase anterior, em parte ou totalmente (*na verdade, realmente, de qualquer forma, pelo menos*), mesmo quando não utiliza modalizadores. Sua fala é iniciada já demonstrando o seu conhecimento acadêmico em relação à saúde da família e citar sua experiência também é uma das estratégias para garantir um alto grau de comprometimento com a verdade em certos trechos de sua fala (*estou há nove anos no PSF; eu fiz residência em medicina de família também*). Embora o início da fala seja demonstrando os por quês de o PSF não ter sucesso como estratégia de prevenção e promoção de doenças, o segundo trecho vem afirmar justamente o contrário, pois sua opinião é de que, *de qualquer forma, a gente acaba sendo preventivo*. Esta frase é categórica, mas aparece adiante o modalizador epistêmico e ela é reformulada: *Então, eu acho que ele CUMPRE o papel de ser clínico-preventivo*. Todas as suas falas mantêm esse padrão de oscilação de comprometimento avaliativo, suas escolhas lexicais parecem ser repensadas e reformuladas logo após pronunciadas. Relembrando meu relato de observação no capítulo 4, ressalto o fato de que o médico Jaime foi relutante em conceder a entrevista e fez questão de estudar as perguntas e comentá-las antes da gravação. Somente com os dados de observação é possível conseguir compreender um pouco sobre a oscilação no comprometimento avaliativo deste profissional, que buscou preservar suas opiniões espontâneas em uma conversa informal anterior à entrevista. Ressalto, ainda, que a entrevista somente foi aprovada para este trabalho após seu consentimento e assinatura do TCLE.

Adiante, os depoimentos dos usuários sobre o que mudariam no atendimento do PSF:

Texto 1:

*Dolores: o que seria mudado, ééé, tem muita coisa a ser mudada aqui, né. seria mudado éé não faltar medicamento, quando a gente se consultar, ter sempre o medicamento e FALTA, as vezes a gente sai, o médico passa três, quatro medicamento e a gente só-só tem um ou dois. Só recebe um ou dois.*

Texto 2:

*Ananda: (Risos) Ah, eu queria que, não só eu, até que eles próprios, profissionais de saúde, queria que o posto fosse mais equipado, né, tivesse condições de atender uma demanda tão grande como essa, é, eles atendessem lá no do Alferes... e eles queriam/ eu acho que/ eu acho que não só eu, acho que eles queriam ter um, uma, um meio de poder atender a toda a população em todos os casos, né, e tivessem também especialidades, como é o caso posto da Unidade Mista, que lá também tem ESPECIALISTAS, né, tem muita coisa lá que eles oferecem, ortopedia, éé, outros assuntos mais graves, eu acho que aqui também mereceria, né, por causa da população, que tudo que precisa, se for algo mais grave, tem que procurar o hospital de Maracanaú, devido à distância.*

Texto 3:

*Cibele: (ininteligível) O importante é a pessoa chegar cedo e pegar seu lugar, né, que a pessoa/ eu num vou tomar canto de ninguém, mas tem deles que toma, né, eu num vou tomar canto de ninguém, se eu tiver na minha razão, aí eu vou... fico no meu lugar, né, [tem mais algum/] eu chego, eu peço as merma coisa, resolvo com as enfermeira, tudim*

A usuária Dolores destaca a falta de medicamento como principal problema na UBS de Pacatuba, sendo categórica e usando apenas os reforços (*muita, às vezes*), e uma sobremodalização (*seria*). Ananda aponta a ausência de outros materiais na UBS, o que impossibilita o bom atendimento. Esta usuária usa modalizadores epistêmicos ao incluir o provável desejo dos funcionários da UBS de que esta fosse mais equipada e com mais especialidades médicas, como em outras localidades; pois ressalta que casos graves *tem que procurar* (modalização deôntica) o hospital.

Cibele difere das usuárias anteriores ao relatar que não tinha nada a dizer de ruim sobre os profissionais e o próprio andamento do posto, mas que era essencial que cada usuário/a fosse consciente de sua responsabilidade na marcação de consultas e comprometido com a ética, como ela mesma que afirma que não vai *tomar canto de ninguém*. Seu grau de comprometimento avaliativo é alto, o que é apreensível pela falta de modalizações e pelo fato de incluir-se em sua avaliação: *fico no meu lugar, né, [tem mais algum/] eu chego, eu peço as merma coisa, resolvo com as enfermeira, tudim*.

A seguir, discuto o que dizem outros profissionais quando perguntados sobre o que mudariam no atendimento do PSF. A primeira fala é da dentista Luciana:

Texto 1:

*Dent. Luciana: NÃO, eu acho o programa ótimo, não tenho nada pra mudar, não, é muito/ eu acho super legal, num tenho... eu acho super organizado, e tudo... mas tenho nada pra mudar, não. Pelo menos na minha área, não, eu acho bem, dá pra você encaminhar BEM. Funciona, assim. Num tenho nenhum problema, não. A não ser que falte, né, material (risos) mas no-no de funcionar mesmo, funciona direitinho o fluxo de pacientes*

Texto 2:

*Enf. Lola: O aumento. O aumento dos profissionais, né, é um pouco mais de estrutura, às vezes a gente depende muito de carro, a questão dos exames também, ééé, nem todos os municípios são assim, mas às vezes a prevenção passa 40, 60 dias pra receber o exame, a paciente, oos exames também de sangue, às vezes, demora um pouco. E tem certas coisas que a gente precisa com a necessidade de imediato. Eu tenho uma paciente gestante que tá com algumas alterações, eu preciso solicitar exames mais específicos [...]O que precisa é uma avaliação do Ministério da Saúde para que se aumente o número de profissionais, façam uma REDISTRIBUIÇÃO disso e que faça com que o atendimento de cada programa haja uma melhora.*

Texto 3:

*TEnf. Melissa: [...]sim, na minha opinião, pra melhorar, o que precisamos mais é de funcionários, porque, assim, termina uma pessoa tendo que esperar mais tempo porque não temos funcionários suficientes pra que cada um cuide do seu setor, então termina um se desdobrando, eu sou da vacina mas, se no momento, eu não tenho ninguém, eu vou pro ambulatório, nesse momento que eu vou, chega alguém pra cá e essa pessoa vai esperar, essa pessoa fica impaciente, às vezes acha que o trabalho não presta, acha que não deve esperar, vai embora e vem em outro horário e nesse negócio causa o que, a pessoa não fica contente com o atendimento, mas não é porque aqui não tem, é porque tem pouco funcionário e o pouco que tem, tem que cobrir toda a área.[...] No caso, seria, o que... no/na nossa comunidade, apesar de não ser tão grande, mas pra que realmente acontecesse o programa, com qualidade, seriam duas equipes. uma pra cuidar da unidade, que são essas-essas coisas corriqueira, né, é alguém que tem febre, alguém que tem dor, alguém que vem procurar um tratamento pra verme e a OUTRA EQUIPE pra cuidar do programa [...]Não, e, aqui pra nós, o que precisaria era de condições de trabalho, por exemplo, o médico tem uma sala mais equipada pra que pudesse trabalhar melhor, a enfermeira tivesse uma sala mais equipada, que o laboratório fosse melhor equipado e que a imunização fosse numa sala também melhor, porque a gente trabalha, realmente, com o que tem, mas condições de trabalho, pra que a gente tenha uma boa qualidade, nós não temos, falta qualidade de trabalho justamente por isso, o corpo da unidade ser melhor e ter mais funcionários, é a minha opinião.*

Texto 4:

*TEnf. Dandara: [...] no caso MAIS pessoas pra atender. [...]Aí, assim, ó, cada unidade básica de saúde, no caso, tem uma quantidade "x" de atendimento. Se for o caso, se aqui ultrapassar de/ acho que de 1200, acho que já tem que ter duas equipes. Como as outras unidades, aqui na unidade de saúde Nossa Senhora da Assunção<sup>52</sup>, não são duas equipes, mas segundo o Ministério, aqui já tem que ter outra equipe, porque a demanda de paciente, ela é grande, ó, além de ter atendimento de manhã e de tarde, tem o terceiro turno a tarde, por isso que no terceiro turno TODO DIA TEM GENTE. [...]Mas assim porque, assim, no caso, pra atender a demanda que tá muito, seria o quê, duas equipes, dois médicos, duas enfermeiras, né, porque hoje, o médico não veio, porque tá doente. porque também é um ser humano, né [...] ele<sup>53</sup> deveria investir mais na saúde, na atenção primária, porque quando eles investem na atenção primária, lá, na terciária, né, num num...por exemplo, um hospital, se eles investissem mais na educação básica da saúde, lá no hospital grande não era superlotado[...] eu acho que deveria investir MAIS assim na saúde. Dar mais condições de trabalho.*

Texto 5:

<sup>52</sup> Este é um pseudônimo criado para a UBS de Pacatuba.

<sup>53</sup> Referindo-se ao Ministério da Saúde.

*Dr. Jaime: eu acho assim, uma das coisas que eu acho que deveria ser mudada é a questão da educação... dos pacientes, que eu acho que o seu trabalho já é uma das... a tua conclusão, não-não sei, mas eu acho que talvez o RETORNO, né, que vai dar pra-pra nossa sociedade com o seu trabalho, seria justamente essa questão da-do diálogo, do-do conhecimento, né, por parte tanto dos/profissionais quanto dos-dos-dos usuários. Eu acho que isso, assim, se mudasse essa questão de como eu vejo o Programa de Saúde da Família e como o usuário vê o Programa da famí/ de Saúde da Família, eu acho o que TEM, talvez seja um pouquinho de divergência nisso. Então, assim, muitas vezes o que eu ACHO que eu devo dar pro meu paciente o que será que ele quer receber de nós profissionais, né, então, assim, se nós falássemos a mesma língua, se nós entendêssemos né, o que realmente o que é o SUS, o que é o PSF, o que é/ o que são as unidades de-de emergência, urgência, né, então assim, eu acho que a gente estaria já... teria um-um-um melhoraria muito com relação ao atendimento, né, a gente falaria a mesma língua. Mas, assim, com relação ao programa... lógico, eu não sou um-um estudioso, assim, no Programa de Saúde da Família como existe vários teóricos, então, mas (ininteligível) mas, na minha opinião, como profissional do dia-a-dia, eu acho que seria mais essa questão de ser um pouquinho mais maleável, ser um pouquinho mais dinâmico, diminuir essa questão das burocracias, de MUITOS papéis pra gente preencher. Apesar de que, também, de certa forma, eu acho que tem que/que tem que ter dados, né, e sem os dados a gente não faz, sem os resultados, sem os dados, você não faz sua pesquisa. Mas eu acho que poderia, tipo, ao invés do MÉDICO ter que fazer, a ENFERMEIRA ter que fazer, ter algum profissional A MAIS inserido na equipe pra que ele pudesse ficar sempre coletando esses dados e juntando esses dados, né, tudo bem ser, por exemplo, você que tá fazendo mestrado nessa área, você poderia ser uma das pessoas que ficasse na unidade de saúde, pra colher os dados pra poder né é-é quantificar e dar-dar um resultado. Acaba sobrecarregando a gente, né, a gente tem-tem que fazer atividades né administrativas e, ao mesmo tempo, atividades clínicas... né mas eu acho que, no mais, o Programa, assim, de Saúde da Família, ele é... assim, tem que ser evoluído. A nossa sociedade evolui, nossa dinâmica evolui, nossos anseios e desejos evoluem, então, assim, o programa teria que mudar talvez com a nossa evolução. Mas o que eu, pelo menos, entradamente, posso dizer... Acho que o programa já dá pra suprir o que... [a que ele se propõe, né] se propõe.*

A dentista Luciana é a única profissional a elogiar o PSF e afirmar que não há o que melhorar (*não tenho nada pra mudar, não, é muito/ eu acho super legal*), mas ressalta que sua opinião se restringe às necessidades da sua área, que só é afetada quando há falta de material.

A enfermeira Lola e as técnicas de enfermagem Melissa e Dandara destacam o mesmo obstáculo para a eficácia no atendimento: o número reduzido de profissionais na UBS. Esse é um problema que também tem sido citado pelos profissionais em resposta a outras perguntas. A questão da estrutura física e de carro que leve os profissionais às consultas domiciliares, e de resultados mais rápidos para exames urgentes são também apontados como essenciais pela enfermeira, que faz uso de modalizadores ou atenuadores e reforços (*às vezes, a gente precisa, o que precisa é*). Em geral, seu comprometimento é alto, principalmente ao contar casos de pacientes para legitimar as necessidades da UBS apontadas.

Melissa apresenta uma fala com alto grau de comprometimento avaliativo, apesar de apresentar alguns modalizadores epistêmicos e atenuadores (*na minha opinião, às vezes*) ou sobremodalizações (*seriam, precisariam*). A técnica de enfermagem enfatiza o pouco número de funcionários em relação ao intenso trabalho de atendimento e isso denota o quão complicado é para que se tenha um bom atendimento na própria UBS, o que me leva a refletir a respeito do atendimento domiciliar, que é deixado como última responsabilidade, enquanto

deveria ser o foco em um programa de promoção e prevenção de saúde. Raras são as menções dos usuários a respeito das visitas domiciliares e isso é um fator de ineficácia do programa.

Pelo relato dessa profissional, é possível apreender que, em vez de haver um trabalho multidisciplinar em equipe, uma só pessoa acaba desempenhando serviços diversos ao mesmo tempo; ou, até mesmo, deixando de desempenhar a função para a qual está capacitada para desempenhar outra. Como discuti anteriormente, esse é um procedimento comum na UBS de Pacatuba, inclusive com a enfermeira, que, muitas vezes, desempenha o serviço do médico ou de um/a ginecologista (que não há na UBS). Quando a profissional afirma "*aqui pra nós, o que precisaria era de condições de trabalho*", ela demonstra considerar mais importante para o bom atendimento que haja melhores condições de trabalho em relação à infraestrutura e aos materiais da UBS, destacando que os funcionários tentam trabalhar mesmo em tão árduas condições. O fato de escolher a expressão *aqui pra nós* aponta para uma baixa no comprometimento avaliativo da profissional, que demonstra receio em relatar que as autoridades responsáveis não provêm condições básicas estruturais e de quantitativo de funcionários.

A técnica de enfermagem Dandara reforça a opinião de que deveria haver mais profissionais na UBS, com base em números estipulados pelo Ministério da Saúde em documento norteador do PSF; ela é categórica, embora faça de alguns modalizadores (*acho que deveria; deveria investir*). Além disso, alerta que o insuficiente número de funcionários não dá conta do atendimento com base na prevenção de doenças e promoção de saúde, pois tem que atender usuários que chegam todos os dias para atendimentos de urgência, sem agendamento. Nesse caso, os/as profissionais precisam atendê-los/as, pois não existem outras opções de atendimento de urgência próximo à comunidade, como UPA's (Unidade de Pronto Atendimento)<sup>54</sup> e hospitais, que somente são encontrados em um bairro vizinho é necessário algum meio de transporte. Além disso, por uma questão burocrática e de alocação de paciente por unidade de atendimento, é uma tarefa árdua para um/uma usuário/a conseguir ser atendido em uma unidade básica ou um hospital de outro bairro, pois é necessário que o cadastro comprove residência nas imediações (veremos relatos que comprovam isso, também nas falas dos atores sociais de Fortaleza).

---

<sup>54</sup> Criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, funciona 24 horas por dia, sete dias por semana e atende urgência e emergência.

Esse ponto de vista não é considerado pelo médico Jaime, quando afirma que os usuários vão à UBS em caráter de urgência por razão de desinformação ou questão de "cultura", como apontado por este profissional nessa fala e em outras anteriormente analisadas. O diálogo é colocado em primeiro plano, pelo profissional, como fator no qual se deve investir para a melhoria do atendimento, além de citar o problema burocrático que os profissionais encontram para poder gerar dados para o controle do andamento do PSF (*são muitos papéis pra gente preencher*) e que acaba *sobrecarregando* a equipe. Segundo o médico, deveria ter uma pessoa a mais na equipe para recolher os dados mais burocráticos, mas não se refere à necessidade de profissionais para o próprio atendimento aos usuários, nem na UBS nem nas visitas domiciliares. No final de sua fala, após citar pelo menos dois problemas relevantes ao atendimento que considera que deveria ser mudados no PSF, afirma que o programa *dá pra suprir o que...se propõe*, negando mais uma vez certa parte de sua fala anterior. Seu comprometimento avaliativo é caracterizado como baixo, por apresentar número elevado de modalizações epistêmicas (*eu acho, na minha opinião*), reforços (*muitas vezes, realmente, muito*) e atenuadores (*talvez, um pouquinho, de certa forma*), seguidas e/ou antepostas de frases categóricas ou com modalizadores deônticos sobremodalizados (*deveria, poderia ser, seria, teria que*); e denotando uma oscilação na avaliação desse profissional, que tem as falas com o maior número de modalizações epistêmicas em relação à todos os/as outros/as profissionais e usuários/as entrevistados/as.

Um ponto que foi muito questionado pelo médico foi o conhecimento dos usuários dos procedimentos do atendimento básico de saúde e, por este motivo, parece-me oportuno apresentar a fala da usuária Marilda, a seguir:

*EU GOSTARIA. Sobre o que você escutou ali na sala, a enfermeira falando. Eu gostaria de REALMENTE ter uma CERTEZA de que tudo que ela falou é verdade. Se realmente, num POSTO de saúde, não pode ter especialidade. Eu quero saber. Isso eu quero saber. Porque se a unidade mista é um posto, LÁ TEM pediatra, lá em ginecologista, lá tem clínico... Por que que aqui, que também é um posto, não pode ter? (fala simultânea ininteligível) Aí eu obrigo a consulta do meu filho de dez anos pra um clínico. Aí eu, no meu caso, eu NÃO FAÇO prevenção com enfermeira. Eu nunca fiz e confio em Deus que eu nunca hei de que/nunca hei de fazer. É nada contra ELA, pessoa, ela, não. ELA NÃO- ELA NÃO estudou pra isso. Ela é ENFERMEIRA, ela não é MÉDICA. Então eu não faço. E eu sou conhecedora. OLHA, EU LEIO MUITO. Eu leio muito, eu pesquiso muito. É meio difícil alguém me enganar. Por isso que eu tou te perguntando. Eu quero ficar SABENDO, ter a CERTEZA, se o que ela falou é verdade. Se, REALMENTE, um POSTO DE SAÚDE não pode ter especialidade. Que ela disse ali na sala que posto de saúde não pode ter pediatra, não pode ter ginecologista, o especialista daquela área não pode ter. Ele tem que ter... O posto de saúde, ele é qualificado só com o clínico, a enfermeira e as ajudantes, que são as agente de saúde e as técnica. Foi o que ela falou. [Pois é, até também...] E ela quis se sobrepor, dizer que... E a unidade mista não é um posto? Ela disse que não. "A unidade mista, o nome já tá dizendo, que ele misto. Não é um posto comum, ela disse". Então porque que aqui tinha FISIOTERAPEUTA?*



A usuária Marilda questiona-me, no final do grupo focal, sobre o episódio relatado no Capítulo 4, em que ela estava me relatando a dificuldade de encontrar médicos especialistas na UBS, é nesse momento em que a enfermeira chega e começa a discutir com a usuária. A modalização epistêmica *pode ter* é repetida algumas vezes para enfatizar a dúvida persistente da usuária acerca da afirmação da enfermeira, embora sua fala seja majoritariamente categórica. Assim como no momento da discussão com a enfermeira, a usuária fala todas as informações que conhece acerca do atendimento da UBS na qual realizei a pesquisa e em outras do mesmo bairro, citando exemplos. Julgo importante ressaltar o trecho em que a usuária diz que não costuma fazer o exame de prevenção ginecológico com a enfermeira, pois esta não foi preparada para tal assistência. Apesar de ser um procedimento comum da UBS, a usuária ressalta que espera nunca ter que ser atendida por ela, alegando que *é conhecedora* e que lê muito (*Eu leio muito, eu pesquiso muito. É meio difícil alguém me enganar*). A usuária defende que a leitura e o conhecimento proveniente dela a impedirão de ser 'enganada' na UBS, deixando claro que só acredita em algo que tenha comprovação. Seguramente, a fala desta usuária destoa dos depoimentos dos demais, que controem imagens de si como vitimizados diante da má comunicação com os profissionais de saúde; como é o caso do usuário Rodrigo (*me jogando de um canto pra outro*). A educação em saúde, citada pelo médico Jaime, destacou-se como importante fator que interfere na eficácia do diálogo e, conseqüentemente, no modelo assistencial do PSF e que suscita, indubitavelmente, reflexões para trabalhos posteriores; visto que excede os objetivos desta pesquisa.

No grupo focal, outros/as profissionais também falam sobre distintos problemas no PSF, em relação à sua infraestrutura. O trecho seguinte também é extenso, mas necessário para a compreensão de aspectos relevantes sobre o contexto social do PSF na UBS de Pacatuba:

*TEnf. Melissa: Bom, na minha opinião, é que deveria era DEMOLIR ESSE POSTO e fazer um novo. Um posto adequado que desse condições de trabalho para o profissional. Que cobram muito qualidade de trabalho e não dão condições de serviço. Eis a questão, só isso.*

*ACS Gabriela: E outra coisa também é questão de sala de reuniões, que... não existe uma sala porque a maioria dos postos é pra ter uma sala de reunião com o agente de saúde. Não só com o agente de saúde, mas, assim, com os outros profissionais, né, e infelizmente esse aqui não tem, a gente, ó, você vê que a gente tá na sala da enfermeira. A gente poderia ter um espaço, porque aqui tem espaço suficiente para ser construído, então concordo plenamente com a Melissa quando cê/ ela diz que deveria demolir o prédio, mesmo pra ser feito de novo.*

*TEnf Melissa: (ininteligível) aqui, tem condição, não. Tá todo rachado, todo quebrado [TEnf. Dandara: e já passou por uma reforma já] por exemplo, hoje, ó, como seria adequado uma sala de imunização, de que forma*

*seria, NO MÍNIMO, teria que ser climatizado. Não existe isso, tem nem ventilador. Ventilador do teto lá só espalha poeira. Não tem armário fechado, não tem nada, a gente trabalha só fazendo mágica.*

*TEnf. Melissa: Resumindo, só tem ar-condicionado no nível superior, né, SÓ. Nível médio, assim, ambulatório, farmácia, vacina, não tem.*

*ACS Gabriela: Se vira nos trinta na vida real.*

*TEnf. Melissa: É, é. Você vai você vai pro procedimento o suor pingando. [Risos]*

*ACS Gabriela: E até e até, assim, eu acho que uma falta de... questão da higiene, porque tu tá fazendo um curativo, e tu tá pingando suor e cair, ou você faz o curativo ou você limpa seu suor.*

*TEnf. Dandara: E também tem mais. Eles não veem a condição de nós, profissionais. Não dão condição pra que a gente desempenhe um bom trabalho. Em seguida, logicamente, o usuário não vai ter um bom atendimento. Ele também vai ficar num lugar quente, empoeirado. Ele também corre o risco de receber... um material que não esteja adequadamente dentro daquela climatização que deveria ter. E por aí vai MUITA COISA, tá entendendo, é o começo de tudo, é derrubar e fazer um novo. E nos dar uma condição de trabalho pra poder exigir, né.*

*TEnf. Melissa: Ultimamente, agora, (ininteligível) num é só o prédio não. Pra se trabalhar aqui? A demanda É GRANDE, tem pouco hos/ ééé profissionais de saúde...E POUCO equipamento de trabalho. Tem um termômetro, quebrou, não tem outro. Tem um terciômetro, quebrou, não tem outro. E mais: agora, se quebrar, a gente tem que pagar. Dá pra trabalhar?*

*TEnf. Dandara: Cê trabalhar e pagar, né?*

*TEnf. Melissa: E outra: eu ouvi no jornal agora, a unidade que funcionar sem terciômetro, sem estepe, sem termômetro, vão ser penalizados, mas nós somos obrigadas a trabalhar faltando material. E qual é o atendimento que nós vamos dar PRO POVO? Chega pra mim, eu digo, sinto muito, vou ver só seu peso. A senhora vai pro médico, o médico vai consultar o paciente sem saber se a pressão dele tá... boa, se tá alta, se a glicemia dele tá boa ou não. Aí depois vão cobrar DE QUEM? De nós, nível médio. O médico vai dizer, eu não fiz um bom atendimento porque não foi feito sinais vitais, e como é que a gente vai fazer?*

As profissionais, em geral, apresentam falas categóricas, com poucos modalizadores, descrevendo a infraestrutura e o atendimento do PSF, de modo a enfatizar concordância com a afirmação da técnica de enfermagem Melissa: *deveria era DEMOLIR ESSE POSTO e fazer um novo*. Melissa é a profissional que usa mais modalizadores (*deveria ter, teria que ser, seria, poderia ter*), mas a construção da fala desta profissional garante um alto grau de comprometimento avaliativo, pois faz uso da maioria dos modalizadores na intenção de referir-se à diferença entre o real e o ideal dentro do contexto de saúde pública, que é refletido pelo PSF. O real é uma UBS toda rachada, sem sala de reunião, sem condições básicas de higiene (*ou você faz o curativo ou você limpa seu suor*), o que obriga as profissionais a trabalhar *fazendo mágica*, em uma espécie de *se vira nos trinta da vida real*. As profissionais ressaltam a diferença nas condições de trabalho entre os profissionais, que a técnica de enfermagem Melissa categoriza como nível superior (médico/a, enfermeiro/a, dentista) e nível médio (agentes de saúde, técnicos/as de enfermagem) e obtém a concordância das colegas de profissão. Esse último dado foi muito interessante e, como comentado no relato do capítulo 4, somente foi possível porque o grupo focal de profissionais foi realizado sem a presença da

enfermeira, da dentista e do médico, que não aceitaram participar do grupo focal ou não estavam presentes na UBS no dia que foi realizado.

Ainda sobre as contribuições do grupo focal, apresento a seguir o que falam os profissionais sobre mais um dos aspectos que deveriam ser mudados dentro do PSF e que perpassa muitos outros: o diálogo.

*TEnf. Melissa: No meu caso, eu acho a comunicação entre profissional de saúde e comunidade, ÓTIMA. Agora profissional de saúde E Secretaria de Saúde, NENHUMA. Não tem retorno. A comunidade cobra de nós, nós cobramos da secretaria. A secretaria não dá o retorno e a gente tem que dar resposta ao usuário que, provavelmente, vai ser negativa. Não tem, não tem e não tem. A gente fica no meio. A comunidade quer, eles é, dá trabalho e eles quer meta cumprida. Mas aí nós fica bem aqui, nem podendo cumprir meta, nem temos com o quê e a comunidade pedindo. E aí, nós faz o quê? Mas nós e a comunidade é tranquilo, porque pra dizer não pra gente É SÓ O FILÉ. [Risos] Só o filé. Tem problema nenhum.*

[...]

*ACS Gabriela: [...]você TEM QUE SABER dar um 'não', como ela colocou. Dar um não, você sabendo, é, é... Se comunicar com a... com o usuário, é diferente. Mas tem pessoas que tem ficha hoje, tem médico?, TEM NÃO, não sei o quê, e dá as costas e sai. Isso aí também conta muito no atendimento, né, porque, INFELIZMENTE, é, aqui na Pacatuba, eu vejo, eu já trabalho aqui há muito tempo, e eu vejo que não existe essa questão de, é, trabalhar, fazer... É porque a maioria dos profissionais, desde o vigia até o auxiliar de serviço, teria que ter um curso de Recursos Humanos. Se tiveram, a maioria não tá, é, é, exercitando mesmo essa questão de saber lidar com os paciente. ESSA É A MINHA VISÃO.[...] Não, o médico, ele pode até ter tido, como, numa visita agora recente, que ela estava comigo, nós fomos visitar um-um paciente, quando chegamos lá, o paciente/a menina tinha esquecido a chave... NÃO, trouxe a chave errada. A outra visita seria na-no-no-acho que umas seis casas depois, néra, Dandara, ele simplesmente disse assim, não, pois não vou mais fazer essa visita, eu ve/vou marcar pra próxima semana. Eu disse pra ele, eu disse, olha, doutor, é o seguinte: se eu pedi a visita dessa paciente, é porque ela tá necessitando. E não custa nada, o senhor vai na outra casa e volta em seguida. Não, não volto mais não, não sei o quê, não sei o quê. Aí quando ela ligou e eu falei Dandara, o paciente não quer mais. Por quê, PORQUE SE CHATEOU, e disse que vai reclamar na Secretaria. Aí o celular dela não tava prestando, tava no viva-voz e ele ouviu. Ele foi totalmente antiético. Quando eu fui esperar ele na outra casa, na visita, tava eu, ela, a Dandara e ele. Ele chegou logo chamando minha atenção. Eu também não perdi tempo, eu peguei e disse assim, olha, doutor, sim, eu vou reclamar na secretaria também. Ela pode reclamar, mas eu vou reclamar, porque o agente de saúde, eu disse, olha, eu trabalho há muito tempo como agente de saúde e eu SEI quai/ quais são a-as/ como é que se diz... as condições de eu chegar e tá fazendo uma visita. Porque existe os pró e os contra. Quando o carro quebra, o médico não vem, e quem fica depois, é, é, chateada, com cobrança é o agente de saúde, (ininteligível) que eu tava no trabalho.*

*ACS Gabriela: Né, eu fiz, ela fez o papel dela de filha, ela tinha que ir, mas ela também trabalha, ti-tinha que entender isso. Aí, ó só, a paciente tá com infecção urinária/num foi não, quando a gente voltou lá, ele viu, depois ele se redimiu. Pelo que ele fez. Aí ele veio dizer desse jeito, deveria ter um curso pros agente de saúde, um treinamento, eu disse, não só pros agente de saúde, mas pra TODOS da equipe, eu disse desse jeito. Porque, poxa, ele foi antiético, Dandara.*

*TEnf. Melissa: Porque, assim, ó, quem trabalha na saúde tem que ter um pouco de humanização, né, amor ao próximo*

*TEnf. Dandara: Quando eu digo, é quando digo pra nós, profissionais de saúde, não é difícil dar um não, é por conta disso, quando você vem dar um não pra um paciente, é porque você já tentou de todas as formas e você não conseguiu uma resposta, se eu chego pro médico, doutor, tem uma pessoa assim, assim, assim e assim, mande vim depois, doutora enfermeira, por favor, tem uma pessoa aí, o que é que eu faço, venha depois, então o que é que eu tenho que fazer, olha, senhora, eu sinto muito, falei com o médico, falei com a enfermeira, mas não vai ser possível, não vai dar pra atender. Dá pra senhora vim à tarde, eu não tou dando um não... [ACS Gabriela: Mas, aí, é uma pessoa totalmente diferente] não, eu tou dando um não, por quê, eu quero lhe dizer*

que, assim, quando eu falo que o profissional não é difícil dar um não, eu tou falando da pessoa que tentou resolver e não conseguiu porque não teve uma resposta. Eu não vou dizer um não prum paciente dizendo que o médico não vai atender porque não quer. Eu não vou dizer que a enfermeira tá, mas poderia atender e não vai atender porque não quer. Eu NÃO vou dizer isso. [TEnf. Melissa: Que nem no caso daquele senhorzinho , chegou hoje, né pra mim, chegou] quando eu digo que a gente tem que trabalhar fazendo mágica. Tem sempre que tá dando um jeitinho aqui, um jeitinho ali... Mas a gente NÃO TEM nem profissional suficiente pra dar o suporte e dar um trabalho com qualidade do qual a nossa comunidade precisa, assim como também nós não temos CONDIÇÕES DE TRABALHO. Eles lá em cima, eles cobram MUITO qualidade de serviço, mas num dão qualidade nem sequer pra nós. Aí fica difícil. Como é que eu vou dar PRA VOCÊ uma coisa que eu não tenho e quando eu dependo dela, NÃO TEM COMO, quer dizer, hoje, nós do nível médio, nós estamos no meio. A GENTE ESTUDOU SIM, a gente é capaz de desenvolver nossa-nossa função SIM, somos capazes de fazer qualquer coisa, mas desde que NOS DÊ CONDIÇÃO, tendeu, só que eles cobram o trabalho e NUM DÃO CONDIÇÃO, por exemplo, a-a Gabriela chegou doente, vai passar pelo médico. A Melissa correu, fez a parte dela. Num foi POSSÍVEL ela tem culpa, não. Mas, se tivesse dado certo, o médico atendia, passava medicação, voltava pro ambulatório, ia tomar medicação, ia pra casa e resolvido. [ACS Gabriela: É verdade] e ninguém ia perder muito tempo, mas... é muita coisa, assim.

[...]

ACS Gabriela: E a gente acaba, assim, se chateando e fazendo coisa/ porque, assim, o CERTO era como ela tá bem colocando: se resolver na unidade, mas a gente acaba levando pra outra instância, por quê? Porque o médico não cumpre horário, e todo mundo é cobrado. Se você passar, como elas passaram, num sei, foi 15 minutos, foi, [TEnf. Melissa: quinze minutos] aí já foi chamar atenção. TAMBÉM TEM QUE VER, ELAS ENTRAM CEDO, é o pessoal que entra mais cedo, que tá ali pra receber todo o baque, né? Mas não, né? Só...

TEnf. Melissa: Eu vejo assim: o nível médio trabalha mais, né? O nível médio trabalha mais e é o que é mais cobrado, né verdade?

TEnf. Dandara: Agora, por mim, se desse condições de trabalho/ porque mim dar condição não é só encher/ assim, olha, você vai ficar no ambulatório e... tá aqui todo o material aqui e mim dá, digamos assim, duzentos paciente pra mim cuidar. Ele não tá me dando condição de trabalho. Muito pelo contrário, tá me dando condição de problema. Então, tem que ver qual é a comunidade, qual é o tanto de pessoa... Se a comunidade é grande, bote duas pessoas no ambulatório, uma pra cuidar dos trabalho do ambulatório e outro pra dar suporte ao médico, à enfermeira, tendeu, a pessoa que tá no ambulatório tem que fazer o curativo, tem que atender domiciliar, tem que auxiliar/tem que aten/auxiliar o médico no que é preciso, é, é, auxiliar a enfermeira... Gente do céu, isso não, quero nem (ininteligível) termina você não dando qualidade ao seu trabalho porque realmente a cobrança é demais. É muito trabalho pra pouco tempo.

As profissionais ressaltam que o maior problema de diálogo ocorre entre os profissionais da própria UBS e entre a UBS e a Secretaria Municipal de Saúde, pois com a comunidade, a comunicação é sempre boa. A fala da técnica de enfermagem Melissa apresenta modalização epistêmica (no meu caso, eu acho), um atenuador (*um pouco*) e um modalizador deôntico (*tem que ter*). A agente de saúde Gabriela faz uso de mais modalizadores deônticos (*tem que saber, teria que, tinha que, deveria ter, tem que ver*) e reforços (*a maioria, totalmente, muito, todos*); mas também apresenta duas modalizações epistêmicas (*pode até ter tido, acho que*), possuindo a fala com maior ocorrência de modalizadores entre as três profissionais; de maneira geral, manteve um alto grau de

comprometimento avaliativo, fazendo críticas severas aos problemas de relacionamento entre as esferas da gestão de saúde e dentro da própria equipe interdisciplinar da UBS.

A fala da técnica de enfermagem Dandara contém modalizadores epistêmicos (*por mim*), mas um número mais representativo de modalizadores deônticos (*tem que trabalhar, tenho que fazer, tem sempre que tá dando um jeitinho, tem que atender, tem que auxiliar, tem que fazer, tem que ver*), além de uma ocorrência de imperativo afirmativo (*bote duas pessoas no ambulatório*). Ressalto, portanto, que as estratégias discursivas utilizadas pelas profissionais em suas manifestações avaliativas denotam um alto grau de comprometimento, que é enfatizado pelo grande número de modalizadores deônticos, que se referem ao dever imposto à equipe de profissionais e que não é realizado pelas instâncias superiores. Os deveres acabam sendo sempre do profissional de saúde que, como visto em falas anteriores, vai além de suas responsabilidades para lidar com os entraves burocráticos da UBS e com a reação dos/as usuários/as ao dar-lhes uma resposta negativa (*Não tem, não tem e não tem.*).

Um trecho importante do relato das profissionais é quando se referem a como lidam com a dificuldade de dar respostas negativas a usuários da UBS (*TEM QUE SABER dar um 'não'*). A agente de saúde Gabriela explica que o diálogo aberto com o/a usuário/a é importante para que este/a não pense que é má vontade dos/as funcionários/as quando não podem ser atendidos por falta de materiais ou exames. A ACS Gabriela defende que *a maioria dos profissionais, desde o vigia até o auxiliar de serviço, teria que ter um curso de Recursos Humanos*. Desta forma, todos saberiam como lidar com o paciente e o problema com o diálogo seria menor. Cabe ressaltar que, quando o médico apresenta possíveis soluções para a melhoria no diálogo com os usuários, esse profissional apenas culpa os pacientes; enquanto as profissionais que participaram do grupo focal demonstram que se preocupam com a forma de tratamento advinda do próprio profissional da UBS. Para legitimar sua opinião, a ACS narra um acontecimento de um atendimento domiciliar e como a falta de paciência do médico o fez desistir de prestar assistência e ainda chegou a culpar a ACS por ter reclamado do fato.

Como relatado pelas profissionais, o atendimento domiciliar, que é uma das atividades mais características do PSF, enfrenta diversas dificuldades advindas da própria relação entre os profissionais de saúde. A narrativa enfatiza a afirmação das agentes de saúde a respeito do que caracterizam como falta de ética do médico: *Ele foi totalmente antiético*. A ética dos profissionais de saúde de Pacatuba é um aspecto importante, também presente nas

falas dos usuários, como demonstrei e discuti anteriormente. É importante ressaltar que o médico do qual falam no grupo focal é o mesmo que tem sido referido pelos usuários, o médico Jaime.

Diante das falas das profissionais, é possível concluir que, além de todos os problemas diretamente citados, funcionários insatisfeitos têm mais possibilidade de tratar mal seus pacientes; principalmente se não são preparados, em sua formação, para lidar com pacientes e empreender um bom diálogo com eles. Como Melissa sugere, *quem trabalha na saúde tem que ter um pouco de humanização, né, amor ao próximo*. É o essencial, previsto desde o regimento do PSF e que, algumas vezes, não se realiza satisfatoriamente.

Diante do exposto, questiono-me sobre como prevenir doenças e promover a saúde se o diálogo entre profissionais e pacientes é falho e isso atinge diretamente o modelo assistencial básico. O PSF, como mostrei mais detalhadamente no Capítulo 4, tem uma configuração multidisciplinar que prioriza um trabalho em equipe. Diante da fala das profissionais, durante o grupo focal, percebemos que as relações de poder existentes entre os profissionais de "ensino médio" e de "ensino superior" (como denominam as próprias profissionais) impedem esta comunicação satisfatória. No caso do atendimento domiciliar, cabe ressaltar que as/os agentes de saúde são os pioneiros neste tipo de serviço e que os/as médicos/as e enfermeiros/as deveriam reconhecer a experiência destes/as profissionais para auxiliar no procedimento assistencial, pois durante a consulta da UBS, os pacientes estão em um ambiente diferente e inseguros; enquanto que, em casa e com a visita dos/as agentes de saúde, já estão acostumados e costumam sentir-se mais à vontade.

Apresento um quadro-síntese com algumas apreensões a respeito das representações de identidades dos discursos dos atores sociais colaboradores desta investigação, mediante a análise ora realizada. Saliento que o quadro a seguir só pode ser compreendido mediante leitura prévia da análise, pois a maior ou menor ocorrência de determinada modalidade (deôntica ou epistêmica) e de reforços e atenuadores não possui uma característica matemática, que leve a uma só compreensão, mas devem ser considerados outros fatores, como as sobremodalizações, a ironia ou exaltação da voz (letras maiúsculas), a citação de frases indiretas, uso de imperativos diretos, como foram detalhados na análise.

IDENTIDADES	ESTRATÉGIAS LINGUÍSTICAS
<b>PACATUBA</b>	
Usuários/as	Maior ocorrência de modalizadores deônticos e reforços Pouca ocorrência de modalizações epistêmicas e reforços (grau de comprometimento médio)
Agente de saúde	Maior ocorrência de Expressões categóricas (sem modalizadores), reforços e modalizadores deônticos (grau de comprometimento alto)
Enfermeira	Predomínio de Expressões categóricas (sem modalizadores) e pouco uso de modalizações epistêmicas (grau de comprometimento alto)
Dentista	Predomínio de Expressões categóricas (sem modalizadores) (grau de comprometimento alto)* Obs: maior uso de evasivas
Médico	Maior recorrência de modalizações epistêmicas, atenuadores e reforços. Poucas modalizações deônticas (grau de comprometimento baixo)
Técnicas/auxiliares de enfermagem	Predomínio de Expressões categóricas (grau de comprometimento alto)

Quadro 6 — Estratégias Linguísticas de Pacatuba

Como pudemos verificar, diversos temas são citados nas falas dos atores sociais, geralmente apontados como obstáculos para a prática assistencial, como a falta ou ineficácia no diálogo entre profissionais de saúde e usuários e a (falta de) ética da parte de alguns profissionais. São apresentadas, ainda, propostas de criação ou modificação de políticas públicas (diminuir quantitativo por dia, maior investimento em materiais de enfermagem, melhoras na infraestrutura, entre outras), aumento da afetividade entre os atores sociais no PSF e a maior integração entre Educação e Saúde como fatores de investimento na melhoria da qualidade de atendimento do programa.

As estratégias discursivas de usuários são, geralmente, sem modalizadores (ou apenas reforços e atenuadores) e com narrativas que enfatizam sua avaliação sobre os profissionais, a UBS e o PSF; o que confere às suas falas uma maior recorrência de alto grau de comprometimento. Os profissionais, no entanto, fazem uso de estratégias discursivas distintas, de acordo com sua formação ou tema que avaliam: as agentes de saúde e técnicas de enfermagem foram mais categóricas e usaram mais modalizadores e expressões modalizadoras deônticas; as falas do médico demonstram muitas oscilações de

comprometimento avaliativo, tendo como prioridade o uso de modalizadores epistêmicos, o que denota um baixo grau avaliativo; a dentista foi um caso que me chamou a atenção, pois foi aquela que mais se esquivou de avaliações que envolvessem afetividade (ainda que a pergunta fosse voltada para a relação com usuários) e uma de suas estratégias foi a descrição detalhada de procedimentos da sua área dentro do PSF. Sendo assim, seu comprometimento alto deve ser visto como em relação a sua explicação técnica e não a juízos de valor; a enfermeira, por sua vez, trouxe foco à emoção (inclusive citando características de gênero social: mulher e maternidade) e usou muitas narrativas para enfatizar seu ponto de vista, usando raros modalizadores.

Outros fatores serão considerados no tópico 5.2, quando tratarei da dialeticidade entre o significado identificacional com os demais significados do discurso, no *corpus* ora analisado. Porém, antes disso, apresento a análise das manifestações avaliativas dos atores sociais da UBS de Fortaleza.

### 5.1.2 Identidades em Fortaleza

Nesta seção, pelo fato de ser posterior à análise de Pacatuba, comparações entre as falas dos atores sociais dos dois contextos sociais serão feitas, quando oportuno. Apresento e discuto, a seguir, as declarações dos usuários de Fortaleza, em entrevista individual, quando se referem à sua relação e comunicação com os profissionais da UBS:

*Andressa: Só médico-paciente, mesmo. Num tem uma relação mais assim...*

*Andressa: eu acho que é realmente as meninas da 'atendência', porque elas não explicam direito, se você precisa de uma informação, elas são grosseiras com você.*

*Fernanda: é justamente, a pior é a do próprio atendimento. Mas tem alguns, mas também o pessoal da medição de pressão, até os 'imu'<sup>55</sup> é legal. O ruim é esses que tã num espaço de conforto....*

*Marcela: No momento tem as vezes que eles orientam muito bem, tem as vezes que eles dão só a receita e mandam você...diz lá na receita quê que tem que fazer e pronto.*

A declaração de Andressa é clara: não existe relação afetiva entre ela e os profissionais que trabalham na UBS. A afirmação categórica é enfatizada pelos atenuantes *só* e *mesmo*, que qualificam a relação como mais diminuta. Andressa e Fernanda concordam que

---

<sup>55</sup> A usuária Fernanda refere-se aos profissionais que trabalham na área de imunização da UBS.



as profissionais que mantêm uma relação ainda mais distante são *justamente* as pessoas responsáveis pelo atendimento e a marcação de consultas. Andressa começa a frase usando o modalizador epistêmico *eu acho*, mas depois usa o reforço *realmente* para seguir a avaliação sem modalizações: *elas são grosseiras com você*. A escolha da palavra *grosseira* denota a importância que a usuária confere a uma relação mínima de respeito e educação entre as profissionais e os usuários.

Em minha observação e em algumas entrevistas, pude perceber que a visão de alguns usuários desta UBS é de que os profissionais devem manter uma relação profissional e de polidez, não sendo necessário uma relação mais afetiva entre eles. Porém, as avaliações de Fernanda e Marcela denotam, por suas escolhas lexicais, que as usuárias esperam mais dos profissionais. Fernanda utiliza reforços (*justamente, próprio*) para indicar que as atendentes são pessoas difíceis de lidar, categorizando uma delas como *a pior*, comparando-a inclusive com o pessoal do 'imu' (profissionais da área de imunização: vacinação), que é *legal*. Marcela utiliza atenuadores (*no momento, às vezes, só, e pronto*), mostrando um comprometimento baixo em sua avaliação, ao se referir aos profissionais médicos que, segundo ela, dizem o que *tem que fazer* na receita e explicam nada. A usuária opta por não usar uma expressão deôntica (indicando o que os médicos deveriam fazer) e sim, faz uma crítica negativa com base no pressuposto do que é o dever do médico (expresso pelas partículas *só* e *pronto*), de explicar e manter um diálogo maior com o/a paciente.

Torna-se clara a visão de alguns usuários sobre a importância que dão a uma relação mais próxima com o paciente, de maneira que ele dialogue mais com eles, o que poderia ajudar inclusive na prática assistencial. Portanto, apresento, a seguir, alguns depoimentos de usuários sobre como se sentem durante as consultas, a maioria deles durante a entrevista de grupo focal:

*Marcos: Eu vou dizer POR ESSE MÉDICO, AQUI. EXCELENTE. Agora, tem uns aqui, que eu já vi muitos/por exemplo, tem que...chega, nem olha direito quando atende, mas ESSE AQUI...ele é um pouco demorado, mas vale a pena[...]*

*Eduarda: [ininteligível] muito boa né? com ele é. Com o Dr. Cláudio, é. Tudo muito bem.*

A primeira declaração é de Marcos, único homem que aceitou participar da entrevista de grupo focal. Ele é enfático (usando reforços/boosters) ao falar sobre um médico específico, cujo nome ele não cita na entrevista, mas aponta para a sala durante a gravação: ele se refere

ao Dr. Cláudio, também citado pela usuária Eduarda como exemplo de bom profissional (*Com o Dr. Cláudio, é. Tudo muito bem.*). Ele afirma que *tem uns* médicos que não dão atenção ao paciente e escolhe a expressão *nem olha direito*, para reforçar. Assim como na fala da usuária Marcela, anteriormente analisada, e na do usuário Rodrigo, de Pacatuba: [...] *tem uns que mal fala, esse daqui mal fala, a gente fala as coisa, só faz escrever e pronto.* Os três usuários avaliam como inadequado um atendimento em que não haja um diálogo mínimo além da descrição de sintomas e da prescrição de receitas, o que é comum em alguns consultórios. As falas dos usuários é de alto grau de engajamento ao falar da ineficácia do diálogo em algumas consultas e demonstram sua insegurança quando os médicos não os examinam para chegar a um diagnóstico.

Outras usuárias, durante o grupo focal, utilizam outros argumentos para fundamentar a boa avaliação de um médico em comum (distinto de Pacatuba, na UBS de Fortaleza há mais médicos, inclusive especialistas):

*Marta: eu me sinto bem. era um outro médico, mas aí ele parece que tá se aposentando e-e tô com esse, doutor Matias, eu gosto muito. Terceira vez<sup>56</sup> que eu venho, SEMPRE GOSTEI DAQUI. que eu vim de LÁ do Hospital Geral, que eu sou hipertensa. Cheguei/Ta aí, DESDE 45 ANOS, já estou com meia quatro, estou por aqui. Tô muito bem. E tenho plano de saúde, mas eu PREFIRO AQUI. TENHO SIM, (nome do plano de saúde particular). Minha filha me deu pra caso de urgência, mas eu tenho o meu hospital e o Hospital Geral, a partir de/vou lá/aqui-aqui, sim, eu acho uma beleza [...]*

*Polyana: eu me sinto muito bem também, como ela falou. Aqui, o atendimento é MUITO BOM. A gente chega, tá precisando assim, como eu vim de ontem. Assim, do nada, a minha pressão aumentou, eu fiquei com dor de cabeça, aí, quando eu chego, a moça ajeita logo pra a gente falar com ele, né? o médico já/o doutor Matias [ininteligível] mas a gente é MUITO bem atendido, os médico, qualquer um que você passar, as enfermeiras, pessoal aqui é-é 10. Muito bom, né? porque/num porque tá gravando, não. É porque É MESMO [...]*

É perceptível a diferença entre a relação dos usuários de Fortaleza e Pacatuba com seus respectivos médicos clínico-gerais; também julgo relevante o fato de haver mais de um nesta UBS, pois além de serem mais rapidamente atendidos, podem optar por outro profissional, caso se sintam desconfortáveis durante uma consulta. A usuária Marta utiliza reforços como *sempre, muito* e *já* para afirmar que se sente bem na UBS de Fortaleza, além de enfatizar que o atendimento é tão bom que tem um plano de saúde particular (considerado por muitos usuários como melhor), mas prefere utilizar o serviço disponibilizado pelo governo. Marta utiliza apenas um modalizador epistêmico na caracterização do atendimento: *parece*.

---

<sup>56</sup> Depois da reforma da UBS.

Polyana também utiliza muitos reforços (*muito, logo*) para avaliar bem o atendimento e, em outro trecho de sua fala, também faz uma comparação entre a UBS e os planos de saúde particulares:

Polyana: [...] *Você vê que é TRANQUIIIIILO, assim, numa boa né, a gente num vê casos assim né? de pessoas assim: "ah! num sei o quê, que num tem atendimento" É maravilhoso aqui. Eu gosto muito. Eu sempre venho, eu faço meus exames periódico tudo aqui, mas mesmo como ela diz, a gente tem o outro médico fora também, mas nos planos de saúde também tão DEMORANDO DEMAIS DEMAIS. E aqui, não.[...] é MARAVILHOSO, assim. Tá saindo mais rápido do que você pegar pra fazer no plano de saúde, tá demorando DEMAIS, eu sei porque eu tenho o exemplo da minha filha e do meu neto também.[ininteligível] exatamente, muito bem, graças a Deus! é tranquilo...*

Polyana caracteriza o atendimento, em geral, como *maravilhoso*, pelo fato da rapidez na marcação e no recebimento de exames. O grau de comprometimento das usuárias é alto e as comparações e narrativas em suas falas reforçam suas avaliações, não apenas com sua escolha lexical, mas com argumentos factuais: falam de suas famílias e de suas próprias experiências em hospitais particulares, onde a demora no atendimento costuma ser a mesma ou maior.

Em comparação, relembro as falas dos usuários de Pacatuba que, por sempre terem sido usuários do Sistema Único de Saúde, idealizam os planos de saúde e os hospitais particulares como uma realidade totalmente diferente e que ofereceria maior rapidez no atendimento, onde seriam bem tratados e os exames sairiam antes que fosse tarde demais: como no caso da usuária Dolores, que relatou que um familiar faleceu após seis meses na espera de conseguir fazer um exame. A ACS Gabriela, também de Pacatuba, reforçou esse pensamento ao afirmar que, apesar de haver problemas no sistema privado, o usuário tem mais voz, pois está pagando e pode reclamar para que seus pedidos sejam atendidos, mesmo que tenham que acionar a imprensa.

Plano de saúde é um tema recorrente na fala dos usuários da UBS de Fortaleza. Muitos relataram que possuíam os dois serviços, como é o caso de Polyana, que afirma: *[...]trago a consulta e venho procurar a medicação que tenho direito pelo governo [...].* O que me levou a observar que alguns usuários realmente procuravam a UBS para conseguir remédios e tomar vacinas, pois recorriam ao plano quando era caso de urgência, como estes trechos da fala categórica da usuária Marta, durante o grupo focal: *Minha filha me deu pra caso de urgência, mas eu tenho o meu hospital e o Hospital Geral[...]; quando o negócio tá feio, eu vou pro (nome do plano de saúde particular), né? só coisa de urgência, ne?.*

A usuária Marta reforça o porquê de estar satisfeita com o atendimento na UBS fazendo novamente comparações, agora com suas identidades de mulher madura/ídosa e de dona de casa:

Marta: [...] *A pura verdade é essa: A GENTE TEM QUE TER PACIÊNCIA. Se eu chegar na hora, se eu-agendar tiver muita gente lá fora, ne? a gente tem que ter PACIÊNCIA. Já chegamos num ponto, nós com mais de 60, né? Chegamos num ponto/os mais jóvi tem "as vexame". Nós num precisa ter vexame. E eu tenho/a preocupação é/vocês viram tenho uma meninazinha de 5 anos que a pessoa levou pra ficar enquanto eu me consulto, ne?...mas até lá É ATÉ CALMO, MESMO. É ATÉ CALMO, MINHA FILHA, porque se não tiver, não adianta: "ah! porque não deu certo essa vez com o médico, eu vou 'defamar' o médico" porque? não/em casa, nem toda hora eu faço o almoço direito, no dia que não tá certo, o véi vem: "mulher, diabo é isso? tu salgou?", né verdade? é nem tudo/tudo a gente faz direito (risos)*

Apesar do alto comprometimento dos usuários em suas manifestações avaliativas, é incomum que utilizem modalizadores deônticos e, sim, palavras ou expressões de reforço repetidas vezes. Nesta fala de Marta, no entanto, ela utiliza modalizadores deônticos três vezes (ter que + infinitivo e precisar ter) ao se referir às identidades de usuária e mulher acima de 60 anos, que em sua opinião não devem ter *vexame*, como os jovens costumam ter. A usuária quer enfatizar que os jovens têm pouca ou nenhuma paciência quando há demora ou qualquer outro problema no atendimento, reclamando imediatamente e sentindo que estão passando por uma situação embaraçosa ao esperar, o que seria 'a vexame'. A identidade de dona de casa é usada para reforçar que sua experiência lhe ensinou que nem tudo ocorre da maneira correta em outras situações da vida: *nem tudo/tudo a gente faz direito*. Suas identidades externas ao contexto da UBS são ressaltadas como importantes em sua condição de usuária do SUS.

Em contraposição, alguns usuários da UBS de Fortaleza não têm a mesma facilidade de lidar com os profissionais, principalmente médicos, durante a consulta. O depoimento é dado pelos profissionais durante o grupo focal, denotando a preocupação deles com a solução desse problema, que compromete diretamente o fator mais importante da consulta: o diálogo.

ACS Célia: *Olha, eu tenho paciente que realmente elas pedem, principalmente algumas senhoras, elas pedem pra eu ficar na sala junto com elas na hora da consulta, porque não, porque elas não falam determinadas coisas (ininteligível) acho que elas ficam nervosa, não conseguem lembrar, e aí acaba eu falando o que é que tá acontecendo, que quando eu tô na casa delas, elas com/ elas me falam tudo, conversam tudo, falam tudo, quando chega, (ininteligível) muitas vezes (ininteligível) que eu não estou, eu chego em casa, (ininteligível) fazer visita, e aí, aquele problema que você falou, contou pra doutora? "Ai, minha filha, me esqueci". Então assim TEM ISSO, tem isso mesmo, com certeza, na minha área tem.*

ACS Pedro: *Às vezes, assim... (ininteligível) tem paciente meu que a gente passa consulta, conta tudo pra gente, quando a gente chega lá pra fazer a visita, passou-passou uma medicação que não tem nada a ver com o que contou pra gente, certo.*

*Enf. Lúcia: E, e eu vejo muito isso porque ééé agora tão querendo mudar isso, né, porque (ininteligível) consulta não é pra ser assim, mas os postos eles tem profissionais que atendem pra-pras chamadas caixinhas, então assim o médico que atende só hipertensão e diabete, então, e diabetes, então o paciente ele sabe que aquele médico só atende isso daí, então ele vai chegar lá, ele pode tá com dor na coluna, mas ele não vai falar como médico, porque ele vai tratar só a pressão, o médico é cardiologista, ele vai falar só sobre o coração, mas ele não vai falar que tá com diarreia, entendeu [ACS Pedro: e-e-e] então assim, mas isso até pela questão da rotina do serviço... e também pela questão, como eles falaram, o próprio paciente, às vezes, ele se constrange um pouco na presença de um-un profissional que é mais autoritário, mais as/ num tem aquela... aquela capacidade mais humana de tá lidando, e acaba que INTIMIDA e aí eles não falam tudo que eles tão sentindo.*

A fala da ACS Célia apresenta os reforços *realmente, tudo, muitas vezes, com certeza* e apenas um modalizador epistêmico (*eu acho*), ao relatar que os/as usuários/as geralmente se sentem mais confortáveis em comentar sobre seu estado de saúde com os ACS, que são da comunidade e os visitam periodicamente em suas próprias casas com mais frequência do que os outros profissionais do PSF, o que é comprovado pelas entrevistas com os usuários. Os profissionais ressaltam que geralmente são senhoras de mais idade, que dizem esquecer ou não saber como explicar o que sentem aos médicos, mesmo após terem relatado facilmente durante a visita domiciliar do ACS. O ACS Pedro e a enfermeira Lúcia corroboram ao relato de Célia, ressaltando a falta de relação *mais humana* de lidar com os/as usuários, o que faz com que eles se sintam constrangido na presença de um médico *mais autoritário*. Isso ocorre também em Pacatuba, como pudemos perceber: as agentes de saúde e auxiliares de enfermagem ressaltaram o aspecto de humanização como necessário em seu trabalho e criticaram o fato de profissionais, como o médico da unidade, quando não agem conforme esse critério.

O ACS Pedro acrescenta narrativas sobre o medo de alguns usuários ao se dirigirem aos médicos. É importante salientar que a maioria dos casos relatados de situações assim são de usuárias mulheres, de várias idades:

*ACS Pedro: [...]a mãe ficou com medo... da médica recriminar porque ela tinha dado leite... em pó pra criança [...]diarréia (ininteligível) só uma diarreiazinha, aí a doutora/ mau cheiro, não/ só diarreiazinha normal, doutor passou paracetamol e (ininteligível) soro pra criança tomar*

É comum, na fala do ACS Pedro, a narrativa de cenas de atendimento, inclusive com a representação do discurso direto dos/as usuários/as, o que confere a sua fala um comprometimento avaliativo, geralmente, alto. ACS Pedro relata que, em alguns casos, o/a médico/a nem chega a saber o que houve realmente com o/a usuário/a pois este/a oculta informações importantes para o diagnóstico. No caso citado, a mãe disse à médica que a

criança estava com uma simples diarreia e que não tinha dado nada além do leite materno, mas quando o fato foi relatado à médica pelo ACS, ela concluiu que a criança deveria ser internada, pois seu estado já tinha se agravado. Se não fosse o diálogo entre os próprios profissionais de saúde, poderia ter acontecido algo pior. Neste caso, a intersetorialidade, que é uma das prerrogativas do PSF, mostrou sua efetiva importância.

A ACS Célia também contribui com uma experiência no campo de trabalho sobre o receio do/a usuário/a de ser repreendido por alguns profissionais que costumam atender apenas certas especialidade médicas (as chamadas caixinhas):

*ACS Célia:[...] NÃO, ele vai me dar um carão (ininteligível) médico atende só hipertenso e diabético aqui, então a gente (ininteligível) melhor ela não ir, então assim pra convencer (ininteligível) não tinha médico na equipe, então era complicado, que ela tinha mesmo medo que o médico chegasse (ininteligível) dar um carão nela, não tinham quem dissesse [ACS Pedro: e não/] e NÃO FOI PRO MÉDICO.*

A fala da ACS Célia é categórica e não possui modalizadores. Além dos obstáculos já relatados pelos/as usuários/as e profissionais, por causa de um aspecto administrativo da UBS, usuários/as deixam de consultar o médico. Porém, o que estes não sabem é que podem ser atendidos por qualquer profissional da UBS e serem encaminhados para um especialista logo após. Os ACS tentam explicar-lhes, mas o que parece é que sua experiência de atendimento não foi boa, talvez nessa UBS ou em outra, o que infelizmente não é esclarecido.

Diante desse problema na prática, a enfermeira Lúcia fala como busca dirimir a assimetria entre usuários e profissionais:

*Enf. Lúcia: eu-eu geralmente sou a mais sincera possível... certo, assim, e-eu explico... sendo humana, né? Assim, a gente tá vendo que o problema tem que ser solucionado, mas que muitas vezes não tem condição, e aí por esse motivo que existe o constrangimento, né, difícil de se romper. Mas é sempre utilizar de um bom português, claro, né, que ele entenda e queee... a gente TENTA de alguma maneira viabilizar alguma solução e, quando não é possível, a gente conversando, trazendo um entendimento, às vezes o paciente chega bem exaltado, assim, a gente tem que relevar e-e entender, porque muitas vezes ele tem razão de tá exaltado... né, mas é a gente tem que mostrar pra ele que às vezes a função não é nossa... e tentar que...as coisas andem, né?*

O uso de um *bom português* e de uma postura mais humanitária são apresentados como soluções para os problemas de assimetria na relação profissional-usuário/a. A enfermeira Lúcia faz uso de construções com modalizadores deônticos (*tem que ser solucionado, tem que relevar e tem que mostrar*) para enfatizar o caráter de obrigação e comprometimento que os profissionais devem ter com essa relação interpessoal. A expressão

às vezes atenua a afirmação a respeito do comportamento de alguns/mas usuários/as, que chegam exaltados à UBS e o fato de que a função requerida por eles pode não lhes competir.

O ACS Pedro avalia negativamente a postura de profissionais que podem realizar uma tarefa, mas que não a fazem:

*ACS Pedro: [...] Só que o seguinte tem enfermeira que diz: não, não é da minha área, não vou atender. Á, professora, eu acho um absurdo chegar alguém...*

O fato de a enfermeira não atender usuários de determinada área, que não é coberta pela equipe do PSF da qual faz parte, incomoda ao ACS Pedro, mas outros fatores devem ser levados em consideração na escolha de atender ou não um usuário extra-área (se é um caso isolado, se a UBS da outra área passa por reformas ou falta médicos, se o dia tem muitos pacientes a serem atendidos, entre outros). De todas as formas, é um problema burocrático que precisa ser resolvido com o acionamento da gestão interna da UBS e da Secretaria de Saúde Municipal. Relembro a fala da técnica de enfermagem Dandara sobre um problema mais complexo vivenciado em Pacatuba, a respeito dos motivos pelos quais médicos e enfermeiras negam atendimento a alguns pacientes:

*[...] se eu chego pro médico: doutor, tem uma pessoa assim, assim, assim e assim, "mande vim depois", doutora enfermeira, por favor, tem uma pessoa aí, o que é que eu faço, "venha depois", então o que é que eu tenho que fazer, olha, senhora, eu sinto muito, falei com o médico, falei com a enfermeira, mas não vai ser possível, não vai dar pra atender. Dá pra senhora vim à tarde, eu não tou dando um não... [...] Eu não vou dizer um não prum paciente dizendo que o médico não vai atender porque não quer. Eu não vou dizer que a enfermeira tá, mas poderia atender e não vai atender porque não quer. Eu NÃO vou dizer isso.*

Como é possível constatar, há relatos dos próprios profissionais das duas UBS sobre um descaso por parte de alguns profissionais no atendimento desses usuários. Isso desencadeia outros problemas que inviabilizam o bom andamento do programa e quem acaba tentando resolvê-los são sempre os profissionais mais próximos da comunidade: agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem. Em Fortaleza, o motivo era a área que a usuária residia ser não pertencente à cobertura da UBS, mas em Pacatuba, a técnica de enfermagem Dandara ressalta sua revolta por ter que dar quaisquer desculpas às/aos usuárias/os para não ter que dizer que eles não querem atendê-los.

O relacionamento interpessoal, às vezes, não é considerado por alguns profissionais, mesmo que indiretamente. A dentista, por exemplo, quando perguntada a respeito de sua relação com usuários, dá a seguinte declaração:

*Dent. Paola: Os pacientes vem aqui/ é a gente com a equipe tem uma área cadastrada...e atende esses pacientes cadastrados e também a demanda livre espontânea...porque o posto atende também uma área que não é coberta pelo PSF...da proximidade.*

Está claro que a profissional evita, nesta fala, tratar de temas afetivos em relação ao usuários. Essa postura é a mesma durante toda a sua entrevista, na qual se destacam as manifestações categóricas a respeito do PSF e dos atores sociais nela envolvidos, justamente por apenas descrever o procedimento e não avaliá-lo, principalmente de maneira afetiva. O mesmo ocorre com a dentista de Pacatuba, que evita falar de temas afetivos, mesmo quando a pergunta é sobre a relação interpessoal. O número de evasivas é considerável na fala das duas profissionais.

No próximo trecho a ser analisado, a enfermeira Lúcia fala sobre sua relação com os usuários, focalizando a comunicação como peça-chave:

*Enf. Lúcia: Ó a eu tenho uma pós em gerontologia que é aquele pessoal é a especialização que trabalha com o envelhecimento humano então assim eu tenho um uma dedicação grande por pessoas que têm muitas limitações assim eu me dedico muito as pessoas bastante limitadas idosos geralmente tem várias limitações NE então assim eu fico muito atenta na maneira de me comunicar como eu falei no início aqui antes da entrevista é muitos pro/ muitos profissionais eles prescrevem com uma letra que nem mesmo ele entende se ele for ler novamente nem ele próprio entende imagine um idoso que não tem uma visão boa né que não sabe ler geralmente quem frequenta uma unidade pública de saúde são pessoas que tem menos escolaridade né porque já tem uma dificuldade maior pra ler aí vem uma letra que não é legível então eu assim eu acho que a minha comunicação embora eu trabalhe bastante com idoso eu tra/ eu tento trazer pra todos as outras faixas etárias todos os outros eu creio que seja clara é simples tipo eu não posso chegar pra um pra você dizer que a hanseníase de uma maneira dimorfa bla bla bla que você não vai entender então eu tenho que dizer a hanseníase te dá umas bolhinhas na pele umas manchas pra que a pessoa entenda né por exemplo no cartão pré-natal da gente que a gente vai arguir as pessoas vamos com o histórico de regresso dela existia umas perguntas é você já teve problema com infertilidade a tem muita mulher que não sabe o que é infertilidade então como é que a gente faz a pergunta você já fez algum tratamento pra engravidar precisou tem dificuldade? Melhorar a forma de comunicação na sua família tem diabetes tem gente que não sabe o que é diabetes na sua família tem alguém que tem problema que não pode comer açúcar? Tem alguém que toma alguma injeção todo dia? e aí a gente vai melhorando né? Assim porque tem pessoas que não tem um grau de esclarecimento bom e assim a maioria deles que-que vem aqui na unidade de saúde são assim então assim eu creio que a minha comunicação é boa e eu procuro sempre saber o nome das pessoas eu conheço a maioria dos pacientes que-que são tratados por mim por nome conheço o nome marido conheço os filhos eu procuro saber vou na casa deles porque a gente faz a visita domiciliar então a gente vai na casa deles então assim eu acho que é uma comunicação boa.*

Aspecto importante sobre a identidade da enfermeira Lúcia é o fato de iniciar a pergunta sobre sua relação com os/as usuários/as falando sua especialidade médica e a partir



dela, legitimizar sua preocupação com os usuários idosos. Dessa forma, coloca-se como responsável por manter um bom diálogo com os/as usuários/as, mostrando uma imagem de si como especializada/preparada e dedicada. Seu comprometimento avaliativo, nesse trecho, é alto.

A fala da profissional apresenta repetição de reforços (*grande, bastante, muito/s, nem, todos, a maioria, sempre*) e também de modalizadores epistêmicos (*eu creio, eu acho, geralmente*), em menor proporção. A enfermeira Lúcia destaca a dificuldade na comunicação com idosos e o que é necessário fazer (*não posso/tenho* que: modalização deôntica) para melhorar, além de destacar o fator socioeconômico como condição que predetermina a escolaridade dos atores sociais e enfatizar a necessidade da aliança entre educação e saúde, como destacado também na fala do médico de Pacatuba, Dr. Jaime, analisada no tópico anterior. A profissional questiona até mesmo o *esclarecimento* dos usuários, que julgamos independente de sua escolarização, portanto, é claro o fato de que os profissionais realmente devem estar atentos (como a própria enfermeira diz) para a forma que devem se dirigir ao dialogar com os usuários.

A médica Bruna também destaca o fator de compreensão, por parte dos/as usuários/as, quando fala sobre sua relação com os usuários:

*Dra. Bruna: [...]Eu tenho uma boa, eu acredito que eu tenha uma boa relação médico-paciente sempre tem aquele paciente que exige um pouco mais de calma por parte do médico. Eu já cheguei a ligar pro-pro pra casa de um paciente idoso, que ele não [ininteligível] Ah gente eu pego também assim todo tipo de paciente aqui, então tem aquele que é mais desinformado, tem paciente que também é mais idoso, então É...as informações que ele fornece são informações assim... é mais difícil de obter informações dele, entendeu? Porque ele é um pouco mais confuso. Ele é um pouco mais desorientado, as vezes você vê que o paciente idoso ele precisaria já tá pro/assim demencial da idade, mais as vezes tem gente que tem uma demência um pouquinho mais avançada precisa ali, as vezes, tá acompanhado e num vem, muitas vezes ele vem só pra consulta então você fica..., as vezes conseguia dar a informação do que ele usava, do que ele precisava usar e também num tinha ninguém, então as vez-é isso que eu sinto mais dificuldades... pacientes mais desorientados, pacientes... mais demenciados E também de vez em quando aparece uma paciente que é mais é... como é que a gente fala?... mais exaltada, né, que as vezes quer agir com um pouco de agressividade, nesses pacientes você também tem que agir com mais calma porque também num pode revidar, entendeu? Mais tem pacientes tranquilos, pacientes muito cooperativos, varia bastante.*

A médica Bruna caracteriza os usuários, que *exigem um pouco mais de calma*, como visto no uso dos vocábulos *desinformado, mais idoso, confuso, desorientado, demenciados*, além de relatar que alguns chegam a agir com *um pouco de agressividade*. A escolha lexical deixa claro a imagem que a profissional faz dos usuários atendidos pela UBS, com o intuito

de explicar suas dificuldades em lidar com pacientes e, inclusive, de *obter informações*, como ela mesma assinala.

Embora as duas profissionais declarem estar atentas às demandas em relação à comunicação com os/as usuários/as, denotam não estarem seguras de que conseguem lidar com tais obstáculos, afirmando que *tentam* alcançar este objetivo, principalmente pela recorrência de modalizadores epistêmicos, atenuadores e sobremodalizações na fala da médica Bruna (uma das falas mais modalizadas entre os atores sociais de Fortaleza), que indica baixo grau de comprometimento avaliativo e se assemelha à declaração do médico de Pacatuba. O médico Ricardo, em contrapartida, não se refere à sua especialidade médica ou a uma dificuldade comunicacional, mas à sua identidade como pessoa local, que interfere de maneira positiva na sua assistência à comunidade:

*Dr. Ricardo: [...] porque eu sou daqui da terra, né, e conheço linguajar dos pacientes, então é fácil de a gente se comunicar...até pelo vínculo também que a gente cria com as famílias...que a gente conhece todos, né?*

O médico Ricardo é categórico em sua fala, calcada em um argumento forte de se considerar parte da cultura local, ressaltando um vínculo estabelecido entre ele e os/as usuários/as, o que ocasiona um bom relacionamento, conhecimento dos casos específicos dos pacientes e uma consulta mais positiva. Essa declaração é destoante em relação ao médico de Pacatuba e, talvez esse fator seja o responsável para boa avaliação dos médicos da UBS de Fortaleza.

O ACS Pedro também se considera uma pessoa mais próxima da comunidade, mas se destaca por sua construção de identidade um pouco distinta de alguns dos integrantes de sua equipe, que priorizaram maior afetividade com os usuários. É o que veremos no trecho seguinte, no qual conta casos específicos sobre os usuários:

*ACS Pedro: pessoal num pode, porque num pode, porque num pode acontecer isso, e isso, e isso, e a gente tá aqui num é porque a gente é bonzinho não, porque a gente é pago pra cuidar de você, certo, se você não quiser ser cuidado você me diga que eu num (ininteligível) você vai se cuidar sozinho, porque eu já tô (ininteligível) sua vez, marcando consulta a gente fica mei assim, aí / não Pedro, marca pela manhã, eu (ininteligível) amanhã eu venho, porque o pessoal que tem uma baixa instrução, eles assim, a gente marca com eles (ininteligível), entendeu, então eles num são muito ligado na área da saúde não, principalmente esses mais idosos, que quer comer de tudo e num pode, tem paciente meu que é diabético. - Seu Pedro eu quero comer rapadura. -Num pode, porque porque tu é diabético (ininteligível), ó se você for comer rapadura nem triscar, você pode nem nem provar em doce, a questão da diabete aí a pessoa toma insulina, porque pode a taxa de diabete dar muito alta se você tá no (ininteligível) chegar lá (ininteligível) durmí e num acordar mais . As vezes acha que é mentira da*

*gente. Quando a gente leva/ quando o paciente é muito cabeça dura a leva à enfermeira, a enfermeira explica tudo (ininteligível) detalhes que pode acontecer com um diabético.*

O ACS é categórico ao reforçar que o trabalho do profissional do PSF é conscientizar, ensinar os usuários, o que lembra a escolha lexical da enfermeira de Pacatuba: *disciplinar*. A proximidade dos ACS, segundo sua fala, os permite ser mais afetivos e também *dar carinho* nos usuários, quando necessário. Por outro lado, há o entendimento das limitações do/a usuário/a, tanto em compreender as informações que lhe são transmitidas como de sua condição socioeconômica, o/a que impede de realizar alguns tratamentos que deveriam ser seguidos para seu próprio bem-estar e que os profissionais precisam de ser criativos para fornecer alternativas. Essa última visão também é defendida pela enfermeira Lúcia:

*[...]uma pessoa diabética por exemplo e eu digo pra ela/ vou mudar em outro mais fácil: pré-natal que ela ta com anemia e ela tem que melhorar a alimentação dela aí eu vou dizer pra ela comer espinafre blá blá blá blá um monte de comida cara se eu já sei onde ela mora sei a realidade dela não posso mandar ela comer comida cara eu vou pedir pra ela aumentar a rapadura tendo cuidado com açúcar aumentar o suco de laranja porque o ferro ajuda na absorção, a laranja ajuda na absorção do ferro o feijão eu vou botar mais mais verdura mais barata a gente tem como trazer pra nossa atendimento a realidade das pessoas o que que adianta eu dizer pra pessoa comprar uma fruta cara se ela não vai poder comprar então a gente sabe conhecendo a realidade dela a gente tem como melhorar a nossa maneira de tratamento o nosso tratamento aqui nosso tratamento clinico né no caso por exemplo e assim com relação ainda à visita é um ponto também importante é a questão da segurança a a gente sempre faz visitas domiciliares em áreas de risco área de risco ambiental pra população são áreas de risco de deslizamento desabamento a maioria das áreas pelo menos as minhas são assim tem umas da [nome do bairro] que não são mas as minhas são bem longe das delas[...]*

A enfermeira Lúcia faz uma análise a respeito do quadro socioeconômico dos usuários, apresentando modalizações epistêmicas (*tem como trazer/melhorar = é possível*) e também deonticas (*tem que melhorar*), além de asseveradores (sempre, a maioria, bem); o grau de comprometimento avaliativo é, em geral, alto. Como já foi assinalado, muitos profissionais de Fortaleza apresentam soluções para a melhoria do atendimento que parte de sua própria atuação, enquanto, em Pacatuba, apenas alguns profissionais o fazem; o médico, em contrapartida, prefere sinalizar atitudes que devem ser tomadas pelos usuários, atribuindo-lhes culpa por vários problemas no PSF.

O ponto de vista da enfermeira Lúcia, em relação à situação socio-econômica da população da UBS de Fortaleza, é corroborado pelo ACS Pedro:

*[...]Por isso assim que eu acho que o trabalho do agente de saúde é importante nesse momento, porque são pessoas carentes, são pessoas que num têm muitos recursos, são pessoas que são [...]são pessoas muito carecidas e têm a qualidade muito baixa, são pessoas da área, área de risco (ininteligível) tratar com essas*

*peessoas com muito delicadeza até na abordagem de vocês é bom porque o médico ele tem que falar, falar uma linguagem que eles entenda né, essas coisa. O médico quando for fazer uma consulta tem que falar a linguagem que aquela pessoa tá habituada no dia a dia, se ele falar uma coisa assim mais da área da medicina, eles num vão entender. Então acho (ininteligível) pro idoso num sei ah agente de saúde num é muito importante, mas no fundo é uma peça/ se ele fizer o trabalho com a equipe com médico, com enfermeiro, com dentista esse trabalho é sim, acho que um trabalho melhor que se fizé pá pessoal que num tem condições de se pagar um dentista, num tem condição de pagar uma consulta particular, eu acho que foi o maió plano que foi pro (ininteligível) esse povo que num tem condições [...]só o trabalho de manutenção né, escová de manhã, a tarde, a noite, porque ele num tem esse hábito, pessoas que/ as pessoas que que que num têm muita instrução ele num tem esse hábito de fazer isso todo dia, então a gente tem que ficá no pé dele sempre pedindo pra não acontecer, porque assim se tu tratô hoje, se tu num cuidá daqui um ano, dois ano tá tudo de novo, volta tudo de novo, então isso aí eu acho é o trabalho importante do agente de saúde, de tratá-lo, orientá-lo assim (ininteligível) mais básicos.*

O ACS destaca, e isso é fator recorrente em sua entrevista, que a condição socioeconômica dos usuários influencia na linguagem diferenciada que os profissionais precisam usar ao trabalhar com esse público, não somente em relação ao léxico, mas também na forma de explicar os procedimentos de saúde. Este trecho da fala do ACS Pedro é a que mais apresenta modalizadores epistêmicos (*eu acho*, proferido várias vezes) em sua entrevista e participação do grupo focal, mas ainda assim, apresenta modalizadores deônticos (*tem que*) e uma recorrência de asseveradores (*muito, tudo*). Tais estratégias linguístico-discursivas garantem o alto grau de comprometimento avaliativo do ACS Pedro, que constrói uma imagem discursiva de si que aponta para a sua importância; porém, nesse trecho, desqualifica a própria profissão, que classifica como algo que *num é muito importante* ou *é uma peça*, ainda que volte atrás, ao argumentar que tem valor quando agregado ao trabalho dos demais profissionais. Mais uma vez, saliento que o PSF preza por um trabalho interdisciplinar e dialético e isso não parece ser considerado pelos próprios profissionais, tanto em Pacatuba, como em Fortaleza.

Um dos fatores que também causam complicações no momento da comunicação dos profissionais com os/as usuários/as, comprometendo principalmente estes, é o entendimento das receitas. Em Pacatuba, analisei depoimentos que deixaram claro este problema causado pela letra ilegível dos médicos, que era incompreensível, até mesmo, para outros profissionais de saúde. Apresento a seguir depoimentos dos usuários de Fortaleza sobre como compreendem este gênero textual em seu contexto:

*Polyana: [...] ANTES, antes era à mão né? como ela falou. Mas agora, como o sistema foi renovado, aí eles tão fazendo TAMBÉM no/pelo sistema de atendimento, aí já vem tudo agendado/ o mês/ o dia que você volta. já vem tudo prontinho, aqui. Ela deixa no sistema o dia da gente voltar. É só confirmar e as meninas confirmam ali.*

*Marcos: Antigamente eu tinha. Hoje, não. Hoje, como ela disse, né? Antigamente/quando o-o sistema tá fora do ar, né? aí faz a-a mão, aí complica um pouquinho até pra nós entender, mas quando sai diretamente dos computadores, fica tudo mais fácil. Até a maneira de-de explicação, de como se deve tomar. MELHOROU...bastante, 100%. O ruim era só a escrita, mesmo...só a escrita. Que eles botam, né? como deve ser usado e tudo mais. Isso aí é o que atrapalha.*

*Marta: Ah minha filha, EU SEI LER E ESCREVER bem direitinho, mas as dos médicos/ dos que eu vou, é bem...direitinho...*

Os usuários Polyana e Marcos destacam a importância de as receitas da UBS passarem a ser digitadas após a reforma, o que melhorou a compreensão em 100%, segundo as palavras do usuário. Marta argumenta que sabe ler e escrever *bem direitinho*, o que é condição suficiente para o entendimento das receitas, que já não possuem problemas de elegibilidade. Os três fazem uso de asseveradores em suas falas para enfatizar seu comprometimento avaliativo. Marcos também utiliza alguns atenuadores, como um *pouquinho*, *só* e *mesmo* quando se refere à existência de certa dificuldade quando as receitas são escritas à mão.

Quando pergunto se, mesmo sendo digitada, os médicos também explicam a receita, a usuária Polyana explicita, avaliando com afeto e com asseveradores linguísticos: *Explicam. Explicam. ELE É TÃO LEGAL. Ele explica pra mim BEM DIREITIM. São MUITO ATENCIOSOS*. Polyana considera o médico legal por explicar a receita, parecendo não considerar que esse é um dever que sua profissão exige.

Outro tema relevante na avaliação dos atores sociais, em suas entrevistas individuais, é quando se referem ao que deveria ser mudado no atendimento. Neste momento, temas como política e burocracia são recorrentes. Apresento e discuto alguns deles:

*Fernanda: Eu acho que é mais fiscalização. Como eu lhe disse: às vezes, tem falta de/o dentista fala que é por falta de-de material, ou então da prioridade. Mas o que eu acho mais é a responsabilidade de cada um [...]uma vez eu fui pro ginecologista, disseram que a médica ia chegar 7 hrs. Eu fui deixar minha filha no colégio, era 7 hs. Eu cheguei aqui, era 7hrs, eu pensei: ai, eu vou ser a última. Quando foi, a médica chegou 7:12hrs/ow...7:12hs, não! 8:12hrs. pra quem ia chegar SETE HORAS. Daria pra atender MUITO mais gente. Em vez de ficar tão lotado pra atender [...]Era só isso mesmo...mais FISCALIZAÇÃO porque...eu sei que, às vezes, não dá pra ter remédio porque tem posto que procura mais coisas do que outro, né? e-e geralmente com o mesmo orçamento. Aí, tudo se complica, mas o atendimento funcionaria.*

*Andressa: primeiro de tudo, seria mais organizado. Saber separar cada área pra cada coisa, porque é uma fila ENORME pra TANTAS COISAS. Seria possível separar cada coisa, assim, porque fica tudo misturado e fica aquela fila enorme, aquela coisa conturbada...por mim, mudaria isso. E também o tratamento seria mais pra/pras pessoas que tão realmente tão necessitando e não demoraria TANTO pra você marcar um exame, porque você marca um exame hoje, aí só vai dizer DAQUI A UM MÊS e só vai receber em mais um mês...precária a situação aqui.*

*Marcela: é...eu já botaria mais gente pra ver se atendia mais rápido. Por que, às vezes, tem até gente aqui que ta MUITO MAL, mas tem que ficar na fila esperando o atendimento que demora BASTANTE.*

*Sara: atendimento seria...agilizar as coisas mais rápido, porque médico tem, né? Médico tem. Agora só tá faltando a gente chegar mais rápido a esse médico, né? que é a coisa mais fácil que era pra ser, né?*

A fala da usuária Fernanda contém quatro modalizadores epistêmicos em um pequeno trecho. Seu comprometimento na avaliação do que deveria ser mudado no atendimento do PSF é baixo, mas quando apresenta sua própria experiência de esperar por uma médica que chega uma hora depois do marcado, ela utiliza reforços para explicar como deve ser a logística de atendimento para maior conforto dos usuários (os usuários de Pacatuba também apresentaram sugestões de como o médico deveria proceder). Como já ressaltado, quando usuários e profissionais de saúde recorrem a narrativas como forma de fundamentar suas avaliações, o grau de comprometimento geralmente é alto.

A fala da usuária Andressa possui mais modalizadores epistêmicos, embora também haja alguns asseveradores/reforços. A repetição dos verbos *ser* e *mudar* no tempo condicional, além da expressão *por mim* (eu creio, eu acho) ocasionam um baixo comprometimento dessa usuária, que utiliza reforços na mesma situação que a usuária anterior (ao falar de uma experiência própria).

A usuária Marcela, por sua vez, apresenta mais asseveradores e um modalizador deôntico, quando se refere ao que os usuários tem que fazer para serem atendidos. Marcela se colocou na posição dos administradores da UBS dizendo que, em seu lugar, *botaria* mais profissionais no atendimento.

A usuária Sara utiliza um modalizador deôntico para indicar sua opinião sobre algo muito citado nas entrevistas, que é a dificuldade de ser atendido pelos médicos, seja pela falta de profissionais ou por seus atrasos. Assim como os usuários afirmam, este problema parece mais simples de ser solucionado com medidas menos burocráticas para o acesso aos consultórios. Em comparação, os usuários de Pacatuba reclamavam que havia falta de médico, o que torna o problema mais grave, pois só há um na UBS. Isso fica claro na fala da usuária Dolores: [...] *Quando tem médico a gente é atendido, né, QUANDO tem médico.*

Os profissionais de saúde fazem reclamações semelhantes às dos usuários. Sendo ainda mais específicos em relação às suas condições de trabalho:

*Dra. Bruna: É, eu acho que... é, as vezes, o número excessivo de pacientes durante um dia só, por exemplo, num turno é preconizado dezesseis, ne, eu acho que se esse número fosse um pouco reduzido, talvez a consulta pudesse ser um pouco mais... demorada. Não sei até que ponto isso também iria beneficiar os pacientes, mas*

*assim... é... quanto menor número de pacientes mais detalhado, mais demorado o atendimento, mais o paciente se sente a vontade, mais o paciente, entendeu? fala [...]*

*Enfermeira Lúcia: [...]eu acho que deveria ter equipes exclusivas do Programa Saúde da Família completas [...] eu posso possivelmente eu posso ter mais casos em outras áreas de pessoas que não foram diagnosticadas ainda pela ausência do agente comunitário de saúde que num foi lá fazer a busca ativa porque é não tem, certo? eu acho que deveria ter equipes completas pra facilitar o trabalho aaaa cargas horárias melhores definidas [...] profissionais que trabalha tarde e noite como aqui a gente tem como é o caso desse que acabou de sair já virou a noite provavelmente ééé fica muito difícil criar vinculo com a população porque pra vim a noite de áreas distantes, são áreas perigosas então o paciente não se dispõe nem se prontifica a vim numa unidade com uma criança digamos de seis meses dois meses oito horas da noite ser consultado pelo médico[...]a gente ter material para trabalhar que falta, certo? Eu num digo sempre e num digo que são todos os materiais, mas ééé não é raro a gente deixar de fazer alguma atividade pela ausência de algum material [...]tem muito paciente que é dependente de medicação controlada e não tem receituário azul eu acho que esses são os principais pacientes que devem ser atendido porque se eles tem uma medicação controlada é porque é essencial pra pra qualidade de vida dele e ele chega aqui ele não pode pegar a medicação [...] a gente faz o pedido mas não vem então assim eu acho que melhoraria se o material se os materiais de trabalho tivessem sempre a postos [...]*

Em poucas palavras, modalizadores epistêmicos e atenuadores indicaram o baixo grau de comprometimento da médica Bruna, ao se referir ao número de pacientes que devem ser atendidos por dia, que é preconizado pelo Ministério da Saúde, como também ocorre na fala da maioria dos profissionais dos dois contexto de pesquisa. É fato, pela observação e pelas entrevistas com usuários, que o número de usuários por dia ultrapassa o que é preconizado para o PSF, mas é importante frisar a fala da usuária Fernanda, analisada anteriormente e que indica que, geralmente, o número não é compatível com o tempo, pois profissionais médicos costumam chegar atrasados. Como a própria usuária pontua: falta fiscalização. No grupo focal de profissionais de Pacatuba, por exemplo, as ACS relatam que os únicos profissionais que chegam na hora, ou até mais cedo, são as atendentes e auxiliares de enfermagem.

A enfermeira Lúcia apresenta duas modalizações em sua fala com o verbo dever + ter, que geralmente daria um tom deontico à sua avaliação. Porém, ela as utiliza em um tempo condicional, que confere uma "sobremodalização" (como explicado no Capítulo 3), que confere tom epistêmico a essa avaliação (neste caso). Há uma oscilação no comprometimento avaliativo da enfermeira, que coloca seu enunciado em uma forma mais epistêmica, embora haja também o uso de alguns asseveradores linguísticos.

A fala da enfermeira Lúcia também nos remete ao capítulo anterior, no qual discuti a mudança proposta pelo município de Fortaleza de aumentar a carga horária de atendimento das UBS e como isso tem sido um dos fatores que impedem as visitas domiciliares feitas pelos médicos/as e enfermeiros/as, pois a mesma equipe do PSF é a que atende no posto. Esta

é uma fala clara, que ocasiona na falta de profissionais na unidade quando precisam fazer as visitas. Em nossa observação e pelo relatado nas entrevistas dos dois contextos, a visita domiciliar acaba sendo a última prioridade dos profissionais, o que rompe com um dos princípios básicos da prevenção e da promoção de saúde mais próximos das famílias. Infelizmente, diante do depoimento dos profissionais, estes não podem ser culpados diretamente em ocasiões como estas. Porém, sem dúvidas, há uma falha na estratégia do governo que precisa ser destacada.

Os profissionais creem que é importante a contratação de mais equipes de saúde da família, e infelizmente há mais problemas envolvidos nesse tema. O médico Ricardo faz uma declaração importante sobre sua própria identidade como profissional médico da atenção básica, quando perguntado o que mudaria no PSF:

*Dr. Ricardo: Mudaria quase tudo, não-não a-a finalidade, né, do programa nem os objetivos, os objetivos e o-o a forma como ele foi concebido. Mudaria que os governantes dessem mais ATENÇÃO ao programa, porque nos países desenvolvidos...ele é um programa que é altamente valorizado, é um programa de pouco é de pouca é como é que eu vou dizer, complexidade em termo de aparelhagem, mas com muito complexidade técnica, né, de conhecimento médico mermo...então você vai atuar, tem gente que atua com pouco aparelho, né, de diagnóstico só o básico, mas com muita muito emprego do exame, do exame clínico, do exame físico a medicina de modo de modo mais específico, né, sem muitos exames complementares. É uma medicina barata, que merecia/ barata mas de alto nível se fosse...valorizada, porque o médico do PSF é visto como um médico de segunda categoria, porque, porque trata de pobre, porque trata de pobre. Então, até pelos colegas dele, ele é visto como-como um médico de segunda categoria é uma (ininteligível) de pessoas diz que é ou médico de começo de carreira que tá começando e quer ganhar uma mirimbáú<sup>57</sup> pra poder, né, ou pra médico de fim de carreira que já num quer mais nada, quer só ficar no posto passando remédio pa verme. Não é isso o objetivo do programa, mas ele é visto desse jeito, por que, porque os governantes não valorizam...o programa, não valorizam o profissional, não dá condições de trabalhar...é desse jeito/ cê viu, andou pelo posto? Cê viu que num tem um banheiro aqui que preste? As portas todas caídas, entendeu? Tá vendo isso aqui, ó? [referindo-se à maca suja que existe dentro do consultório] num tem ua-ua-ua toalha pra proteger isso aqui. Alguém que chega, vai querer deitar numa maca dessa suja desse jeito, né, o que falta é estrutura, o que falta é VALORIZAÇÃO por parte dos governantes, se eles gastassem no PSF/ gastassem não, investissem...o que é pra ser, aí é pos/ um salto de qualidade muito grande. Mas você tá vendo um profissional desse num tem nada, num tem ua-ua-ua toalha pra você enxu/ um papel toalha pra você enxugar a mão, num tem nada, então aqui é desse jeito. Isso aqui é meu, ó, isso aqui é meu que eu compro pa poder examinar os pacientes [referindo-se ao estetoscópio e a lanterna que estavam sobre a mesa do consultório], num tem nada aqui do posto. O que falta é valorização, né, o programa é muito bem concebido. Nos países desenvolvidos, o médico que atua nessa atenção primária é valorizado, aqui não, é visto como segunda classe.*

O médico Ricardo aponta a imagem que é construída socialmente da identidade de um médico que trabalha no PSF, como forma de denúncia pela forma como são tratados os profissionais que trabalham neste contexto. O profissional faz uma das declarações mais relevantes sobre identidades dentro do PSF, pois enquanto a maioria dos atores sociais

<sup>57</sup> O profissional esclareceu o sentido que quis dar ao vocábulo, que não foi encontrado em dicionário. Segundo ele, é uma palavra popular usada para se referir a dinheiro em pouca quantidade ou de pouco valor. Sinônimo de 'um trocado'.



apontam a condição socioeconômica da região como fator que influencia na identidade dos usuários, ele se refere à desvalorização de sua própria categoria, como faz o ACS Pedro. O enunciado é majoritariamente categórico, sem modalizações, o que denota um grau de comprometimento alto em sua avaliação; no entanto, é importante ressaltar que ele se refere a uma desvalorização do profissional do PSF, que faz parte de sua identidade, mas usa a referência à 3ª pessoa do singular (ele), o que afasta sua própria imagem, mas que compreendemos estar envolta no comentário, ainda que implicitamente.

O profissional comenta sobre a falta de estrutura, pois o local onde trabalha (os artefatos ou mundo material) também identifica o médico do PSF, que *trata de pobre*. A escolha lexical do médico é, indubitavelmente, reveladora desta identidade, que afirma que constroem do profissional do PSF: *médico de segunda categoria; que trata de pobre; médico de começo de carreira, que tá começando e quer ganhar um mirimbáú; médico de fim de carreira que num quer mais nada, quer só ficar no posto passando remédio pra verme*. Destaco que o médico não se referiu aos demais profissionais, apenas a forma como é visto o médico neste contexto de saúde básica.

O médico Ricardo comparou o PSF com a iniciativa internacional que lhe deu origem, afirmando que a Estratégia de Saúde da Família *é uma medicina barata, que merecia/barata mas de alto nível se fosse...valorizada*; e que essa desvalorização governamental *não dá condições de trabalhar*. Isso resulta no espaço físico degradado no qual se encontrava a UBS antes da reforma, quando realizada a entrevista com este profissional, que o levava a comprar alguns materiais para ter condições de realizar procedimentos simples. Porém, mesmo após a reforma, profissionais reclamaram durante o grupo focal de alguns equipamentos que faltavam, como: escarródromo, equipamento necessário no diagnóstico de pacientes com suspeita de tuberculose e de outros materiais, entre eles, os necessários para o atendimento realizado pelos dentistas (o que também foi relatado por usuários/as).

Pelo apresentado anteriormente, é possível concluir que os profissionais referem-se a medidas de políticas públicas que têm urgência na unidade. Muitos usuários também se referiam a tais problemas. Enquanto em Pacatuba, os usuários manifestavam sua indignação diretamente ao trabalho dos profissionais, os de Fortaleza apresentam argumentos que culpabilizam a administração pública e os governantes:

Sara (ao falar da falta de remédios na UBS): *é em todo canto. Não é só aqui, NÃO. O problema é a SECRETARIA de Saúde.*

Sara: *o atendimento, do médico, É ÓTIMO. Doutor Cláudio é uma pessoa excelente, mas pra a gente chegar até ele é que é difícil, porque a gente pega uma fila pra marcar, é a manhã todinha. Aí, depois, a gente volta no outro dia pra confirmar. E aí, tem que chegar cedo, marca pra 7 horas. E das 7hs, quando a gente chega na fila, já tá enorme. E tanto é pra confirmar, como é pra marcar. E é dois computadô SUPER LENTO. Aí...tá aí...essa hora eu vou ter que perder a manhã TODINHA, já com uma-uma ficha SÓ PRA CONFIRMAR, porque isso aí TOMA MUITO TEMPO. Já pensou esse pessoal tudim trabalhando aqui? Se o médico chega oito horas, por que não marca pra oito? pra oito e meia? pra nove horas? pra nove e meia? até o horário dele sair, pra a gente não perder tanto tempo? que a gente é mãe de família, tem que cuidar das coisa de casa. Aí... no caso, pra a gente chegar até o médico, a gente perde UM DIA e esse dia é bem proveitoso, pode ser. A gente pode aproveitar muita coisa...tem que mudar muito sobre isso, viu? Eu acho assim: que cada médico, a gente...se é pra confirmar, a gente chegava só assinava, deixava lá e vinha, né?*

Polyana: *(longa pausa) eles orientam de uma maneira assiiiiim...como eles...tem...é...como é que se diz?...como/é o que eles recebem de orientação deles, eles passam pra a gente. E eles não tem culpa aí...é...a gente/essa perca de tempo que eu acabei de falar, eles já recebem pra poder passar pra a gente.*

Polyana: *[...]uma coisa aqui, deixa eu te dizer, que a gente não tem/que a gente tá toooodo mundo na lista, mas não tem: é o DENTISTA. Tem/os menino tão aí, eles são maravilhosos. Eles tão todos aí, só que eles NÃO TEM o material para trabalhar e a gente fica na lista, esperando que o material chegue, mas isso, ó? desde o ano passado isso aí, sabe? [ininteligível] porque a gente sabe que não é culpa dos menino, né? eles tão aqui TODO DIA. Médico tem, mas só que você vai lá e eles dizem: "ah, eu não posso/seu tratamento agora porque num tem material pra fazer/material pra/é o dentista". Não tem material pra eles trabalharem e fazer o tratamento.*

Marcela: *hum...no momento, só que o posto tá muito cheio de frescura né? (risos). Pra você até dar uma vacina na criança você tem que passar por todo um sistema pra DAR o nome pra poder ir LÁ pra sala pra dar a vacina [...]Tem que vir aqui...pra tirar muito não...se chegar pra dar vacina ela bota, [ininteligível] você tem que pegar a FILA, sentar ALI, é...registrar a CRIANÇA, pra poder dar a vacina. Aqui TUDO É DIFÍCIL.*

Sara é afirma enfaticamente que o problema da falta de remédios não é culpa dos profissionais da UBS (principalmente o médico: que é *ótimo, excelente*), mas de uma instância maior, quando o usuário Marcos reclama deste fator durante o grupo focal. As demais usuárias presentes, inclusive, apoiam-na e afirmam que a única forma é pagar pelo remédio em farmácias populares da região. Quando a usuária Sara refere-se ao atendimento do posto, apresenta quatro vezes um modalizador deôntico (*tem que*), além de asseveradores (*já, tanto, tudim, bem, muito/a*) para enfatizar a burocracia da própria UBS para se chegar até a consulta médica; no entanto, usa modalizadores epistêmicos ao sugerir como deveria realmente haver uma melhoria.

A primeira fala de Polyana é categórica ao afirmar que os profissionais não têm culpa da perda de tempo que há na UBS, pois a orientação que eles recebem vem de instâncias superiores e eles não podem oferecer o que não têm. Essa fala é reforçada quando, no grupo focal, também expressa de maneira categórica (sem modalizadores) que os dentistas são impedidos de trabalhar por causa da ausência de material, mas que estão todos os dias na

UBS, preparados para fazer o que puderem. Destacamos a frase seguinte, que denota a proximidade da relação dos dentistas com os usuários, que explicam por que determinados procedimentos não podem ser realizados: [...] *não é culpa dos menino, né? eles tão aqui TODO DIA. Médico tem [...]*. Como a enfermeira Lúcia afirmou em sua entrevista, *não é raro a gente deixar de fazer alguma atividade pela ausência de algum material*. Isso não ocorre apenas na área de saúde bucal, mas em outros momentos do atendimento: há relatos da falta de receita azul (para remédios de uso contínuo), cartão pré-natal, entre outros materiais.

A fala da usuária Marcela apresenta três vezes o modalizador deôntico *tem que*, além de alguns asseveradores, o que é recorrente em toda a sua entrevista, garantindo um alto grau de comprometimento avaliativo. Isso diz muito sobre sua identidade de uma usuária que quer demonstrar que está consciente dos problemas da unidade e que acredita saber o que é necessário para resolvê-los, mas como não pode fazer muito, opta por não ir muito ao posto, como afirma na frase seguinte: *Só [venho ao posto] quando eu tô BEM DOENTE. (risos) Por que eu DETESTO POSTO (risos)*.

O trecho seguinte é destacado do grupo focal de profissionais de saúde de Fortaleza, no qual apontam, entre outros obstáculos na prática assistencial do PSF, problemas com a locomoção para o atendimento domiciliar:

*ACS Célia: Chega tarde o carro e vão embora cedo, pior de tudo, vão embora cedo, chegam por volta de oito e meia, nove horas, lá pras onze horas a gente já tem que ter terminado (ininteligível) quer voltar pra regional.*

*Enf. Lúcia: [...] a gente não pode sair pra fazer visita domiciliar, apesar da maioria das pessoas que precisa... [...]*

Há apenas um modalizador deôntico em cada uma das falas. A ACS Célia e a enfermeira Lúcia apresentam suas opiniões de maneira categórica e destacam a importância do carro para que se cumpra um dos fatores mais importantes que caracterizam o PSF. Este problema de infraestrutura também foi mencionado no grupo focal com profissionais de Pacatuba, mas o que a enfermeira Lúcia destaca em sua entrevista semi-estruturada é um obstáculo ainda mais difícil de transpor. A profissional afirma que há áreas que os agentes de saúde não entram por causa da insegurança, porque há traficantes, assaltantes e assassinos e que *nem o agente de saúde se salva* e a comunidade se sente prejudicada por isso. A enfermeira propõe uma solução ao contar uma experiência que teve ao entrar em uma comunidade que ela denomina como de *alta periculosidade*:

*Enf. Lúcia: [...]acho que tinha que investir nessa questão da segurança: carros com com logotipo da prefeitura a nessa gestão agora tá vindo mas eu to desde 2006 e ainda entrando em carros dentro de favelas sem logotipo nenhum então assim ninguém sabe quem tá ali dentro se tem um logotipo explicando que é da prefeitura já é um ganho pra gente, né? A teve um caso na nesses apartamentos mais maiores daqui do [nome do bairro] que a gente foi fazer investigação de óbito e a pessoa não estava em casa o porteiro falou que a pessoa não estava em casa e a gente foi embora. Depois veio um uma denúncia aqui alguém o o coisa de delegacia foi falar com a coordenadora da unidade pra saber se era verdade aquilo. O posto se identificou porque apareceu um carro preto na porta dela querendo saber do filho. Ou seja, são pessoas que têm medo de você não ter identificação, né, pra concluir.*

O medo da comunidade e dos profissionais de prestarem serviço de campo naquela comunidade, não impede apenas a visita domiciliar, mas afeta de maneira profunda a prática assistencial do PSF. Diante de obstáculos dos mais diversos tipos que apresentei na voz dos próprios atores sociais desta UBS, o medo das pessoas que apresentam perigo na comunidade impede um acompanhamento a quem mais precisa. Há problemas no diálogo em todas as camadas dessa relação. Algumas podem ser solucionadas pelo/a próprio/a usuário/a, outras com o empenho dos profissionais de saúde, mas indubitavelmente, há questões que não estão ao alcance de nenhum deles.

Assim como para Pacatuba, apresentamos, um quadro-síntese com algumas apreensões a respeito das identidades representadas nos discursos dos atores sociais desta investigação, mediante a análise ora realizada.

<b>IDENTIDADES</b>	<b>ESTRATÉGIAS LINGUÍSTICAS</b>
<b>FORTALEZA</b>	
Usuários/as	Maior ocorrência de modalizadores deônticos e reforços (grau de comprometimento alto)
Agente de saúde Pedro	Maior ocorrência de expressões categóricas (sem modalizadores), modalizadores deônticos e reforços (grau de comprometimento alto)
Agente de saúde Célia	Maior ocorrência de modalizadores deônticos e reforços (grau de comprometimento alto)
Enfermeira Lúcia	Maior ocorrência de modalizadores deônticos e reforços (grau de comprometimento alto)
Dentista Paola	Maior ocorrência de expressões categóricas (sem modalizadores) e alguns reforços (grau de comprometimento médio)
Médica Bruna	Maior ocorrência de modalizadores epistêmicos e atenuadores (grau de comprometimento baixo)
Médico Ricardo	Maior ocorrência de expressões categóricas (grau de comprometimento alto)

Quadro 7 — Estratégias Linguísticas de Fortaleza

Apesar do comprometimento alto da dentista, ressalto que ela buscou não se comprometer afetivamente, esquivando-se de perguntas sobre seu relacionamento com os/as usuários/as, assim como a dentista de Pacatuba. Apenas descreveu o atendimento do PSF em todas as perguntas, evitando avaliações, e quando as fazia, não eram negativas.

Além disso, julgo importante a comparação entre o grau de comprometimento dos profissionais de Pacatuba e Fortaleza. Enquanto as manifestações avaliativas da primeira foram, em geral, de baixo comprometimento; as da última foram de alto grau. Isso trouxe a luz importantes informações e geraram reflexões durante as análises anteriormente feitas. Adiante, veremos outro fator relevante na análise das identidades dos atores sociais de Pacatuba e Fortaleza: suas escolhas lexicais e o que revelam sobre a construção de imagens de si.

## **5.2 Identificações e a relação dialética dos Significados do Discurso**

As estratégias linguísticas com uso de palavras e expressões modalizadoras ou categóricas são importantes para evitar uma abordagem subjetiva diante das identidades construídas pelos atores sociais desta pesquisa. Porém, os aspectos que parecem implícitos também ganham relevância em análises de discurso de abordagem crítica, como é a minha proposta.

Quanto às estratégias discursivas utilizadas pelos usuários de Pacatuba, foi possível detectar modalizações prioritariamente epistêmicas, em menor número do que na fala do médico, e frequente uso de atenuadores e reforços ("boosters"). Modalizadores deônticos e verbos flexionados em imperativo só foram utilizados em referência em estilo indireto ao discurso dos profissionais de saúde; além de quando uma usuária e um usuário, em pontos diferentes da entrevista, apresentaram sugestões a respeito da conduta profissional do médico relacionadas a faltas, atrasos e deficiências na comunicação interpessoal.

Como defende Fairclough (2001, 2003), as identidades formam-se de maneira relacional com as formas de ação e como são representadas discursivamente. Desta maneira, o lugar social que ocupam é essencial para o entendimento das escolhas lexicais e de como se identificam e conseqüentemente se auto-representam em seus textos.

O médico, a dentista e a enfermeira, por exemplo, que assumem papéis sociais de autoridade quanto a assuntos sobre saúde, constroem imagens de si a partir de suas experiências na área e do que creem que sejam as qualidades necessárias para profissionais que trabalham em um programa que lida com o público alvo do Sistema Único de Saúde, que geralmente é carente de recursos e de baixa escolaridade (como eles mesmos destacam).

A enfermeira lista experiências profissionais em ONG's e em serviços voluntários, ressaltando a sensibilidade a qual deve a eficácia de seu trabalho, ressaltando os limites tênues entre o trabalho de um(a) enfermeiro(a) e um(a) médico(a) em uma Unidade Básica de Saúde. O médico refere-se ao acolhimento feito pelos profissionais do PSF aos usuários, sem conferir muita ênfase, e resalta as dificuldades dos usuários, características negativas que são por ele atribuídas a todos os brasileiros. Ao se incluir nesse grupo, como um brasileiro, o médico atenua sua reprovação à procrastinação dos usuários ao não atribuir tal característica somente a estes. O usuário Rodrigo é um exemplo de como os usuários geralmente se identificam em seus textos, nos quais reclamam da falta de atenção e relacionamento interpessoal dos profissionais de saúde em relação a eles, que muitas vezes, inclusive, deixam-nos desorientados pelas informações imprecisas ou a falta destas. A seguir, podemos visualizar melhor algumas dessas imagens de si na construção de textos de alguns dos atores sociais aqui considerados, com base em suas escolhas lexicais.

ATOR SOCIAL	ESCOLHAS LEXICAIS	CONSTRUÇÃO IDENTIFICACIONAL DE SI
<b>PACATUBA</b>		
<b>Dentista</b>	<i>[...]eu <u>tive que aprender</u> muito, né [...]</i>	aprendiz
<b>Enfermeira</b>	<i>presidente de ONG; grupos de pacientes portadores de síndrome de Down; Doutor da Alegria, no Albert Sabin; Lado de mãe; mulher mais sensível; transcritores (em oposição a prescritores); [...] às vezes a gente é <u>psicóloga</u>, às vezes a gente é <u>assistente social</u> [...];</i>	Solidária; participante de grupos; feminina; sensível; maternal; conselheira/conciliadora
<b>Médico</b>	<i>[...] acolhimento do paciente; que é uma coisa que nós tentamos fazer;</i>	Acolhedor; brasileiro; procrastinador;

	<p>[...]costume do brasileiro, né?: a gente só vai depois que acaba [...]</p> <p>[...] <u>fiz residência</u> em medicina de família também[...]</p> <p>[...]eu também sou <u>dermatologista</u></p>	especialista; acadêmico
<p><b>Técnica de enfermagem</b></p> <p><b>Melissa</b></p>	<p>[...]como eu moro na comunidade e trabalho na comunidade, e graças a Deus <u>não tenho inimigos</u>[...]</p> <p>[...]mas isso <u>num me limita</u>, não, eu trabalho em todos os setores[...]</p> <p>[...]quanto nós do nível médio [...]</p>	Amiga; dedicada; nível médio (inferior à profissionais de nível superior: enfermeiro/a, dentista e médico/a)
<p><b>Focal com profissionais</b></p>	<p>TEnf. Melissa: Resumindo, só tem ar-condicionado no nível superior, né, SÓ. <u>Nível médio</u>, assim, ambulatório, farmácia, vacina, não tem.</p> <p>[...]nós <u>somos obrigadas</u> a trabalhar faltando material.</p> <p>[...]Eu vejo assim: <u>o nível médio</u> trabalha mais, né? <u>O nível médio</u> trabalha mais e <u>é o que é mais cobrado</u>, né verdade?</p> <p>TEnf. Dandara: [...]a gente trabalha só <u>fazendo mágica</u>.</p> <p>[...]hoje, nós do <u>nível médio</u>, nós estamos no meio.</p> <p>[...]a gente é <u>capaz</u> de desenvolver nossa-nossa função SIM, somos <u>capazes</u> de fazer qualquer coisa, mas desde que NOS DÊ CONDIÇÃO</p> <p>ACS Gabriela: nós agente de saúde, <u>a gente tenta resgatar</u> o paciente pra trazer pra unidade de saúde.</p>	ensino médio (inferior à profissionais de nível superior: enfermeiro/a, dentista e médico/a); profissional cobrado/obrigado a fazer algo; capaz/competente; dedicado; resgatador;
<p><b>Usuário</b></p> <p><b>Rodrigo</b></p>	<p>Me sinto bem, não. Muito à vontade, não;</p> <p>me jogando de um canto pra outro;</p>	Desconfortável; Desorientado;
<p><b>Usuária</b></p> <p><b>Cibele</b></p>	<p>Cibele: [...]como <u>engato amizade</u>, assim, <u>sou chegada</u> a eles, né, tudim... [...]</p> <p>[...]eu <u>num vou tomar canto</u> de ninguém, mas tem deles que toma, né[.]</p>	Afetiva; ética
<p><b>Grupo Focal com usuários</b></p>	<p>Marilda: Tem médico que deixa a gente <u>bem à vontade</u>, né? Mas tem uns...que a gente num...né?...A gente não tem um...Esse que saiu agora, a gente num <u>abria nem a boca</u>. [Risos seguidos de falas cruzadas] <u>Num olhava nem pro lado da gente</u>.</p> <p>[...]E eu sou <u>conhecedora</u>. OLHA, <u>EU LEIO MUITO</u>. Eu leio muito, <u>eu pesquiso muito</u>. É meio difícil alguém me enganar.</p> <p>[...]Eu <u>num sou de xingar</u>, não. <u>Sou logo de avançar no</u></p>	Desconfortável; desprezada; conhecedora; leitora; pesquisadora; violenta;

	<i>pescoco, mesmo. [risos]</i>	
--	--------------------------------	--

Quadro 8 — Escolhas lexicais e construção de imagens de si de atores sociais de Pacatuba.

Como anteriormente analisado e sistematizado no quadro, cada ator social constrói imagens de si em sua fala, ao mesmo tempo que avalia o PSF como estratégia de saúde e os outros atores sociais pertencentes ao mesmo contexto social. É notável a construção da enfermeira como participante de grupos solidários para embasar sua opinião de que os profissionais de saúde devem envolver-se mais com seus usuários para melhorar o atendimento e, como ela afirma que tal comportamento assemelha-se a um tratamento maternal com os usuários. O médico constrói uma imagem de um profissional que tenta ser acolhedor, mas vê em características inerentes aos usuários (a procrastinação, desconhecimento dos objetivos da atenção básica) obstáculos que o impedem de realizar seu trabalho de prevenção e promoção de saúde a contento. A dentista, por sua vez, caracteriza-se como aprendiz, ao reconhecer que a eficácia na assistência médica no PSF depende dos dois lados dos atores sociais.

Ainda em relação aos profissionais de saúde, destaco como eles se caracterizaram não somente por palavras específicas (como os adjetivos), como a enfermeira; mas também por expressões/sentenças, como o médico. Destaco a repetição da caracterização das ACS e das técnicas de enfermagem como profissionais "de ensino médio", durante o grupo focal. Sem dúvida, este aspecto é importante na relação entre os profissionais que compõem a equipe do PSF daquela UBS, pois como analisado, a infraestrutura, o discurso e a prática dos atores sociais os fazem sentir-se assim e isso influencia diretamente na assistência aos usuários. As técnicas de enfermagem e, mais especificamente, Melissa, trazem como principal construção de imagem de si a categorização profissional "ensino médio *versus* ensino superior" e os entraves que são causados pelo relacionamento diferenciado de uma equipe de profissionais de saúde que deveriam unir forças e atuar no PSF com o que sua experiência e especialidade podem contribuir. Apesar disso, as agentes de saúde e técnicas de enfermagem controem uma imagem de si como pessoas *capazes* de desempenhar várias funções, além de sua responsabilidade, chegando, inclusive, a fazer *mágica* para conseguir uma boa assistência aos usuários.



As usuárias Ananda, Zenith e Dolores não utilizaram palavras específicas que a caracterizassem, referindo-se unicamente às imagens que constrói da UBS e de seus funcionários, por isso não constam no quadro. É notável a forma como a maioria dos usuários de Pacatuba constrói imagens de si relacionadas ao campo afetivo (*engato amizade; bem à vontade*; entre outras expressões), ou como pessoas que não conseguem empreender um diálogo ou agir diante dos profissionais. Em contrapartida, a usuária Marilda foi a única desta UBS a identificar-se como *conhecedora* e, até mesmo, disposta a agir (verbal e fisicamente) para conseguir o que lhe é de direito como usuária do PSF.

A seguir, apresento e discuto o quadro formado pelas escolhas lexicais dos atores sociais de Fortaleza:

ATOR SOCIAL	ESCOLHAS LEXICAIS	CONSTRUÇÃO IDENTIFICACIONAL DE SI
<b>FORTALEZA</b>		
<b>Agente comunitário de saúde</b>	<p>ACS Pedro:</p> <p><i>[...]o trabalho do agente de saúde <u>é importante nesse momento</u>, porque são pessoas carentes, são pessoas que num têm muito recursos[...]</i></p> <p><i>[...]ah agente de saúde <u>num é muito importante</u>, mas no fundo é uma peça [...]</i></p> <p><i>[...]e a gente tá aqui num é porque <u>a gente é bonzinho não</u>, porque a gente é pago pra cuidar de você [...]</i></p> <p>FOCAL: <i>[...] não gosto <u>nem de botar falsa ilusão na cabeça do povo</u> [...]</i></p>	Solidário; uma peça (parte do todo); profissional; sincero/ético
<b>Enfermeira</b>	<p><i>[...]a gente tem que sempre tá <u>dando apoio, reforço</u> [...]</i></p> <p><i>[...]Ó a eu tenho uma <u>pós em gerontologia</u> [...] assim eu <u>me dedico</u> muito as pessoas bastante limitadas [...] eu <u>fico muito atenta</u> na maneira de me comunicar [...]</i></p> <p>FOCAL: Enf. Lúcia: <i>eu-eu geralmente <u>sou a mais sincera possível...</u> certo, assim, e-eu explico... sendo humana, né?</i></p>	Apoiadora; especialista; dedicada, atenta; sincera; humana
<b>Médico</b>	<p>Dr. Ricardo: <i>[...] eu <u>sou daqui da terra, né, e conheço o linguajar</u> dos pacientes [...] até pelo <u>vínculo</u> também que a gente cria com as famílias...que a gente conhece todos, né?</i></p>	Nativo; afetivo

<b>Usuária Sara</b>	<i>Sara: [...]que a gente é <u>mãe de família</u>, tem que cuidar das coisa de casa [...]</i>	maternal
<b>Usuária Polyana</b>	<i>Polyana: [...]trago a consulta e venho procurar a medicação que tenho direito pelo governo [...]</i>	Cidadã
<b>Usuária Marta</b>	<i>FOCAL: Marta:[...]Já chegamos num ponto, nós com mais de 60, né? Chegamos num ponto/os mais jóvi tem "as vexame". Nós num precisa ter vexame. [...] [...]Ah minha filha, EU SEI LER E ESCREVER bem direitinho [...] [...]No tempo dos nossos pais, que médico tinha? que eu lemb/sou dou interior/[...]</i>	Mulher madura; letrada; do interior (do estado do Ceará)

Quadro 9 — Escolhas lexicais e construção de imagens de si de atores sociais de Fortaleza.

A dentista Paola, a médica Bruna e as usuárias Marcela, Fernanda, Andressa não apresentaram palavras significantes para a escolha lexical da caracterização de si, apenas sobre o próprio PSF e dos profissionais de saúde, por isso, não constam no quadro analítico. Quanto aos demais usuários de Fortaleza, o que é mais relevante é que, distintamente da maioria dos usuários de Pacatuba, eles constroem uma imagem de si como cidadãos conscientes de seus direitos e que têm opinião sobre como solucionar problemas na prática assistencial. Além disso, vários/as os/as usuários/as promovem uma reflexão sobre a cultura brasileira de querer sempre pensar na parte ruim de algo governamental e não estar agradecido pelas melhoras que ocorrem na UBS, principalmente quem já viveu em uma localidade com menos recursos, como é o caso do que revela a usuária Marta, em sua fala.

Os profissionais de Fortaleza, mais do que os de Pacatuba, utilizam os possessivos "meu" e "minha" (pacientes, localidade, UBS) ao se referirem à comunidade ou ao grupo com o qual eles trabalham, o que revela uma identificação com a equipe intersectorial. Isso denota que se sentem, não somente responsáveis por este trabalho, mas também como peças importantes, dependendo da frase de cada ator social. Em Pacatuba, ao invés de haver o reforço deste sentimento de equipe e do diálogo entre eles, os profissionais denunciam a separação em duas categorias: ensino médio e ensino superior; o que não foi explicitado nas

entrevistas de Fortaleza. Inclusive, a enfermeira aceitou participar do grupo focal, juntamente com os agentes de saúde e as técnicas de enfermagem, o que não ocorreu em Pacatuba.

Devo reforçar que, em Fortaleza, os usuários tiveram uma postura e um discurso de valorização do espaço público e de seus direitos, evitando críticas negativas e criando um ideal comunitário. Muitas vezes, quando eu os perguntava, em entrevistas ou informalmente, sobre o atendimento, alguns usuários criticavam severamente aqueles que só falavam mal da UBS e não viam seus pontos positivos. No entanto, estes/as mesmos/as usuários/as queixavam-se menos da espera, pois apenas frequentavam a UBS em busca de remédios ou, se havia alguma urgência, tinham a possibilidade de acionar o plano de saúde privado. Portanto, questiono-me, diante dos relatos dos/as usuários/as de Pacatuba, se os depoimentos continuariam favoráveis ao atendimento da UBS se não tivessem outras opções de atendimento, por questões socioeconômicas. Seguramente, aqueles/as que frequentam a UBS de Fortaleza não são pessoas de alto poder aquisitivo, mas alguns possuem melhores condições que os/as de Pacatuba, que não podem pagar planos de saúde.

Após uma análise das escolhas lexicais dos atores sociais na construção de imagens de si, é importante destacar quais os discursos que são usados por eles em suas falas, pois estes fazem parte da construção de seu processo de identificação. Os discursos dos atores sociais, portanto, formam uma parte da tríade dos significados do discurso, como visto no capítulo de fundamentação teórica: eles se relacionam com as formas de agir, representar(-se) e identificar(-se), ou seja, gêneros, discursos e estilos. Além de suas escolhas lexicais, os discursos abordados pelos atores sociais em suas falas é um aspecto relevante para o entendimento de suas identidades. A seguir, apresento e, posteriormente, discuto o quadro dos discursos dos atores sociais, que estão apresentados em ordem de maior recorrência de nas falas analisadas:

<b>DISCURSOS DOS ATORES SOCIAIS NO CONTEXTO DO PSF</b>			
<b>PACATUBA</b>		<b>FORTALEZA</b>	
<b>USUÁRIOS</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>	<b>USUÁRIOS</b>	<b>PROFISSIONAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afetivo/Humanitário</li> <li>▪ Ética profissional</li> <li>▪ Burocrático</li> <li>▪ Socioeconômico</li> <li>▪ Atendimento de saúde público vs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Especialista</li> <li>▪ Acadêmico/Científico (médico e enfermeira)</li> <li>▪ Políticas públicas</li> <li>▪ Afetivo/Humanitário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Burocrático</li> <li>▪ Tecnológico</li> <li>▪ Atendimento de saúde público vs particular</li> <li>▪ Globalização</li> <li>▪ Crítica aos próprios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Especialista</li> <li>▪ Científico</li> <li>▪ Burocrático</li> <li>▪ Políticas públicas</li> <li>▪ Político</li> <li>▪ Socioeconômico</li> </ul>

particular ▪ Tecnológico ▪ Acadêmico	▪ Educação em saúde ▪ Socioeconômico ▪ Burocrático ▪ Tecnológico ▪ Intersetorialidade ▪ Globalização (Programa Mais Médicos/vindos de médicos cubanos) ▪ Atendimento de saúde público e particular	usuários ▪ Socioeconômico ▪ Ética profissional ▪ Científico ▪ Político ▪ Domiciliar/familiar/ma ternidade	▪ Educação em saúde ▪ Tecnológico ▪ Valorização/desvaloriz ação da prática médica no PSF ▪ Intersetorialidade ▪ Globalização ▪ Afetivo/Humanitário
--	---	---	---

Quadro 10 — Discursos dos atores sociais no contexto do PSF

Como é possível notar pela fala dos atores sociais e, mais sistematicamente, pelo quadro anterior, o contexto social/socioeconômico influencia direta e fortemente na prática e é representado pelos discursos, os quais fazem parte deste contexto social. A afetividade presente nos discursos de usuários e profissionais de Pacatuba é totalmente distinta da postura mais profissional dos atores sociais de Fortaleza, que geralmente é, como a usuária de Fortaleza Andressa afirma: "*Só médico-paciente, mesmo. Num tem uma relação mais assim...*".

Os usuários de Pacatuba fazem uso prioritário de discursos afetivos e humanitários, enquanto a maioria dos profissionais prioriza discursos sobre especialidades médicas e sua formação acadêmica/científica, o que é esperado pelas perguntas a eles relacionadas. Ainda que em menor escala, há profissionais que também recorrem a este discurso, como a enfermeira, as técnicas de enfermagem e as agentes de saúde que, inclusive sugerem que deveria haver uma preparação para os profissionais lidarem melhor com a comunidade.

Devido aos acontecimentos recentes na UBS de Pacatuba como falta e atraso do médico, a ética profissional foi o segundo discurso mais acessado pelos usuários, embora a maioria deles tenha fornecido opiniões acanhadas sobre a conduta desse profissional. A burocracia ou as políticas públicas, no entanto, foram citadas por todos os atores sociais, pois eram temas que responsabilizavam apenas o governo, a Secretaria de Saúde ou o Ministério de Saúde e, por isso, sentiam-se mais à vontade em avaliar.

O discurso socioeconômico foi utilizado por todos os atores sociais para legitimar ou criticar muitos problemas no PSF, em Pacatuba. Enquanto os usuários o utilizaram de maneira a mostrar que se sentem esquecidos pelo governo, que não manda recursos suficientes para a assistência médica, ocasionando, inclusive, mortes de usuários/as (como relatado pela usuária Dolores) ou agravamento de enfermidades. Os profissionais relacionaram-no com o conhecimento/a cultura dos usuários e a educação em saúde que, segundo eles, é essencial para que haja eficácia em um atendimento que prioriza a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Embora questões socioeconômicas tenham sido citadas por todos os atores sociais como obstáculo para a eficácia do PSF, as únicas sugestões objetivas de solução para o problema foram da enfermeira e do ACS de Fortaleza, ao indicarem aos usuários maneiras de cuidar da saúde respeitando sua condição econômica.

Tanto por profissionais quanto por usuários de Pacatuba, foi apresentada a solução de haver receitas digitadas para melhorar a sua compreensão, mas não foi considerada a questão socioeconômica para a aquisição desta tecnologia para uma UBS, onde chegam a faltar materiais básicos para o atendimento, como medicações e papel para as receitas (lembrando a fala do usuário Rodrigo).

Apenas uma usuária de Pacatuba referiu-se a sua formação acadêmica como fator que a impedia de ser mal atendida, concluindo, assim como os profissionais defenderam, que o desconhecimento dos usuários sobre diversos fatores básicos de saúde, como o entendimento de como administrar medicamentos, saber descrever seus sintomas ao médico e quando deve recorrer à assistência básica de saúde, dificultam a assistência do PSF.

Em Pacatuba, os profissionais dividem opiniões acerca do discurso sobre intersetorialidade, pois, enquanto agentes de saúde e técnicas de enfermagem ressaltam a importância desse trabalho em equipe e os problemas acarretados quando ele não é priorizado, o médico, a dentista e a enfermeira não se referem enfaticamente a este aspecto.

No que tange aos discursos dos atores sociais de Fortaleza, temos algumas consonâncias e divergências quando comparados aos de Pacatuba. Os usuários recorrem mais frequentemente ao discurso burocrático, demonstrando uma compreensão básica dos limites da responsabilidade dos funcionários da UBS e o que tange às autoridades governamentais. Distintamente dos/as usuários/as de Pacatuba, que chegam a relatar relações de amizade com os profissionais, a maioria dos/as usuários/as de Fortaleza não priorizam um tratamento interpessoal mais afetivo, apenas de respeito e que os profissionais cumpram suas obrigações

no atendimento. O discurso de maternidade é citado apenas por uma usuária, ao criticar a demora do atendimento na UBS de Fortaleza, enquanto em Pacatuba, também foi apontado pela enfermeira.

Os usuários e os profissionais usam discursos como o da globalização para indicar as melhorias que chegam à UBS de Fortaleza e atribuem a eficácia no entendimento das receitas e a marcação de consultas à presença de computadores nas salas dos médicos e este fator faz com que os usuários, muitas vezes comparem de maneira quase igualitária os modelos assistenciais público e privado.

Discursos sobre as condições socioeconômicas são pouco citados e os usuários apenas o fazem quando comparam o atendimento na UBS com os planos de saúde. Os profissionais, por sua vez, citam problemas na comunidade devido a não identificação do carro que os leva em atendimento domiciliar em áreas de grande periculosidade, provocada pelo tráfico de drogas, ou relacionando situação socio-econômica e escolarização (embora educação e saúde sejam mais relacionadas nas falas dos atores sociais de Pacatuba).

O discurso sobre a ética profissional, muito recorrente nas falas dos usuários de Pacatuba, é citada com menos frequência em Fortaleza. A relação entre os atores sociais, como já discutido, é mais distante. Em Pacatuba, os profissionais podem ser vistos com mais frequência e serem questionados pela demora no atendimento ou a falta de algum deles, pois é uma unidade muito pequena e a espera é em corredores; em Fortaleza, a UBS tem corredores que separam aqueles que vão cadastrar-se, pedir remédios ou vacina e os que estão sendo atendidos pelos médicos do dia. A relação, portanto, é mais formal.

Dado de observação e de entrevistas, o discurso político é citado pelos usuários de Fortaleza, muitas vezes em consonância com o discurso de políticas públicas. Além disso, distintamente de Pacatuba, os usuários parecem compreender melhor o vocabulário científico relacionado à área da saúde, sabendo nomes de remédios, exames e outros procedimentos.

Os profissionais de Fortaleza também fazem uso dos discursos de especialista e acadêmico/científico, prioritariamente. Assim como os profissionais de Pacatuba, referem-se também a discursos burocráticos e de políticas públicas, mas usam o discurso socioeconômico em relação com discursos sobre educação em saúde, com menos frequência. Discursos sobre tecnologia são muito presentes na UBS de Fortaleza, visto que a informatização do atendimento e seus benefícios são uma realidade nesta unidade.

É mais notável o discurso intersetorial na UBS de Fortaleza, ainda que, implicitamente, o agente de saúde Pedro compare seu trabalho em um nível de inferioridade em relação ao do médico e da enfermeira, sem considerar que o PSF está baseado nos profissionais pioneiros no atendimento domiciliar de prevenção de doenças e promoção de saúde: justamente o/a agente de saúde. O que me leva a traçar uma comparação com a caracterização das agentes de saúde e técnicas de enfermagem de Pacatuba como profissionais de "ensino médio", que seriam peças menos importantes na assistência do PSF (segundo eles mesmos). Talvez estes/as profissionais não estejam considerando que o PSF tem como prioridade justamente o trabalho de informação e acompanhamento básicos e não de atendimento de urgência, para o qual, realmente, o médico e a enfermeira seriam mais diretamente essenciais.

Apesar de o discurso afetivo/humanitário ser o de menor recorrência entre os profissionais de saúde de Fortaleza, está clara a importância que conferem a um tratamento mais próximo da comunidade, principalmente nos relatos dos/as agentes de saúde, que ajudam na orientação de pacientes que têm receio ou dificuldade em se comunicar com médicos/as.

A seguir, apresento um quadro que sistematiza os problemas relatados por usuários/as e profissionais das UBS investigadas nesta pesquisa. Como relatado na análise, há problemas de diversas ordens mas, com o seguinte quadro, tenho o objetivo de ressaltar aqueles que são causados pela dificuldade de diálogo entre os atores sociais desse contexto social.

<b>PROBLEMAS NO PSF RELACIONADOS AO DIÁLOGO</b>	
<b>PACATUBA</b>	<b>FORTALEZA</b>
<b>APONTADOS PELOS/AS USUÁRIOS/AS</b>	<b>APONTADOS PELOS/AS USUÁRIOS/AS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>o médico não deixa o paciente falar, não o toca, não conversa</li> <li>atendentes, auxiliares de enfermagem e agentes de saúde são próximas dos usuários e os orientam melhor, mas médico, dentista e enfermeira, não.</li> <li>médico não adéqua sua fala à do paciente ou é arrogante/maltrata.</li> <li>dificuldade dos/as profissionais no acompanhamento dos usuários/as, por causa da rotatividade e muito tempo de vacância (de médico/a).</li> <li>Usuários têm medo ou não sabem como falar com os profissionais de saúde, principalmente médicos/as.</li> <li>Profissionais deixam os usuários sem informação ou com informações desencontradas</li> <li>usuário não compreende como deve administrar os medicamentos</li> <li>letra ilegível dos médicos, nas receitas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>profissionais não dão informações ou são grosseiros, algumas vezes</li> <li>Profissionais deixam os usuários sem informação ou com informações desencontradas</li> <li>burocracia para chegar ao médico</li> </ul>
<b>APONTADOS PELOS/AS PROFISSIONAIS</b>	<b>APONTADOS PELOS/AS PROFISSIONAIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas de letramento em saúde</li> <li>não há retorno ou regularidade no retorno dos usuários, impedindo acompanhamento</li> <li>Não há comunicação entre profissionais e Secretaria de Saúde</li> <li>dificuldades no diálogo com os pacientes, durante a consulta domiciliar</li> <li>quantitativo alto na UBS limitava o diálogo</li> <li>usuários não compreendem o conceito de urgência e emergência, nem de prevenção</li> <li>há muito documento e função burocrática para a equipe do PSF, o que impede maior foco no diálogo</li> <li>algumas escolas não fazem a parceria requerida com a UBS do bairro</li> <li>insegurança do bairro não os permite</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problemas de letramento em saúde</li> <li>quantitativo alto na UBS limitava o diálogo, principalmente com idosos</li> <li>não há retorno ou regularidade no retorno dos usuários, impedindo acompanhamento ao usuário</li> <li>falta de comunicação entre membros da família para ajudar ao paciente, principalmente idoso</li> <li>as vezes, os profissionais não entendem a descrição dos sintomas dos usuários</li> <li>profissionais precisam acessar várias formas de comunicação (multimodalidade) para obter a compreensão dos usuários</li> <li>falta local para fazer reunião da equipe do PSF</li> <li>problemas com a letra dos médicos (somente antes da receita digitada)</li> </ul>



<p>realizar assistências em domicílio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• muita rotatividade de médicos, o que inviabiliza o acompanhamento dos pacientes</li> <li>• falta melhor estrutura física: sala de reuniões para a equipe se comunicar melhor</li> <li>• os profissionais que possuem ensino superior desmerecem o trabalho daqueles que possuem ensino médio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• timidez de muitas usuárias, principalmente mulheres, de dizer a verdade por medo de levar bronca dos médicos</li> <li>• precisa de mais profissionais, principalmente para o atendimento em domicílio</li> </ul>
--	---

Quadro 11 — Problemas no PSF relacionados ao diálogo

É notável como os problemas relacionados ao letramento são citados em maior número na fala dos usuários e profissionais de saúde de Pacatuba do que nos de Fortaleza. Enquanto Fortaleza possui problemas no diálogo relacionados à forma de tratamento entre os atores sociais, Pacatuba revela problemas diversos, que envolvem tanto o fator de relacionamento, como o de desconhecimento de informações básicas sobre o contexto da saúde. Pacientes idosos e sem escolarização são aqueles com os quais os profissionais de saúde possuem mais dificuldade, mas o que dificulta ainda mais que o diálogo seja ineficaz é a relação de poder entre eles, que coloca o usuário em situação subjugada, prova disso é o medo relatado por muitas usuárias de ficarem sozinhas com o/a médico/a e de relatar os sintomas com segurança. Após a consulta, o problema continua, já que o/a usuário/a sai sem saber que medicamento tomar (por causa das letras ilegíveis dos/as médicos/as) e como administrá-lo, pois não consegue ou não sabe ler a bula dos medicamentos e não encontrou ambiente favorável, no momento da consulta, para pedir explicações mais específicas ao profissional que o atendeu.

Além disso, os profissionais destacam que o diálogo entre a UBS e as instituições governamentais é precário, informação que os usuários não possuíam condições de afirmar. Assim como a burocracia que, segundo os profissionais, impede que a relação seja enfatizada. Enfatizo, ainda, o fator estrutural das duas UBS, pois o fato de não haver sala de reuniões, ocasiona que um dos princípios básicos do PSF, que é a intersectorialidade, seja pouco valorizado; os profissionais continuam realizando seus trabalhos separadamente e de maneira hierárquica.

Após a discussão que busquei suscitar na análise, segue a seção de conclusões desta pesquisa.

## 6. CONCLUSÕES

Diante da análise realizada, o percurso de fala dos/as usuários/as, tanto de Pacatuba quanto de Fortaleza, indica um compartilhamento parcial de identificações dos atores sociais na construção de suas próprias identidades, que são socialmente construídas e representadas pela linguagem (FAIRCLOUGH, 2001). O grupo focal constituiu importante ferramenta para a observação desse aspecto e da forma como os atores sociais interagem com pontos de vista divergentes e convergentes a respeito de um mesmo tema, gerando discussões que forneceram informações valiosas e, em certo ponto, adicionais às minhas premissas (como a importância do letramento em saúde para uma prática assistencial eficaz) ou, até mesmo refutando-as (como no caso do maior uso de expressões modalizadoras por profissionais de saúde e de maior uso de expressões categóricas por usuários do que por profissionais).

Quanto aos profissionais, por diversos fatores, foi possível perceber algumas dissonâncias em suas falas e também entre suas falas e a observação de natureza etnográfica. Um desses aspectos relevantes foi a construção da identidade no discurso do médico Jaime, de Pacatuba, que proporcionou novas visões a respeito de alguns aspectos identitários. Fairclough (2001, 2003) defende que cada ator social fala de um lugar social que ocupa por atender a certos critérios específicos. Entendia, portanto, que o médico, como profissional formado e especialista na área, utilizaria escassas formas de modalidades epistêmicas ou de atenuadores e que usaria mais expressões linguísticas, seja explícitas ou implícitas, de imperativo e afirmação. No entanto, detectei o contrário. Quando ele fazia afirmações categóricas, em termos do que era desejável ou indesejável, muitas vezes, reformulava a frase anterior de maneira modalizada, de maneira majoritariamente epistêmica (advérbios modais e verbos modais e flexionados no condicional) e poucas vezes deontica, indicando pouco comprometimento valorativo em suas falas. A avaliação afetiva (HALLIDAY, 1985) é pouco referida em seu texto, sendo apenas contemplada quando se refere a seu relacionamento com os usuários, baseada em sua avaliação da satisfação do atendimento, mas ainda havendo oscilações em seu nível de comprometimento na enunciação que, na maioria das vezes, consideramos baixo.

Outro aspecto relevante foi a questão levantada pelas agentes de saúde e técnicas de enfermagem de Pacatuba a respeito das condições de trabalho em equipe serem prejudicadas

pelo relacionamento interpessoal e inclusive no investimento material baseado na qualificação profissional de cada integrante da equipe do PSF. Esse tema apenas foi citado pelo agente de saúde Pedro, de Fortaleza, quando ele afirma ser uma peça na assistência básica, mas que está inferior em relação ao trabalho de enfermeiros/as e médicos/as. No entanto, em Pacatuba, esse tema mostrou-se um aspecto que deve ser considerado como de urgência para a melhoria no atendimento, pois profissionais chegaram a questionar a ética de outros companheiros de trabalho e isso, sem dúvida, reflete no atendimento aos usuários.

O fato de que, em Pacatuba, os funcionários desempenhavam várias tarefas que não eram de sua responsabilidade também é algo preocupante. Não foi relatado algo do tipo em Fortaleza e isso, com certeza influencia na forma como os profissionais constroem suas identidades em sua fala; no entanto, outros obstáculos foram assinalados. Um dos fatores que poderia auxiliar nessa melhor comunicação entre os atores sociais em ambas UBS é a construção de uma sala de reuniões que pudesse proporcionar uma maior integração entre eles, assim como a técnica de grupo focal ajudou-me a compreender aspectos relevantes na integração da equipe do PSF, que deveria ter uma atuação intersetorial, mas ainda não tem. O médico continua sendo o centro no atendimento e os próprios profissionais não compreendem que cada um deles tem um papel essencial na prevenção de doenças e promoção de saúde, principalmente o/a agente comunitário de saúde (ACS), que está mais próximo da comunidade, de diversas formas. Relações de poder estão dificultando, portanto, o andamento do PSF como indicado em regimento e tantas vezes citados por mim durante este trabalho. Tão evidente é que há falhas nas relações humanas dentro do PSF, que o SUS teve de criar a Política Nacional de Humanização, conhecida como HumanizaSUS, com um slogan que incentivasse a cooperação governo-profissionais-comunidade para atingir uma meta comum, a qualidade de saúde pública. Além da cooperação é preciso ter confiança de que o SUS pode dar certo.

Outro aspecto relevante é o socioeconômico, que foi recorrente na fala dos atores sociais de ambas UBS investigadas. Após a análise das entrevistas, do grupo focal e da observação de campo, pude compreender que há consonâncias, mas também, divergências a respeito. Pacatuba tinha de superar problemas na estrutura física precária (que não tinha planos governamentais de melhora) e a resistência de médicos que atuam por muito tempo na comunidade; além disso, a maioria dos/as usuários/as possuía pouca ou nenhuma escolarização e isso tornava o trabalho de prevenção de doenças e promoção de saúde mais

difícil de ser realizado, segundo relatos dos profissionais. A precariedade do espaço físico era naturalmente refletida na precariedade do atendimento e não exemplo maior do que aquele citado por uma auxiliar de enfermagem de que tinham de escolher limpar o suor ou fazer o curativo, pois a sala de imunização e curativos não tinha sequer condições de higiene e bem-estar.

Em Fortaleza, alguns usuários eram escolarizados e outros não, mas mesmo que estes tivessem uma melhor compreensão dos assuntos de saúde, enfrentavam problemas com as visitas domiciliares em um bairro considerado violento; embora este fosse impedimento para os/as médicos/as e enfermeiros/as, os/as agentes de saúde tinham que vencer este obstáculo todos os dias, de porta em porta, sendo os maiores representantes da promoção de saúde do PSF. A precariedade da UBS foi dirimida em quase sua totalidade com a reforma feita pelo prefeito da cidade, mas ainda assim havia falta constante de materiais, principalmente de uso odontológico. Vendo de maneira mais ampla o problema de infraestrutura, ressalto que a reforma da UBS de Fortaleza foi feita de maneira a adequá-la a um plano modelo e unidades de saúde assim são a minoria. Não é possível afirmar quando a UBS de Pacatuba será colocada no padrão modelo ou as demais UBS do Estado ou do território nacional.

A análise que apresentei possui traços linguísticos e ideológicos que se apresentaram de maneiras explícitas e implícitas, como estratégias discursivas utilizadas pelos usuários e o profissional de saúde. Não somente as modalizações, mas as escolhas lexicais, as evasivas e os discursos foram de fundamental importância para a compreensão das imagens de si, do outro e do PSF, que os atores sociais construíram em suas falas. Estas configuram relevantes informações que, aliadas à observação que realizamos, tornam-se ainda mais compreensíveis. Cabe ressaltar que, se os profissionais afirmaram que alguns/mas usuários/as tinham medo de falar com eles e de serem repreendidos/as por procederem mal com a própria saúde ou a de seus/suas filhos/as.

Encontrar usuários dispostos a manifestarem sua sincera avaliação sobre o Programa de Saúde da Família que atende àquela comunidade também foi um desafio. Eu era um indivíduo estranho que estava ali para ouvi-los, e foram necessárias algumas visitas até conseguir encontrar pessoas que quisessem contribuir com a pesquisa, principalmente com o grupo focal, em que todos sabiam o que o outro pensava. Fui alertada pelos/as usuários/as e profissionais de Pacatuba e Fortaleza sobre a periculosidade das regiões, logo ao chegar, mas pude perceber que a vida diária daqueles atores sociais tinha outros problemas relevantes.

Portanto, julgo de grande valor a contribuição dos atores sociais desta pesquisa, que não foram apenas informantes, mas acreditaram na possibilidade de uma reflexão sobre os problemas deste contexto social a partir da linguagem e da importância de sua participação para que fosse possível o primeiro passo.

Uma pesquisa interpretativa, de natureza etnográfica, não chega a conclusões objetivas, mas é um caleidoscópio, pois várias informações que não eram o foco emergem da observação. Meu principal objetivo foi dar voz aos atores sociais, mais do que à minha própria observação e, por isso, há trechos longos das falas dos participantes. Desta forma, a construção de suas identidades em suas falas seriam mais enfatizadas. Destaco, portanto, uma citação de Ramalho & Resende (2011) de que "não há análises textuais completas, definitivas, objetivas ou imparciais. Toda análise é inevitavelmente seletiva, assim como toda pesquisa compõe-se de escolhas sucessivas, que lhe determinam o planejamento e a condução (p.105).

Relembro ainda uma observação que fiz em nota rodapé sobre as conclusões deste trabalho não servirem como generalização em nível nacional sobre o PSF, pois cada contexto social, como busquei demonstrar, traz suas especificidades. Queria poder chegar nas UBS pesquisadas com um documento em mãos que garantisse o compromisso governamental na mudança social destes contextos e que todos os pontos assinalados estariam sendo discutidos pelos responsáveis no governo. No entanto, o que me cabe, por ora, como analista crítica do discurso, é suscitar no âmbito acadêmico uma reflexão sobre temas pertinentes à área da linguagem e uni-la a reflexões sociais que, quiçá, alcancem outros âmbitos interventores.

Esta investigação já tem dado frutos, como um trabalho<sup>58</sup> que estou realizando sobre a importância do letramento nas questões da saúde nos municípios pesquisados durante minha participação no grupo de pesquisa da professora Izabel Magalhães. Ciente das limitações de todo trabalho, cabe, portanto, encorajar futuras pesquisas que possam abranger temas e aspectos não considerados neste; almejando mudanças discursivas que, posteriormente, venham a se tornar mudanças sociais.

---

<sup>58</sup> "Diálogos entre letramento e saúde: uma reflexão a partir dos discursos de profissionais e usuários do programa de saúde da família", no prelo.

## REFERÊNCIAS

ALLPORT, A. Attention and control: Have we been asking the wrong questions? A critical review of twenty-five years, 1993. In: E. Meyer y S. Kornblum (eds.), **Attention and performance XVI: Synergies in Experimental Psychology, Artificial Intelligence, and Cognitive Neuroscience**. Cambridge, MA: M.I.T. Press, pp. 182-218.

ANGROSINO, M.; FLICK, U. (Coord.). **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. Os gêneros do discurso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

BAUMAN, Zigmunt. **Modernidade líquida**. 1ed. Rio de Janeiro: J.Zahar Ed., 2001

\_\_\_\_\_. **IDENTIDADE**. Entrevista a Benedetto Vecchi. Tradução: Carlos Alberto Medeiros. Jorge ZAHAR Editor. Rio de Janeiro, 2005.

BATISTA JÚNIOR, J. R. L. ; SATO, D. T. B. . Educação inclusiva no Brasil: discursos e práticas de letramento. **Discurso & Sociedad**, v. 9, p. 201-221, 2015.

BOURDIEU, Pierre. A identidade e a representação. Elementos para uma reflexão crítica sobre a ideia de região. In: **O poder simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil: 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília, COSAC, 1994.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde - CONASS. **Atenção primária e promoção da saúde**. Coleção CONASS Progestores para entender a gestão do SUS. Volume 8, 1ª edição, Brasília, 2007

CAPES. **Plano Nacional de Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020**. Brasília, DF: CAPES, 2010. Disponível em: <http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/plano-nacional-de-pos-graduacao/pnpg-2011-2020>. Acesso em: março de 2014

CASTELLS, Manuel. **O poder da identidade. Vol I**. Prefácio de Ruth Corre Leite. Cardoso. Tradução de Klauss Brandini Gerhardt. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Cláudio Moura. Memórias de um orientador de tese. In: NUNES, Edson Oliveira de. **A aventura sociológica**. Rio de Janeiro: Zahar editores, 1978. Tradução 1999.

CERTEAU, Michel de. A invenção do cotidiano. v 1, **Artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1994

\_\_\_\_\_. A operação historiográfica. In: \_\_\_\_\_. **A escrita da história**. 2Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008.

CHARAUDEAU, Patrick. Identidade social e identidade discursiva, o fundamento da competência comunicacional. In: PIETROLUONGO, Márcia. (Org.) **O trabalho da**

**tradução.** Rio de Janeiro: Contra Capa, 2009, p. 309-326. Disponível em: <http://www.patrick-charaudeau.com/Identidade-social-e-identidade.html>. Acesso em: dezembro de 2015.

CHOULIARAKI, L; FAIRCLOUGH, N. **Discourse in late modernity:** rethinking critical discourse analysis. Edinburgh: Edinburgh University Press, 1999.

CONEP. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa.** Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html)

CORDELLA, M. La interacción médico-paciente en escrutinio: un estudio de sociolingüística interaccional, **Onomazein**, vol 7, Instituto de Letras Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago Chile, pp. 117-144. 2002.

\_\_\_\_\_. **The dynamic consultation:** A discourse analytical study of doctor-patient communication. Pragmatics and Beyond Series, John Benjamins Publishing House, Amsterdam Netherlands, 2004a.

\_\_\_\_\_. You know doctor, I need to tell you something: a discourse analytical study of patients' voices in the medical consultation. In: **Australian Review of Applied Linguistics**, vol 27, issue 2, Applied Linguistics Association of Australia, Brisbane Qld Australia, pp. 92-109. 2004b

COSTA, Décio Bessa da. Cidadãos e cidadãs em situação de rua: uma análise de discurso crítica da questão social. 2009. 347 f. Tese (Doutorado em Linguística)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

DENZIN, N. K. **The Research Act.** Englewood Cliffs. N. J., Prentice Hall, 1989.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social.** (tradução: Izabel Magalhães *et al*) Brasília - DF: Editora Universidade de Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Analysing discourse:** Textual analysis for social research. New York: Routledge, 2003.

\_\_\_\_\_. **Critical Discourse Analysis.** The Critical Study of Language. Harlow: Longman, 2010.

FIORIN, J. L.. Linguagem e interdisciplinaridade. **Revista Alea** vol.10 no.1 Rio de Janeiro Jan./June, 2008.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa.** Trad. Sandra Netz. – 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.

\_\_\_\_\_. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Trad. Joice Elias Costa. 3.ed. Porto Alegre: Artemed, 2009.

FOWLER, R.; HODGE, R.; KRESS, G.; TREW, T. **Language and control**. London: Routledge; Kegan Paul, 1979.

GADELHA, N. M. **A hibridização do discurso médico-paciente no evento discursivo parto**. Tese de Doutorado em Linguística. Universidade Federal do Ceará, 2013.

GATTI, B. A. **Grupo Focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro, 2005.

GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: \_\_\_\_\_. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 13-41, 1989.

\_\_\_\_\_. Do ponto de vista de nativo: a natureza do pensamento antropológico. In: \_\_\_\_\_. **O saber local: novos ensaios de antropologia interpretativa**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes, 2001, p. 85-107.

GIDDENS, Anthony **As consequências da modernidade**. Tradução de Raul Fiker. - São Paulo: Editora UNESP, 1991.

\_\_\_\_\_. **Modernidade e identidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

GONÇALVES, J. C. Enquadres Interacionais na comunicação médico-paciente: perspectivas em conflito. **Revista Língua(gem)**, v.1, no.1, p.89-110. 2004.

\_\_\_\_\_; ALMEIDA, F.A. (Org.). **Interação, contexto e identidade em práticas sociais**. Niterói: EDUFF, 2009.

HABERMAS, Jürgen. **Modernidad: un proyecto incompleto**. Editorial Kairós: Barcelona, 1984. Disponível em: [https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ZwNEISptU8MC&oi=fnd&pg=PA19&ots=EwKfVorMbK&sig=p4r2r42\\_tRA8pRPSQoP35fPG2jQ&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=ZwNEISptU8MC&oi=fnd&pg=PA19&ots=EwKfVorMbK&sig=p4r2r42_tRA8pRPSQoP35fPG2jQ&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false). Acesso em dezembro de 2015.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A Editora, 2002.

\_\_\_\_\_. **A identidade Cultural na Pós-modernidade**. Tradução: DP &A. Editora, 2006

HALLIDAY, M. A. K. Language structure and language function. In Lyons, J. (ed.): **New horizons in linguistics**. Harmondsworth: Penguin Books, 1970, pp. 140-164.

\_\_\_\_\_. The functional basis of language. In: BERNSTEIN, B.. Ed. **Class, codes and control**. London: Routledge ; Kegan Paul, 1973, pp. 343-366

\_\_\_\_\_. **Language as social semiotic**. London: Edward Arnold. 1978.

\_\_\_\_\_. **An introduction to functional grammar**. London: Edward Arnold, 1985.



\_\_\_\_\_; HASAN, R. **Language, context, and text**. Oxford: Oxford University Press, UK. 1989.

\_\_\_\_\_. Context of situation. In: M.A.K.Halliday ; R. Hasan (Eds). **Language, context and text: aspects of language in a social-semiotic perspective**. London: Oxford University Press, 1991, pp.3-14

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. Tradução de Adail U. Sobral e Maria S. Gonçalves. São Paulo: Loyola, 1992 [1989].

HEATH, S. B.; STREET, B. V. **On Ethnography: approaches to language and literacy research**. New York; London: Teachers College Press, 2008.

HELMAN, C. G. Relação médico-paciente. In: \_\_\_\_\_. **Cultura, Saúde e Doença**. Porto Alegre: Trad. Eliane Mussnich. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. Cap. 4, p. 70-99. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/psf>>. Acesso em dezembro de 2014.

HUNSTON, S.; THOMPSON, G. (eds.) **Evaluation in text: authorial stance and the construction of discourse**. Oxford: Oxford University Press. Paperback. 2000.

JAKOBSON, R. Linguística e poética. In: \_\_\_\_\_. **Linguística e comunicação**. Tradução de Izidoro Blikstein e José Paulo Paes. São Paulo: Cultrix, 1987, p.118-32

KAUFMANN, Jean-Claude. **A invenção de si: uma teoria da identidade**. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

KOCH, I. **Argumentação e linguagem**. 7. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

KRESS, G. **Linguistic Processes in Sociocultural Practice**. Oxford: Oxford University Press. 1989.

LARRAIN, J. **Identidad chilena**. Santiago, Chile, LOM Ediciones, 2001.

LEITE, R. L. **Saussure e a transposição do sentido na epistemologia da semiótica**. Congresso Cem de Saussure. 2013.

MAGALHÃES, I. ; GIEVE, S. Introduction. In: GIEVE, S. e MAGALHÃES, I. (orgs.) **Power, Ethics and Validity: The Relationship Between Researcher and Researched. CRILE Occasional Paper**, v 6. Universidade de Lancaster, Grã-Bretanha, 1994.

MAGALHÃES, I. Práticas discursivas de letramento: a construção da identidade em relatos de mulheres. In: Kleiman, A. B. (org.) **Os significados do letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 1995, p. 201-235.

\_\_\_\_\_. **Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico**. Brasília: Thesaurus, 2000.

\_\_\_\_\_. Teoria crítica do discurso e texto. **Linguagem em (Dis)curso - LemD**, Tubarão, v. 4, n.esp, p. 113-131, 2004.

\_\_\_\_\_. Introdução: a análise de discurso crítica. **D.E.L.T.A** vol.21, nºespecial. São Paulo, 2005, p.1-9.

\_\_\_\_\_. Discurso, ética e identidade de gênero. In: MAGALHÃES, I.; CORACINI M. J. & GRIGOLETTO, M. (Org.). **Práticas Identitárias: língua e discurso**. São Carlos: Clara Luz, 2006. p.71-96.

\_\_\_\_\_. Gênero e Discurso no Brasil. **Discurso & Sociedad**, v. 3, p. 714-737, 2009.

\_\_\_\_\_. **Discursos e identidades: exotismo e domínio violento**. Cadernos de Linguagem e Sociedade, Brasília, v. 11, n. 1, p. 13-37, 2010.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ªed. São Paulo: Atlas, 2009.

MARCUSCHI, L. A. **Da fala para a escrita: atividades de retextualização**. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MINAYO, M. C. S., Assis S.G., Souza E.R., (Org.). **Avaliação por triangulação de método: abordagem de programas sociais**. 1ed.Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, 244 pp.

NARDI, H. C. **Saúde, trabalho e discurso médico: relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.

NEVES, M. H. M. **A gramática funcional**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

OSTERMANN, A. C. ; SOUZA, J . As explicações feitas pelas pacientes para as causas de seus problemas de saúde: como os médicos lidam com isso. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). **Humanização. Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. 1ed.Rio de Janeiro e Campinas: Editora Fiocruz e Editora Mercado de Letras, 2012a, v. 1, p. 85-98.

\_\_\_\_\_. ; SILVA, C. R.. A formulação explicitando a compreensão mútua entre médico e paciente: uma forma de humanizar os atendimentos. In: OSTERMANN, A. C.; MENEGHEL, S. N. (Org.). **Humanização. Gênero. Poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde**. 1ed.Rio de Janeiro e Campinas: Editora Fiocruz e Editora Mercado de Letras, 2012b, v. 1, p. 99-115.

\_\_\_\_\_. ; ANDRADE, D. N. P. ; SILVA, J. . Análise da Conversa Aplicada em interações entre médicos e pacientes. **Revista Veredas**, v. 17, p. 114-135, 2013.

PACHECO, Jorge Arturo Quesada. Sociolingüística y medicina la comunicación entre médico y paciente. **Revista Médica de Costa Rica LIX** (519) 63-67; 1992.

PARDO, María Laura. LERNER, Beatriz. El discurso psicótico: una visión multidisciplinaria desde la lingüística y la psiquiatría. **Revista Signos**, 2001, vol.34, no.49-50, p.139-147.

RAJAGOPALAN, K. Linguagem e cognição do ponto de vista da Lingüística Crítica. Veredas. **Revista de Estudos Lingüísticos**. V 06, nº 01, jan/jun. Juiz de Fora: UFJF. P. 91-104, 2002.

\_\_\_\_\_. **Por uma Lingüística Crítica: linguagem, identidade, e a questão ética**. 1. ed. São Paulo, SP: Parábola Editorial, 2003. v. 1. 144p .

RAMALHO, V. V. S. ; RESENDE, V. M. . **Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa**. 1. ed. Campinas: Pontes, 2011. 194p .

RESENDE, V. M. ; RAMALHO, V. V. S. . Análise de Discurso Crítica, do modelo tridimensional à articulação entre práticas: implicações teórico-metodológicas. **Linguagem em (Dis)curso**, Tubarão - Santa Catarina, v. 5, n.2, p. 185-208, 2004.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2006.

RESENDE, V. M. . Ética em pesquisa etnográfica: o caso de uma pesquisa discursiva crítica em colaboração com movimento social. In: **Não se importa que eu grave? Ética e Metodologia na investigação sobre interações discursivas**, 2011, Lisboa. "Não se importa que eu grave?" - Ética e metodologia na investigação sobre interações discursivas. Lisboa: Faculdade de Ciências Sociais - Universidade Nova de Lisboa, 2011. p. 4-5.

RODRIGUES-JÚNIOR, Adail Sebastião. Análise crítica do discurso: modismo, teoria ou método?. In: **Revista Brasileira de Linguística Aplicada**, Belo Horizonte, v. 9, n. 1, p. 99-132, 2009.

SATO, Denise Tamaê Borges. JÚNIOR, José Ribamar Lopes Batista (Orgs.). **Contribuições da análise de discurso crítica no Brasil: uma homenagem à Izabel Magalhães**. Coleção: Linguagem e Sociedade-Vol.5. Campinas, SP: Pontes Editores, 2013.

SARANGI, S. Reconfi guring self/identity/status/role: the case of professional role performance in healthcare encounters. **Journal of Applied Linguistics and Professional Practice**, 7(1):75-95, 2010.

SAUSSURE, F. de. **Curso de linguística geral**. São Paulo: Cultrix, 2003.

SWALES, J. M. **Genre analysis: English in academic and research settings**. Nova York: Cambridge University Press, 1990.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. Trad. (Coord.) Pedrinho A. Guareshi. Petrópolis: Vozes, 2002.

VAN LEEUWEN, Theo. A representação dos atores sociais. In: PEDRO, Emília Ribeiro. (Org.) **Análise Crítica do Discurso: uma perspectiva sociopolítica e funcional** Lisboa: Caminho, 1997, p. 169-222.

\_\_\_\_\_. Three models of interdisciplinarity. In: **A New Agenda in (Critical) Discourse Analysis**, R. Wodak and P. Chilton (eds.), pp.3-18, 2005.

\_\_\_\_\_. **Discourse and practice. New tools for Critical Discourse Analysis**. Nova York: Oxford University Press, 2008.

WEST, C. Ask me no questions... An analysis of queries and replies in physician-patient dialogues. In : FISHER, S.; TODD, A. (eds.), **The social organization of doctor-patient communication** (pp. 75-106). Washington: Center for Applied Linguistics, 1983.

WODAK, Ruth. Critical Discourse Analysis and the study of doctor-patient interaction. **The Construction of Professional Discourse**. ed. / B.-L. Gunnarsson; P. Linell; B. Nordberg. London : Longman, 1997. p. 173-200

\_\_\_\_\_. **Disorders of discourse**. (Real language series.) London: Longman, 1996.

\_\_\_\_\_. What CDA is About – A Summary of Its History, Important Concepts and Its Developments. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs.). **Methods of Critical Discourse Analysis**. Londres, Thousand Oaks, Nova Delhi: Sage Publications. 2001

\_\_\_\_\_. Medical Discourse: Doctor-Patient Communication . In: Keith Brown, (Editor-in-Chief) **Encyclopedia of Language ; Linguistics**, Second Edition, volume 7, pp. 681-687. Oxford: Elsevier. 2006.

YOUNG, L. ; C. HARRISON. **Systemic Functional Linguistics and Critical Discourse Analysis: studies in social change**. London: Continuum, 2004. 306p.

Links:

<http://www.saudedafamilia.org/projetos/psf/psf.htm> Acesso em 10/12/2014

[http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/unidades/sms\\_esf.xhtml](http://www.presidenteprudente.sp.gov.br/site/unidades/sms_esf.xhtml) Acesso em 10/12/2014

<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/multimedia/documentos/principais-momentos-do-programa-saude-da-familia-no-brasil> Acesso em 10/12/2014

<http://www.redehumanizausus.net/>. Acesso em janeiro de 2016

[http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=article&id=8596&Itemid=388](http://portalsaude.saude.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=8596&Itemid=388). Acesso em janeiro de 2016

[www.saude.gov.br/humanizausus](http://www.saude.gov.br/humanizausus). Acesso em janeiro de 2016

[www.redehumanizausus.net](http://www.redehumanizausus.net). Acesso em janeiro de 2016

[www.saude.gov.br/bvs/humanizacao](http://www.saude.gov.br/bvs/humanizacao). Acesso em janeiro de 2016

Folheto: Política Nacional de Humanização. 1ª impressão. Brasília. 2013. Tiragem: 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013 –

2.000 exemplares – OS 2013/0463. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf).

Acesso em janeiro de 2016

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TRANSCRIÇÕES DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS DE PACATUBA-CE

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Usuário 1	<b>Pseudônimo:</b> Rodrigo

01. Pesquisadora: *Boa tarde, fale pra mim do atendimento que você recebe aqui no posto.*
02. Rodrigo: *O atendimento que eu recebo aqui... desse doutor aqui eu num... num me sinto bem, não, muito à vontade, não.*
03. Pesquisadora: *Uhum...porquê?*
04. Rodrigo: *Ele num deixa a pessoa falar... ééé...o que a pessoa quer, aquilo que eu falei, que tá faltando a receita, essas coisas.*
05. Pesquisadora: *Verdade, éé, você tem alguma dificuldade pra entender as orientações que os profissionais dão?*
06. Rodrigo: *Á tenho [tem?] entendo muito, não, tem uns que mal fala, esse daqui mal fala, a gente fala as coisa, só faz escrever e pronto.*
07. Pesquisadora: *Áá, como é a sua relação com os profissionais que atendem você? os auxiliares...*
08. Rodrigo: *Não, foi só esse mês mesmo, esse mês de março pra cá, de ab/ de março pra cá, me jogando de um canto pra outro, vá lá na enfermeira, peça a receita, a enfermeira me manda lá pro doutor vá lá, peça a receita, não tem assim, uma conversa assim, não.*
09. Pesquisadora: *Hum... ééé... qual dos profissionais é, assim, mais fácil de conversar? entre enfermeiros, auxiliares, entre médicos...*
10. Rodrigo: *Rapaz, éé... quando éé mais fácil conversar é com as atendente.*
11. Pesquisadora: *Hum...tá certo, qual deles é o MAIS difícil de todos?*
12. Rodrigo: *Como?*
13. Pesquisadora: *O mais difícil de-de você falar?*
14. Rodrigo: *É cum o dotô.*
15. Pesquisadora: *Com o dotô? Ããã, como você avalia o atendimento aqui do posto diante do que você precisa?*
16. Rodrigo: *Como assim?*
17. Pesquisadora: *Por exemplo, é, se o senhor/ sempre que o senhor vem aqui, o senhor é-é bem atendido? sempre...*
18. Rodrigo: *Não, sou, não.*
19. Pesquisadora: *Não?*
20. Rodrigo: *Não, sou bem atendido, não, tem uns fala até com ignorância.*

21. Pesquisadora: *É mesmo? Acha que as coisas aqui, elas, na maioria das vezes, são resolvidas, quando o senhor vem?*

22. Rodrigo: *São não.*

23. Pesquisadora: *Não? [não] se dependesse do senhor, o que que o senhor teria mudado no atendimento?*

24. Rodrigo: *(ininteligível) pra melhorar, né porque/ melhorar assim...negócio de remédio, que um posto desse aqui num pode faltar, não, remédio, principalmente papel pras receita.*

25. Pesquisadora: *Tá certo, tem alguma coisa que eu não perguntei ao senhor, que o senhor gostaria de falar?*

26. Rodrigo: *No caso de falar é porque ele devia ter-ter dito que... que não vinha antes, né, de deixar a mensagem depois que terminou a entrevista, dizer que não vem, dizer que não vinha... aí eu acho isso muito invocado, a gente espera até duas horas, eu vim cinco horas da manhã pra cá, pegar a ficha pro doutor [viiixe] espera até duas horas e-e agora vem dizer que não vinha.*

27. Pesquisadora: *Pois tá certo, muito obrigada pela sua participação, viu.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Usuária 2	<b>Pseudônimo:</b> Dolores

01. Pesquisadora: Certo! Comente sobre o atendimento que a senhora recebe aqui no posto.
02. Dolores: *é-é o atendimento, eu-eu mesma, num acho muito bom não, né, porque a gente...quando vem procurar, assim já tá necessitando muito, aí é... DEMORADO. Eu tenho até exemplo de família minha que-que passou seis meses por/ pra/ anh/ pra fazer uns exame. Essa pessoa FALECEU e não foi feito os exames. Faleceu agora, tá cum um mês e NÃO FOI FEITO ESSE EXAME, então eu não tenho coisa boa a dizer daqui, não do atendimento.*
03. Pesquisadora: Como a senhora avalia as orientações que os profissionais lhe dão aqui?
04. Dolores: *Eles até que eles a/ é-é... eles orientam bem, os médicos, né.*
05. Pesquisadora: Como é a sua relação com os profissionais aqui do posto?
06. Dolores: *Não. Eu não tenho muita relação, assim, com eles, não. Só... a pessoa que dão as fichas que a gente tem mais, assim, um-um [contato] contato, né.*
07. Pesquisadora: *é-é-é Qual dos profissionais a senhora considera que é mais fácil de conversar?*
08. Dolores: *É justamente essa-essa que entrega as fichas...eu não sei o que ela é, não é a enfermeira, é a outra da do atendimento das fichas.*
09. Pesquisadora: *Qual deles é o MAIS DIFÍCIL de conversar, a relação?*
10. Dolores: *É... bom... pode dizer o nome, é?*
11. Pesquisadora: *A profissão, né? Se é-é-é auxiliar, se é enfermeira, se é o médico.*
12. Dolores: *Enfermeira.*
13. Pesquisadora: *Enfermeira? ééé Comente sobre o atendimento do posto diante das suas necessidades de saúde, a senhora é bem atendida?*
14. Dolores: *é... na ho/ ã/ pelo menos assim, a gente vem se consultar... Quando tem médico a gente é atendido, né, QUANDO tem médico.*
15. Pesquisadora: *Sobre a resolução da saúde, que nota a senhora daria ao posto, de 01 a 10?*
16. Dolores: *...Sete.*
17. Pesquisadora: *Sete?... Se dependesse da senhora, o que seria mudado no atendimento?*
18. Dolores: *o que seria mudado, ééé, tem muita coisa a ser mudada aqui, né. seria mudado éé não faltar medicamento, quando a gente se consultar, ter sempre o medicamento e FALTA, as vezes a gente sai, o médico passa três, quatro medicamento e a gente só-só tem um ou dois. Só recebe um ou dois.*
19. Pesquisadora: *Certo, há mais alguma coisa que a senhora gostaria de comentar?*
20. Dolores: *Não, só isso mesmo, né.*
21. Pesquisadora: *Ah, muito obrigada.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Usuária 3	<b>Pseudônimo:</b> Ananda

01. Pesquisadora: *Ééé fale pra mim sobre o atendimento que você recebe aqui no posto.*
02. Ananda: *Bom, eu considero um bom atendimento, né, eu acho que cada pessoa tem que fazer a sua parte, éé, chegar cedo e pegar ficha, porque muita gente vem em cima da hora ou tarde demais pra pegar, querer forçar um atendimento, né, mas aí quando a pessoa chega cedo, pega a ficha... viu, eu gosto do atendimento do posto, acho muito bom.*
03. Pesquisadora: *Você tem alguma dificuldade quanto às orientações que os profissionais lhe orientam?*
04. Ananda: *Não, porque eu até fiz uns exames e eu vim pegar o resultado hoje e agora que eu vou mostrar pra enfermeira, né, ee/ mas geralmente, quando eu procuro o posto quando tou com algum problema ee/ aaa enfermeira, o médico explica direitinho, passa o medicamento e graças a Deus sempre deu certo.*
05. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os profissionais que atendem você?*
06. Ananda: *Boa, é uma boa relação... tenho nada o que dizer de nenhum, não.*
07. Pesquisadora: *Ahh, qual dos profissionais é MAIS FÁCIL de conversar?*
08. Ananda: *Qual é a mais/ qual é a mais fácil, éé aaa atendente, a Ana aqui da que tira a pressão [ááá] a auxiliar.*
09. Pesquisadora: *A auxiliar de enfermagem, né?*
10. Ananda: *É.*
11. Pesquisadora: *Qual deles é o mais difícil?*
12. Ananda: *Eu [Tem algum que é mais difícil?] acho que é/ não, o que é mais difícil não... ééé como é que eu posso falar, que a pessoa seja difícil, mas difícil de chegar ATÉ ELE [áá] entendeu.*
13. Pesquisadora: *Entendi.*
14. Ananda: *É o médico, né?*
15. Pesquisadora: *É verdade, como você analisa o atendimento aqui no posto, diante do que você precisa?*
16. Ananda: *Bom, aqui o atendimento é bom, a questão que eu acho, a dificuldade éé é sobre especialidades médicas, né, que aqui não tem, por exemplo, da primeira vez que eu vim fazer exames aqui, eu fiz exame de sangue que vieram coletar aqui no posto, não sei se ainda continuam coletando aqui, fazem a coleta aqui e vão embora, né, eu acho que era pra ter aqui... não sei se é por causa da distância de Pacatuba, porque tudo é resolvido lá, e eu tou achando distante, eu acho mais próximo ir em Maracanaú e procurar um atendimento lá do que aqui, porque-porque é muito, é muito ruim você precisar fazer exame de sangue aqui na hora, se você tiver com dengue, você num pode, porque não tem, num pode sair um resultado rápido, aí você sai daqui... e vai direto pra Maracanaú.*
17. Pesquisadora: *Ahhh... Ééé, você que as coisas aqui tão resolvidas?*
18. Ananda: *Em parte, né, como eu tou lhe dizendo, porque se você vier... tiver com um pro/ um problema pequeno, mas se tiver com um grande problema, com uma doença grave, mais séria, não é resolvido porque apenas o posto de saúde não tem a-é-é aquele aparato todo, né?*
19. Pesquisadora: *Ééé, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*



20. Ananda: *(Risos)* Ah, eu queria que, não só eu, até que eles próprios, profissionais de saúde, queria que o posto fosse mais equipado, né, tivesse condições de atender uma demanda tão grande como essa, é, eles atendessem lá no do Alferes... e eles queriam/ eu acho que/ eu acho que não só eu, acho que eles queriam ter um, uma, um meio de poder atender a toda a população em todos os casos, né, e tivessem também especialidades, como é o caso posto da Unidade Mista, que lá também tem ESPECIALISTAS, né, tem muita coisa lá que eles oferecem, ortopedia, éé, outros assuntos mais graves, eu acho que aqui também mereceria, né, por causa da população, que tudo que precisa, se for algo mais grave, tem que procurar o hospital de Maracanaú, devido à distância.

21. Pesquisadora: *É, há alguma coisa que você gostaria de comentar que eu não foi perguntada?*

22. Ananda: *Não, só realmente em relação, éé, porque aqui não é um mini-hospital, né, se fosse um mini-hospital, eu acho que... ia diminuir mais a quantidade de procura no outro hospital que pertence à área de Maracanaú, no hospital de Maracanaú, tudo que acontecesse de grave aqui, ou de acidentes graves de moto, carro ou mesmo de bala, né, pudesse vir pra cá se fosse mini-hospital, né, ia desafogar outros hospitais grandes, né, como é o hospital de Maracanaú, ou até fora, né, IJF, mas é um futuro, né, no futuro, né, isso aí são planos que o prefeito daqui pode incluir nesse posto.*

23. Pesquisadora: *Pois muito obrigada, viu, pela sua participação.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
Local: Pacatuba	Ator social: Usuária 4	Pseudônimo: Zenith

01. Pesquisadora: Oi, boa tarde, ééé, fale pra mim do atendimento que você recebe aqui do posto.
02. Zenith: *huum, precário, né, e agora mesmo o médico ia vim aí última hora, mandou uma mensagem pra enfermeira dizendo que não iria vim mais, aí como é o meu marido, ele trabalha, carteira assinada, já vai faltar ho/ faltou hoje, já vai faltar AMANHÃ de novo, né, prejudica bastante, né, porque, se ele não iria vim, ele poderia ter mandado um substituto, né, isso.*
03. Pesquisadora: *Ééé, ocê tem alguma dificuldade quanto às orientações dos profissionais? Dos auxiliares, do médico, da enfermeira?*
04. Zenith: *Às vezes sim, às vezes sim, por que eles passam medica/ medicação, às vezes é muitas, aí a gente confunde, depois quando chega em casa, não sabe qual é o horário, pra que serve aquele medicamento...*
05. Pesquisadora: *Ahhh, tá certo, como é a sua relação com os profissionais daqui que atendem você?*
06. Zenith: *As moça, as menina são super legal, o médico ainda, não me consultei com ele ainda, IRIA ser hoje, né, mas as menina, as enfermeira, as atendente tudo, comigo elas são legais.*
07. Pesquisadora: *Éé, qual dos profissionais é mais fácil de conversar?*
08. Zenith: *Pra mim aqui é a enfermeira.*
09. Pesquisadora: *ÁÁ, por quê?*
10. Zenith: *Sempre ela aqui passa, ela, ela consulta a gente direitinho, ela toca a gente, ela examina direitinho, passa a medicação direitinho, se ela não pode passar, ela ou ela só prescreve e manda o médico carimbar, ou ela leva pro médico prescrever e carimbar.*
11. Pesquisadora: *Qual deles é mais difícil de conversar? Se não tiver, também não tem/*
12. Zenith: *Tem não, tem não. Tinha um médico, mas ele já saiu, graças a Deus.*
13. Pesquisadora: *ÁÁá, como você analisa o atendimento aqui no posto, diante das suas necessidades?*
14. Zenith: *Como hoje, né, eu marco a consulta pra uma hora, pra gente aqui chegar uma hora, aí o médico vai chegar duas, duas e meia, três horas, não tem hora certa pra chegar. Aí eu, eu tou gestante, não vou poder passar a tarde TODINHA aqui sem me alimentar, com fome, num calor desse, né, aí tá difícil.*
15. Pesquisadora: *Você acha que as coisas aqui, na maioria das vezes, são resolvidas?*
16. Zenith: *NEM SEMPRE.*
17. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que seria mudado no atendimento?*
18. Zenith: *Assim, se o médico marcar hora pra gente, sabe, marcar pra gente vir uma hora, exatamente pro médico chegar aqui quinze pra uma, antes da hora do paciente chegar, já era pra ele tá no consultório dele, ajeitando as coisa dele pra começar o atendimento, não a gente ter que esperar, que a gente já tá doente, então tem que ser consultado logo, né.*
19. Pesquisadora: *Verdade, tem alguma dessas per/ que não foi feita aqui nessa pergunta que você gostaria de falar?*
20. Zenith: *Não que eu me lembro agora. [Risos]*

21. Pesquisadora: *Pois tá certo/*

22. Zenith: *Ah, tem sim [diga] tem uns exames que eles marca, pra gente fa/pra gente marcar ali na... na unidade mista/na unidade mista, não, na subprefeitura, que a gente chega lá, entrega o papel a ela aí DEPOIS é que ela vai ligar pra gente pra dizer o dia, aí nisso a gente fica, já tá com uns quatro mês que eu tenho um exame pra fazer e ainda não foi/ não foi/ não pôde ser mostrado pra enfermeira nem pro médico porque ainda não marcaram.*

23. Pesquisadora: *Ah, tá certo. Pois muito obrigada pela sua participação.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
Local: Pacatuba	Ator social: Usuária 5	Pseudônimo: Cibele

01. Pesquisadora: Bom dia.
02. Cibele: Bom dia.
03. Pesquisadora: É... Fale pra mim sobre o atendimento que a senhora recebe aqui no posto.
04. Cibele: Atendimento, como assim?
05. Pesquisadora: É uma aten/ como é o atendimento? É um atendimento bom, um atendimento muito bom?
06. Cibele: Tá sendo bom, porque se não for, eu digo logo, né, que eu não gosto nem um pouco de ficar calada, né.
07. Pesquisadora: Com certeza.
08. Cibele: Até agora... né, tá sendo bom.
09. Pesquisadora: Ééé, você tem alguma dificuldade pra entender as orientações dos médicos?
10. Cibele: U-um.
11. Pesquisadora: Nenhuma?
12. Cibele: U-um.
13. Pesquisadora: Éé, como é a sua relação com os profissionais aqui que atendem você? Auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos...
14. Cibele: Hum, boa, eles me atendem bem, eu... como engato amizade, assim, sou chegada a eles, né, tudim... [uhum] mas gostar-gostar de um (ininteligível)... sente falta, né, eu gosto de tudim.
15. Pesquisadora: Ééé, qual o profissional MAIS FÁCIL de conversar aqui, no posto? Mais fácil de você chegar, pedir alguma coisa...
16. Cibele: É um... é a/ aquela enfermeira, as mulher... tudim eu chego, falo, peço e assim... tendo a oportunidade delas de ajudar, ajudam, quando não tem.
17. Pesquisadora: Áá, ótimo, éé, tem algum que é mais difícil de falar?
18. Cibele: Não.
19. Pesquisadora: Não? Todos são fáceis de/
20. Cibele: É, [ótimo] falo com tudim.
21. Pesquisadora: Como você analisa o atendimento aqui no posto, se você desse uma nota de um a dez?
22. Cibele: Aqui no posto pra dar nota do povo.... das menina.
23. Pesquisadora: De todo mundo, de todo o atendimento, de todos os profissionais, qual é a-a nota que a senhora daria?
24. Cibele: Um nove.
25. Pesquisadora: Um nove? Ééé, a senhora acha que as coisas aqui são resolvidas? Todos os problemas que a senhora precisa?
26. Cibele: Alguns, né, porque... a gente precisa de/ uma comparação, né, fisioterapia, que não tem, né, que nem a mulher com quem eu tava falando ainda agora, o que é preciso, num tem, tá faltando

*tudo aqui, né, mas como eu tava até dizendo, que é bem que já tá já com um ano e pouco (ininteligível) fisioterapia, né, remédio é difícil, a gente também não tem remédio (ininteligível) tempo, né? Essas coisa assim tá sendo mais difícil, tem que esperar, se num tiver, tem que apelar pra- pras farmácia, né [áá, sim] então é isso.*

27. *Pesquisadora: Éé, se dependesse da senhora, o que seria mudado no atendimento aqui do posto?*

28. *Cibele: Não, que eu sou bem atendida.*

29. *Pesquisadora: Não mudaria nada?*

30. *Cibele: (ininteligível) O importante é a pessoa chegar cedo e pegar seu lugar, né, que a pessoa/ eu num vou tomar canto de ninguém, mas tem deles que toma, né, eu num vou tomar canto de ninguém, se eu tiver na minha razão, aí eu vou... fico no meu lugar, né, [tem mais algum/] eu chego, eu peço as merma coisa, resolvo as enfermeira, tudim.*

31. *Pesquisadora: Tem mais alguma coisa que [quando é pra fazer alguma coisa, elas faz. ãn?] eu não perguntei? Tem alguma coisa que eu não perguntei que a senhora gostaria de falar sobre o posto?*

32. *Cibele: Eu só queria melhoria, né, pra melhorar, tem as coisa também (ininteligível), né.*

33. *Pesquisadora: Ah, tá certo, pois muito obrigada pela sua participação.*

GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Atores sociais:</b> Usuário 1; Usuária 2; Usuária 3; Usuária 4; Usuária Neli (participou apenas do GF)	<b>Pseudônimos:</b> Rodrigo, Ananda, Dolores, Zenith, Neli

01. Pesquisadora: Boa tarde, ó a primeira pergunta é a seguinte, como vocês se sentem durante a consulta?

02. Marilda: Tem médico que deixa a gente bem à vontade, né, mas tem uns, né, que a gente num, né, a gente não tem um/ esse que saiu agora, a gente num abria nem a boca. (ininteligível) num olhava nem pra cara da gente [Neli: ainda era IGNORANTE] (ininteligível).

03. Neli: Eu vim pra antes de/antes dele, uma MÉDICA que tinha aqui [Marilda e Alzira: áááá, legal, ela], ela era muito boa, que foi ela que descobriu o problema do Vitor, que ele tá com adenoide. [Pesquisadora: áááá] MUITO BOA A ANTES do último que estava.

04. Marilda: Isso.

05. Neli: Atenciosa, simpática, [Marilda: Eu num fico a tarde com ele não] educada, mas o que tem agora, eu num sei, ainda não.

06. Marinês Eu acho que é as primeiras consulta dele, né?

07. Neli e Alzira: É, acho que é.

08. Pesquisadora: Primeira semana, né?

09. Neli: É, eu nunca vi esse...

10. Alzira: (ininteligível) entra médico bom, e tem uns que (ininteligível) esse mês, dia vinte e cinco eu vim pro pré-natal, aí, era cum médico, aí não teve, era com a enfermeira. Não tinha médico.

11. Pesquisadora: Ah, tá certo. O senhor, o que que o senhor acha? Concorda?

12. Rodrigo: [Risos] Se for o que eu tou pensando aqui, eu nuuuuum me sinto à vontade, não, porque num é a primeira semana, não, ele tá com mais de-de...desde o mês de-de março que num me sinto à vontade com ele não.

13. Pesquisadora: E vocês?

14. Alzira e Marinês: Também.

15. Pesquisadora: Nunca foram atendidas?

16. Marilda: Mas a enfermeira é ótima [Neli: Essa enfermeira daqui é legal, ótima]

17. Pesquisadora: Ááá, ééé, a segunda pergunta, como você fazem pra resolver os problemas de saúde? Vocês chegam aqui, como é?

(Nesse momento a gravação para e retorna somente depois de um tempo, no meio da fala da usuária)

18. Marilda: (...) no meio da fila, assinar pra tirar ela/ [Risos]É, ela ainda trata a gente, é menina, é, só, só vendo mermo.

19. Neli: E ainda tem essa questão, é, nunca tem prioridades aqui. Nunca tem. Porque, se uma criança tá com febre/ taí, EU VOU VOLTAR COM ELE. Disse que não, porque ele tá só com trinta e sete e meio, recebe não. Aí ele vai voltar pra casa pra mim trazer ele quatro horas da tarde. Nunca tem prioridade. E se ele é uma criança, e ele JÁ TEM problema de saúde, que ele tem adenoide. Aí eu

tenho que voltar com ele pra casa. Ou então eu tenho que ir pra PACATUBA, se nem transporte eu tenho e se os transporte daqui pra Pacatuba é escasso.

20. Alzira: O negócio aqui é 9h20, 10h

21. Marinês: E é só até cinco horas da tarde [Neli: E eu/ e eu não tenho transporte particular].

22. Neli: Os transporte PÚBLICO,ne? como Topic, daqui pra Pacatuba, é escasso. Às 17h, acaba também, e aí, como é que eu volto? Eu vou, aí eu não sou atendida logo. Quer dizer que 17h10, como é que eu volto da Pacatuba pra cá, a pé, se eu também não tenho condições financeiras de pagar um táxi, aí eu venho a pé da Pacatuba pra minha casa.

23. Pesquisadora: É verdade.

24. Marilda: Já é transporte, né, era pra ter sempre quando você precisar, né, OU eles entra em convênio com alguma (ininteligível)/

25. Neli: (ininteligível) e pode ser que questionem, assim, á, tem um carro da prefeitura que leva do posto, ELE SÓ LEVA, ele NÃO lhe traz de volta [Marilda: não espera] isso é verdade. ELE LEVA. O carro da PREFEITURA que é disponibilizado pra todos os postos, LEVA, mas a enfermeira, ou qualquer outro, diz logo, ele não lhe traz de volta.

26. Marilda: Ele lá, vai ter que vir de novo, aí eu peguei de novo e ele demora pra vir, se vir, né.

27. Pesquisadora: Alguma de vocês gostaria de falar mais alguma coisa?

28. Marilda: Faltando REMÉDIO (ininteligível) [Neli: é, falta de medicação].

29. Alzira: Minha senhora, minha mãe é hipertensa, né, minha mãe é hipertensa e ela só vem se consultar de três em três meses com um médico, mas nem todos os medicamentos as enfermeira pode passar. Aí ele só pode prescrever em uma receita parece só até trinta ou a sessenta medicamentos, NÃO DÁ pro mês todo, [Marilda: sessenta] Não dá pra três meses, aí isso eu acho errado, se não pode botar na receita, eles podia fazer pelo menos em duas receita, né, o mesmo medicamento que você ouviu, [Marilda: mas nem isso ele não pode].

30. Pesquisadora: É, por que não vai ser isso aí pra sempre, né?

31. Marilda: Por causa da data, por causa da data. E aqui também, os dela não dão. Só é a partir de TRINTA medicamentos que são liberados, né, TRINTA medicamentos, só.

32. Neli: E falta médico, falta medicação e não é pouco não. Uma senhora lá da rua que eu moro, ela também tem problema de pressão alta. Ela che/ chegou lá chorando, dizendo como é que ela ia fazer, se tinha vindo buscar medicação e não tinha, aí eu, pois a senhora, se acalma, senão a senhora passa mal é agora.

33. Marinês: É outra coisa, outra coisa.

34. Neli: Nã, minha filha, se for pra falar mal a gente vamo passar o resto da tarde aqui.

35. Pesquisadora: Mas pode falar tranquilamente.[risos]

36. Neli: Me pegou no dia mar atarefado que eu estou.

(Falas ininteligíveis)

37. Alzira: EXAME é horrível, pra a gente fazer um exame de sangue. Fiz um exame de sangue que NUNCA veio, [Neli: tá com quarenta/] tem UM ANO agora [Neli: Tá com uns cinco meses, acho que eu fiz pra marcar um exame para um médico pro meu marido, não foi marcado] DESTE TANTO aqui de sangue, ó, até AQUI.

38. Pesquisadora: Ó, ele vai ficar lá esperando o médico chegar.

39. Alzira: Nem vem não o exame.

40. Pesquisadora: A terceira pergunta, é a seguinte, como vocês enten/ vocês entendem as receitas dos médicos?

41. Marilda: NÃO.

42. Todas: NÃO.

43. Pesquisadora: Por quê?

44. Marilda: Só de alguns médico dá pra entender, né, da de algum médico, doutor André dá pra entender.

45. Alzira: É MUITO DIFÍCIL ter um médico que-que escreve legível. MUITO DIFÍCIL.

46. Pesquisadora: Mas eles explicam?

47. Marilda: Explicam.

48. Neli: Esse doutor aí, não. Mas o Dr. [Nome do médico] que eu tou acostumada, tou me sentindo bem à vontade com ele mermo.

49. Marilda: só que é tanto medicamento que não dá pra se lembrar, quando chega em casa, de todos, né? Como é o caso da minha mãe. Ela recebe MUITO, mas MUITO MESMO. Aí eu acho até melhor assim: prescrever a receita, né? Aí ou atrás ou atrás ou em outro papelzinho que a pessoa fique com ele, que tem a data, tem a hora, a dosagem, tudo direitinho do medica/cada medicamento. E aí [ininteligível] cheio de remédios, “pra que que serve isso daqui mesmo?”. A gente não sabe pra que que serve, que NÃO SE LEMBRA, né?

(Falas simultâneas ininteligíveis)

50. Pesquisadora: Tem alguma dessas perguntas, fora as perguntas que eu fiz, que vocês gostariam de falar mais alguma coisa?

51. Marilda: EU GOSTARIA. Sobre o que você escutou ali na sala, a enfermeira falando. Eu gostaria de REALMENTE ter uma CERTEZA de que tudo que ela falou é verdade. Se realmente, num POSTO de saúde, não pode ter especialidade. Eu quero saber. Isso eu quero saber. Porque se a unidade mista é um posto, LÁ TEM pediatra, lá em ginecologista, lá tem clínico... Por que que aqui, que também é um posto, não pode ter? (fala simultânea ininteligível) Aí eu obrigo a consulta do meu filho de dez anos pra um clínico. Aí eu, no meu caso, eu NÃO FAÇO prevenção com enfermeira. Eu nunca fiz e confio em Deus que eu nunca hei de que/nunca hei de fazer. É nada contra ELA, pessoa, ela, não. ELA NÃO- ELA NÃO estudou pra isso. Ela é ENFERMEIRA, ela não é MÉDICA. Então eu não faço. E eu sou conhecedora. OLHA, EU LEIO MUITO. Eu leio muito, eu pesquiso muito. É meio difícil alguém me enganar. Por isso que eu tou te perguntando. Eu quero ficar SABENDO, ter a CERTEZA, se o que ela falou é verdade. Se, REALMENTE, um POSTO DE SAÚDE não pode ter especialidade. Que ela disse ali na sala que posto de saúde não pode ter pediatra, não pode ter ginecologista, o especialista daquela área não pode ter. Ele tem que ter... O posto de saúde, ele é qualificado só com o clínico, a enfermeira e as ajudantes, que são as agente de saúde e as técnica. Foi o que ela falou. [Pois é, até também...] E ela quis se sobrepor, dizer que... E a unidade mista não é um posto? Ela disse que não. “A unidade mista, o nome já tá dizendo, que ele misto. Não é um posto comum, ela disse”. Então porque que aqui tinha FISIOTERAPEUTA? Que aqui tinha, que eu mesma fiz. Eu caí, desloquei O MEU BRAÇO e fiz fisioterapia aqui naquela sala. E por que que tinha e agora não tem mais?”.

52. Alzira: Não tem mais nada. ATÉ ENFERMEIRO...

53. Marinês: Agora tu vai precisar de ir pro ortopedista.

54. Alzira: Eu tenho que ir pro otorrino primeiro. Eu já tou fazendo... [Marinês: aqui não tem otorrino?] Não. Eu tou fazendo... O acompanhamento dele com o otorrino, tá lá no Maracanaú. Aqui



a médica só descobriu o problema dele e eu fui pro Maracanaú. Aí LÁ, já tou com otorrino, a gente tá só esperando o dia pra fazer os exames pra marcar cirurgia dele.

55. Neli: Quando se precisa de um médico. Vamos medicar a criança, aí a gente vai pra marcar, aí passa dois, três, quatro, cinco meses talvez.

56. Marilda: E é porque a médica dele era boa. A que tava, não sei se era... Era aquela cubana, né? Era ótima. Olha, eu sempre vinha com ele aqui. Ele gripa com facilidade. Os médicos só diziam “garganta inflamada, garganta inflamada, garganta inflamada”. Quando eu vim pra ela UMA ÚNICA VEZ, quando ele abriu a boca: “mãezinha, eu vou lhe encaminhar pro otorrino porque o seu bebê está com adenoide”. Aí eu “a senhora pode me explicar?”. Aí ela explicou a doença (todinha)... Ela foi maravilhosa. Nos mínimos detalhes, ela me explicou a doença. Não precisou ela demorar muito não, mas ela explicou. Aí ela pegou e encaminhou ele pro otorrino. Do encaminhamento DAQUI, eu dei um jeito de transferir o encaminhamento pro Maracanaú e eu consegui a consulta e ISSO TUDO EM MENOS DE UM MÊS. Já consultei e agora, final do/estouran/dia 17, se eu não me engano... Não, dia 19, que é segunda-feira, é o exame dele. Tá marcado os exames dele. Pra saber como é que tá e se realmente é preciso ele fazer a retirada das amígdalas. Maracanaú em menos de um mês. MARACANAÚ! AQUI, a menina disse que nem ter otorrino tem.

57. Alzira: TEM, NÃO.

58. Marilda: Lá na subprefeitura, quando eu fui lá atrás de marcar...

59. Alzira: Você vai operar onde?

60. Marilda: Não sei. (Falas simultâneas ininteligíveis) É, aí é só depois da consulta. Não sei se é no Albert Sabin. A maioria dos casos é no Albert Sabin. Eu já fiz acompanhamento lá, no Albert Sabin.

61. Marinês: Eu já fui lá com o meu menino, quando ele era bebezinho, o acompanhamento da pediatra deu coração crescido. Ele só tinha três meses de nascido. Aí Jesus curou ele. Foi Jesus que curou ele. Aqui, ó. Dez anos.

62. Pesquisadora: O que vocês apontariam como as coisas POSITIVAS do posto?

63. Marilda: Assim, eu vou dizer de MIM, né? As meninas, as auxiliar; a Dandara, a Melissa da vacina, a própria Débora, a moça da farmácia/SEMPRE me receberam bem! [Marinês: Também.] Eu não tenho o que dizer delas.

64. Alzira: Eu num tenho essa sorte, assim, não [risos]

65. Marilda: Eu, assim, eu não tenho o que dizer delas, sinceramente. Agora dessa enfermeira eu já tenho...muito grosseira, pra não dizer outra coisa. Eu num sou de xingar, não. Sou logo de avançar no pescoço, mesmo. [risos]

(Falas simultâneas ininteligíveis)

66. Pesquisadora: Querem falar mais alguma coisa?

67. Todas: Não. Não.

68. Pesquisadora: Muito obrigada pela participação de vocês.

69. Marilda: Se você tiver como, né, e der pra dar o retorno da minha pergunta, eu lhe agradeço.

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Médico	<b>Pseudônimo:</b> Jaime

01. Pesquisadora: Na sua experiência, comente sobre o atendimento do Programa Saúde da Família.

02. Dr. Jaime: Rebeca, oo/ eu acho o Programa Saúde da Família até como um programa, ééé, na verdade, assim, é uma disciplina, uma disciplina médica... é, eu acho que tá dando uma grande dificuldade, ee, com relação aos atendimentos, assim, seguindo o que realmente a essência do programa, eu acho que... acho que é muito vago, assim, com relação ao que se pretende com o programa em termos deee tanto de prevenção como consta, e como, de qualquer forma, é-é de remediar o paciente que já tem certas patologias, ééé eu só não sei, assim, se é aplicado na-na prática como deveria ser, como, realmente, uma-uma ferramenta né de-de-de promoção de saúde... mas eu-eu pela minha experiência, estou há nove anos no PSF... assim, eu-eu tenho visto... assim, a gente atingiu o que, por exemplo, na residência de uma certa família, eu fiz residência em medicina de família também, eee a gente aprende que a gente tem que, pelo menos, tentar resolver oitenta por cento dos problemas dos pacientes e, acima de tudo, parece até redundante para isso, mais uma vez, a questão da prevenção, da promoção de saúde, então, esta tua pergunta, com relação à experiência e sobre o atendimento, eu acho que é um problema vago que (ininteligível).

03. Pesquisadora: Ótimo, éé, comente sobre as especificidades clínico-preventivas em relação às demandas do Programa Saúde da Família.

04. Dr. Jaime: Bom, assim, o Programa Saúde da Família, ele éé, até como o nome diz, né, que hoje, na verdade, é até falado como estratégia, né, estratégia de saúde da família, não é só um programa, ele tem, assim, ele contempla, né, algumas patologias, que são prioridades, né, na de saúde pública, como a hipertensão, a tuberculose, a teníase, o pré-natal, a coleta, né da prevenção ao câncer de colo de útero. Então, assim, entra também, de certa forma, das DST's. Então, assim, eu também sou dermatologista, então assim, a gente... a gente tem que priorizar para o público essa questão da hanseníase, das DST's. Então, assim, mas levando em consideração a estratégia de saúde da família, ãã, a gente acaba até sendo um pouco mais clínico, bem que hoje é com esse tipo de prevenção com relação à população só vir mais quando a gente tá doente do que quando ainda não está, né, então, assim, mas, de qualquer forma, a gente acaba sendo preventivo porque, por mais que a gente pegue um paciente, por exemplo, hipertenso, diabético, né, que já TEM uma certa patologia, mas a gente previne um AVC lá na frente, né, então a gente previne um infarto ali do miocárdio. Assim, por mais que a gente esteja no momento, se a gente olhar, se a gente não preveniu a hipertensão, se a gente não preveniu o diabetes, mas a gente tá prevenindo é, sequelas maiores. Então, assim, mais uma vez, eu acho que, voltando à questão número um, anterior, é bem vago. Então, eu acho que ele CUMPRE o papel de ser clínico-preventivo.

05. Pesquisadora: Entrevistadora: Éé, comente sobre sua relação com os usuários.

06. Dr. Jaime: Normalmente, é muito bom. As minhas relações, assim, com todos os pacientes são muito boas, certo, eu acho que eu tou há tanto tempo no PSF, né, porque eu sempre tive um relacionamento muito bom com os pacientes e eu saio satisfeito, na maioria, das vezes quando eu consigo, assim eu vejo que eu consigo éé... ter essa relação BOA com os pacientes, fazer com que eles entendam a doença, que eles entendam o tratamento da doença, né, e fora aquilo que eu te falei, né, dos oitenta por cento que a gente tem que atingir. oitenta por cento de todas as patologias clínicas, ééé então, assim, a gente acaba não sendo somente ééé o que o programa fala. Por exemplo, quando a gente tá no nosso atendimento de demanda livre, a gente pega pacientes nefropatas, outras patologias, assim, então a gente acaba, realmente, sendo bem abrangente. Então, ééé normalmente, assim, minhas relações com os pacientes são muito boas.

(alguém entra na sala e entrega algo ao médico)

07. Pesquisadora: Comente sobre casos específicos relacionados ao retorno dos usuários. Pacientes específicos.

08. Dr. Jaime: Na verdade, assim, nós... assim, já é um hábito, acho que não só nosso, aqui, da nossa equipe, que nós trabalhamos como uma equipe, né, mas é sempre tem como a gente já deixar reagendado o retorno do paciente e ele já sai daqui sabendo que vai ter um dia que pra voltar, né, já fica sabendo a data da volta, do retorno. E que assim, como nós orientamos que a gente acaba tratando várias doenças crônicas, como hipertensão, que não tem cura, o diabetes, que não tem cura, né, é... até mesmo as curáveis, como a tuberculose, a hanseníase, que a gente tem um tratamento mais LONGO, né, seis meses a um ano, as gestantes, né, então, a gente sempre deixa os retornos agendados e os pacientes, eles-eles cumprem, né, assim, então eu acho que, em termos de-de-de relacionamento com os pacientes, com relação aos retornos, é eu acho tranquilo, eu acho bem, eu acho bom.

09. Entrevistadora: Que bom, ãã, se dependesse do senhor, o que deveria ser mudado no atendimento?

10. Dr. Jaime: Eu acho/ assim no atendimento em si... é eu acho que nada, porque não muda, é uma consulta médica NORMAL. Tanto faz se é aqui ou num posto de saúde como numa clínica particular, eu acho que a consulta é a mesma, né, então assim, em termos de atendimento em si, não tem que ser mudado. Eu acho que talvez o que deveria ser mudado/ que eu acho que seria essa a tua pergunta/ daqui a duas próximas perguntas, seria com relação a essa obrigatoriedade de NÚMEROS, né, então assim de você, às vezes, ficar um pouquinho preso a TANTOS pacientes que têm que ser atendidos, né, então, se eu tiver atendendo menos, estou abaixo da minha meta, se eu tiver atendendo mais, tá tranquilo, mas, de qualquer forma, afetaria um pouco a qualidade. Eu acho que o atendimento tem que ser um atendimento de QUALIDADE, independente do que SEJA, ou de QUEM SEJA ou onde se/ onde estejamos. Assim, então eu acho que uma das coisas que teriam que ser mudado seria com relação a-a essa questão de-de obrigatoriedade QUANTITATIVA ééé então assim, eee já que a gente tem essa (ininteligível) com relação ao entendimento dos usuários, né, assim... o que nós falamos, o que os usuários, né, falam/ conhecem do PSF, seria essa questão de-de muitas vezes achar que tudo para eles sã/ é urgência. Então uma das coisas que nós fazemos/ assim no-no atendimento, no PSF, é a questão do acolhimento do paciente, que é uma coisa que nós tentamos fazer. Então, assim, o paciente vai chegar aqui na no-no posto, ele vai ser acolhido, ele vai ter a queixa dele ouvida, mas não necessariamente ele vai ter a consulta médica ou consulta do enfermeiro NAQUELA HORA, é, porque assim, é como às vezes costuma chegar um paciente que é a minha receita da medicação SE VENCEU. E aí nós, como falei, nós temos muitas vezes, a gente tá com o nosso número, a agenda tá cheia, porque a gente tem aquele quantitativo que se coloca, então quando eu chego aqui, é se você pegar hoje, a gente tá aqui, ainda é o período da manhã, mas a minha agenda da tarde já tá lotada, então assim, já tá fechada o número de pacientes pra eu-pra eu atender, então esses que vão sendo atendidos/ até chegar urgências mesmo, eu vou ter que atender além do-do número. Então, assim, éé, acho que seria essa questão da comunicação, realmente, no entendimento, o que é urgência para o paciente, o que é urgência para nós da Unidade de Saúde, né, para nós profissionais de saúde, porque éé ele acha que a receita dele venceu, e, assim, o que nós teríamos que mudar no usuário é a questão de, se eu tou vendo que a minha receitinha, com o-os meus medicamentos, vai, daqui a uma semana, não ter mais medicação, eu tenho que ir no posto, uma semana antes se ele perdeu a consulta, porque a gente deixa, né, como eu falei, a gente deixa reagendado. Então, você veio hoje, você pegou sua medicação, então a gente deixa teu retorno pra daqui a dois meses, né, então, assim, você perdeu a consulta e vai acabar a medicação, você tem que vir antes de acabar a medicação, que aquilo não seria uma urgência, ou você marcaria sua consulta antes, entraria nas vagas que nós temos, que a gente deixa um quantitativo também em aberto pra essas coisas, então, assim, eu acho que deveria ser mudado mais a questão do entendimento das pessoas do que é urgência, o que não é urgência, eee acho que é até costume do brasileiro, né, a gente só vai depois que acaba.

11. Pesquisadora: *É verdade, comente sobre o atendimento domiciliar.*

12. Dr. Jaime: *olha, Rebeca, eu acho assim, no atendimento domiciliar, é como eu te disse, eu poderia te dar duas opiniões uma que eu acho excelente, que é quando a gente pega aquele paciente né idoso, muitas vezes acamado, que tem dificuldades de vir até a unidade de saúde, aquele paciente, né, que tem problema mental, que também é difícil de vir na unidade de saúde, ééé, então, assim os pacientes que tão na cirurgia ou qualquer outro motivo, que naquele momento está impedido de vir na unidade de saúde, e nós AQUI, médicos, enfermeiras/ a gente vai até o domicílio do paciente e a gente presta atendimento, né de saúde, né no-no domicílio, eu acho, assim, louvável, assim, eu acho que é uma das-dos pontos maiores do nosso projeto. Por outro lado, o que às vezes complica, é que, assim, quando a gente chega pra visitar um paciente acamado, também já tem questão de atendimento dos outros familiares, que acham que o médico estar na casa do paciente, ele vai ter agora que receber TODOS OS OUTROS, tipo assim, a cuidadora também é hipertensa, então o senhor não pode aproveitar e já me ver, né, então já tem isso. E, ALÉM DISSO, eu acho que (ininteligível) porque, assim, quando o paciente vem pra unidade de saúde, é, já tem toda uma infraestrutura pra um atendimento, pra um exame, tá entendendo, então, assim, é-é muitas vezes a gente chega na casa do paciente, ele não tem uma cama, tá na rede. A gente precisa examinar o abdômen, mas não vai ficar numa posição tão adequada pra examinar, né, então não tem acesso/ a privacidade que você teria num consultório. Assim, tem os lados bons e os lados que dificultam. Mas eu acho que, no geral, o atendimento domiciliar é válido éé válido, sabe assim, muito bom mesmo, essa questão.*

13. Pesquisadora: *Bom, o que acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza no atendimento?*

14. Dr. Jaime: *Olha Rebeca, como eu te falei, eu acho que, de certa forma, eu acho que já deixei a entender um pouquinho com relação a esse quantitativo. A gente-a gente vê que nós teremos de atender uns dezesseis pacientes, só que nunca são somente dezesseis pacientes. Então ééé durante esse tempo que eu tou no PSF, a gente já tentou fazer de várias formas. Se a gente marcava menos e deixava vagas pra-pra... pra quem chegasse; se a gente deixa já completo, se não deixa, porque depois que deixar completo, o número de pacientes, que são os dezesseis pacientes, vai chegar uma hora, então, assim, na verdade, é uma coisa muito dinâmica. Então assim, não tem como a gente é-é prevê se HOJE, se vai ter mais pacientes ou vai ter menos paciente, MAS éé eu acho que tem que ter, a gente sempre tem que quantificar. Na nossa vida, tudo é quantificado pra que as coisas funcionem, tem que ter uma quantificação. Mas, eu não acho que deveria ser tão estática, né, como eu tou te falando, teria que ser uma coisa dinâmica, tá, eu não deveria ser, tipo, visto como o médico que não tá atendendo os dezesseis e sim, olhando pro que realmente o nosso programa precisa, que é a prevenção e a promoção. Então, assim, é muito mais válido atender DEZ pacientes, MUITO BEM atendidos, esses dez pacientes sejam, né assim, consigam entender a questão da prevenção, da promoção, que ELES também já façam parte da DIVULGAÇÃO, né, dessa-dessa questão (ininteligível) [do programa] do programa, que, quando eu falo de dieta pra um paciente que é hipertenso, eu digo pra ele que tem que diminuir o sal, e eu consigo na consulta fazer com que ele entenda que, se ele diminuir o sal, ele vai melhorar a hipertensão, ou até de repente até chegar a diminuir a medicação ou até mesmo ficar sem medicação se ele diminuir o sal, e aí, a partir desse entendimento, NA FAMÍLIA, ele já chegar na família dele e conseguir falar com os filhos, né, ou, por exemplo, se a esposa falar pro esposo, com o marido ou vice-versa, então assim, a gente estaria, de certa forma, indiretamente transmitindo, que é uma das coisas que a gente faz no PSF, não só no PSF mas em toda consulta médica, é educação em saúde, que a educação em saúde ela é uma disciplina da grade do currículo médico. Então, assim, é você conseguir passar pro paciente que ele/ a doença que ele tem, que ele entenda os mecanismos, né, que ele PODE é-é fazer mão de-de melhorar sua qualidade de vida, SAÚDE, né, então, éé voltando pra quantidade, eu acho que, de qualquer forma, tem que ter, então, os quinze minutos, né, cada paciente longe de paciente, é um número de pacientes, de certa forma BOM, mas eu acho que a gente poderia não ser tão estático nisso ou até mesmo diminuir a quantidade de pacientes pra que a gente tivesse uma qualidade, né, tipo assim é MELHOR, mas a gente lógico assim, como médico e como a gente trabalha em cima dessa nossa*

realidade, então, mesmo sabendo que tem um número de pacientes mínimo pra ser atendido, a gente trabalha em cima desse mínimo, a gente trabalha fazendo a melhor qualidade possível no atendimento do paciente. Como eu te falei, com relação aqui no item 3, quando tu falou da relação com os usuários. Então, assim, é-é eu acho que essa relação é boa, porque, mesmo com essa quantidade de pacientes, né, com esse número que a gente tem, a gente tenta fazer uma qualidade boa e aí o nosso retorno é esse, é a gente vê que o paciente, ele-ele sai SATISFEITO, né então acho que tudo acaba sendo vinculado, né, tipo assim, uma-uma coisa está ligada à outra.

15. Pesquisadora: Se dependesse do senhor, o que deveria ser mudado no Programa de Saúde da Família?

16. Dr. Jaime: Rebeca... eu acho assim, uma das coisas que eu acho que deveria ser mudada é a questão da educação... dos pacientes, que eu acho que o seu trabalho já é uma das... a tua conclusão, não-não sei, mas eu acho que talvez o RETORNO, né, que vai dar pra-pra nossa sociedade com o seu trabalho, seria justamente essa questão da-do diálogo, do-do conhecimento, né, por parte tanto dos/profissionais quanto dos-dos-dos usuários. Eu acho que isso, assim, se mudasse essa questão de como eu vejo o Programa de Saúde da Família e como o usuário vê o Programa da famí/ de Saúde da Família, eu acho o que TEM, talvez seja um pouquinho de divergência nisso. Então, assim, muitas vezes o que eu ACHO que eu devo dar pro meu paciente o que será que ele quer receber de nós profissionais, né, então, assim, se nós falássemos a mesma língua, se nós entendêssemos né, o que realmente o que é o SUS, o que é o PSF, o que é/ o que são as unidades de-de emergência, urgência, né, então assim, eu acho que a gente estaria já... teria um-um-um melhoraria muito com relação ao atendimento, né, a gente falaria a mesma língua. Mas, assim, com relação ao programa... lógico, eu não sou um-um estudioso, assim, no Programa de Saúde da Família como existe vários teóricos, então, mas (ininteligível) mas, na minha opinião, como profissional do dia-a-dia, eu acho que seria mais essa questão de ser um pouquinho mais maleável, ser um pouquinho mais dinâmico, diminuir essa questão das burocracias, de mmmuitos papéis pra gente preencher. Apesar de que, também, de certa forma, eu acho que tem que/que tem que ter dados, né, e sem os dados a gente não faz, sem os resultados, sem os dados, você não faz sua pesquisa. Mas eu acho que poderia, tipo, ao invés do MÉDICO ter que fazer, a ENFERMEIRA ter que fazer, ter algum profissional A MAIS inserido na equipe pra que ele pudesse ficar sempre coletando esses dados e juntando esses dados, né, tudo bem ser, por exemplo, você que tá fazendo mestrado nessa área, você poderia ser uma das pessoas que ficasse na unidade de saúde, pra colher os dados pra poder né é-é quantificar e dar-dar um resultado. Acaba sobrecarregando a gente, né, a gente tem-tem que fazer atividades né administrativas e, ao mesmo tempo, atividades clínicas... né mas eu acho que, no mais, o Programa, assim, de Saúde da Família, ele é... assim, tem que ser evoluído. A nossa sociedade evolui, nossa dinâmica evolui, nossos anseios e desejos evoluem, então, assim, o programa teria que mudar talvez com a nossa evolução. Mas o que eu, pelo menos, entradamente, posso dizer... Acho que o programa já dá pra suprir o que... [ a que ele se propõe, né] se propõe.

17. Pesquisadora: Pois muito bem. Áá, mais alguma coisa, que não esteja aqui nas perguntas, que o senhor gostaria de comentar algo a mais sobre o programa?

18. Dr. Jaime: Acho que você foi bem abrangente.

19. Pesquisadora: Pois tá certo, muito obrigada pela participação.

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Dentista	<b>Pseudônimo:</b> Luciana

01. Pesquisadora: Na sua experiência, comente sobre o atendimento no Programa de Saúde da Família.

02. Dent. Luciana: Ééé, a gente atende pacientes aqui da comunidade do Alferes e pacientes do São Siro, também, e aí a gente atende por ordem de chegada e agendada. Aí a gente agenda com prioridade gestantes, hipertensos e os diabéticos, e a gente atende em média uns QUINZE pacientes por dia.

03. Pesquisadora: Comente sobre as suas/ Comente sobre as especificidades clínico-preventivas em relação às demandas do Programa de Saúde da Família.

04. Dent. Luciana: Bom, o que a gente faz mais é aplicação de flúor, aíí, limpeza. Só a atenção básica. Aí éé restauração, exodontia... eee só, e avaliação/ se o paciente precisar de alguma coisa pra atenção secundária, a gente pode encaminhar pro CEO. Aí a gente faz esse tipo de avaliação e encaminhamento, de acordo com a necessidade do paciente.

05. Pesquisadora: Comente sobre sua relação com os usuários.

06. Dent. Luciana: NÃO, eu tive que aprender muito, né, eu comecei se-se desde que eu me formei que eu trabalho no PSF e, quando/ no começo, eu não entendia muito bem. Assim, o que eles queriam. Então, é tudo questão de-de experiência, né, eu fo/ hoje em dia, me dou super bem com eles. Eles me respeitam, nunca tive nenhum problema, graças a Deus, eu sei que um dia vai chegar a/que eu vou chegar a ter, mas é muito tranquilo, eles me respeitam... num tenho problema, não.

07. Pesquisadora: Comente sobre casos específicos relacionados ao retorno dos usuários.

08. Dent. Luciana: Como assim?

09. P(a)2: Se eles retornam muito, ou se eles só vêm quando é urgência, emergência.

10. Dent. Luciana: Á, não, eles vêm, eles procuram sempre fazer o tratamento todo, mas eles procuram mais quando tão sentindo dor, aí, às vezes, quando a dor para, aí eles não vêm, aí quando volta de novo, já tá bem mais grave. Aí eu sempre procuro conversar preles ficarem vindo sempre pra prevenir, né, ao em vez de só quando já tiver muito grave, mas é difícil mudar a cabeça deles, porque eles acham que só devem vir/até porque eles têm medo, né, de dentista, [risos] aí, eles só vêm mesmo quando tá...quando tão cum dor, alguma coisa assim.

11. Pesquisadora: Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?

12. Dent. Luciana: Í, muitas coisas, eu acho que não deveria ser por ordem de chegada. Deveria ser todo mundo marcado, entendeu, todo mundo agendado, já com as datas pra terminar todo o tratamento, pra não ficar dependendo deles de voltar, já tem uma data certinha pra voltar, de acordo com quantas vezes ele precisa voltar pra terminar o tratamento, entendeu, aí... NUNCA deixaria faltar nenhum tipo de material, se dependesse de mim, aqui, porque para muito, porque quebra alguma coisa, falta outra, aí para muito e no mais é isso... e aumentaria a quantidade de instrumentais, porque tem poucos aqui...e não dá pra atender muita gente, não. Tem um LIMITE de pessoas pra atender.

13. Pesquisadora: Comente sobre, ééé as visitas domiciliares.

14. Dent. Luciana: NÃO. O DENTISTA NÃO FAZ. O dentista só sai do posto praa escola. Que é educação e saúde. Aí a gente faz orientação de escovação, é, aplicação de flúor. Só nas escolas eeee faz éé PALESTRAS, distribui escova, só ação coletiva na escola, mesmo, mas visita domiciliar a gente nunca faz, só aqui no posto, mesmo.

15. Pesquisadora: *O que acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza no atendimento?*

16. Dent. Luciana: *E-eu acho que depende do-do que o posto oferece, entendeu, o meu posto oferece uma quantidade que eu só posso/ não tenho como passar daquilo, então...eu acho pouco, MAS, num pode fazer nada.*

17. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no Programa de Saúde da Família?*

18. Dent. Luciana: *NÃO, eu acho o programa ótimo, não tenho nada pra mudar, não, é muito/ eu acho super legal, num tenho... eu acho super organizado, e tudo... mas tenho nada pra mudar, não. Pelo menos na minha área, não, eu acho bem, dá pra você encaminhar BEM. Funciona, assim. Num tenho nenhum problema, não. A não ser que falte, né, material (risos) mas no-no de funcionar mesmo, funciona direitinho o fluxo de pacientes.*

19. Pesquisadora: *Obrigada.*

20. Dent. Luciana: *De nada [só isso] Só isso?*

21. Pesquisadora: *Você quer acrescentar alguma coisa a mais?*

22. Dent. Luciana: *NÃO (risos) Eu acho que é isso, mesmo. Aqui do posto, num tenho muito o que falar, não. É basicamente isso.*

23. Pesquisadora: *Brigada.*

24. Dent. Luciana: *De nada*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Enfermeira	<b>Pseudônimo:</b> Lola

01. Pesquisadora: Bom dia, éé, na sua experiência, comente sobre o atendimento do Programa Saúde da Família.

02. Enf. Lola: Bom, o atendimento quando se diz respeito ao usuário, né, são programas é dado pelo ministério/preconizado pelo Ministério da Saúde, que são programas, né, de assistência, atendimento e prevenção, né, nesse caso, o Programa Saúde da Família, além de ser um ponto de apoio, né, pra localidade, ele também PRECONIZA principalmente a questão das prevenções, né, das doenças pré-existentes, já que já são em comum hoje na nossa sociedade, que é a diabetes, hipertensão, né, as gestantes, né, que estão mais próximas à comunidade, que iniciam o pré-natal aqui com a gente, depois é encaminhada pro alto risco, a puericultura também, que é o acompanhamento das crianças de 0 até 2 anos de idade, onde todo o programa vai dar assistência àquela criança, mensalmente, com exames, com avaliações, né, com o desenvolver das crianças, né, como é que ela vai desenvolver esse percurso tudim, acompanhamento das vacinas em dias, e também aquela questão que o Ministério, ele gosta muito de passar, que são aquelas outras doenças de prevenção, que neste caso seria o sistema de imunização, né, onde nos programa existem as campanha de vacinação onde ela vai prevenir, o-o nosso mais recente caso agora foi, que até o Ministério tá de parabéns por isso, foi a questão do HPV, né, que foi feito um estudo, avaliação, e nesse estudo se percebeu que o número de adolescentes que contraíram HPV aumentou muito e, conseqüentemente, isso, por conta do HPV, o índice também de câncer de colo de útero aumentou bastante, também não falei, ainda questionei a questão da prevenção do colo do útero, né, que nós também trabalhamos questão, fazendo exame preventivo, ou seja, é um/ são programas que você está mais próximo da comunidade, então você CONSEGUE dar uma assistência, existe também um relacionamento muito grande e BOM de proximidade entre o profissional e entre a comunidade, né, que acaba todo mundo se CONHECENDO, que a gente fala já pelo NOME, já apresenta uma certa intimidade, é realmente um programa, quando ele é levado a sério e ele conta com o apoio DE TODOS, ele é um programa bastante eficiente e positivo.

03. Pesquisadora: Comente sobre as especificidades clínico-preventivas em relação às demandas do Programa Saúde da Família.

04. Enf. Lola: Como eu te relatei anteriormente, é a questão das doenças preventivas, né, o exame de prevenção, onde a gente faz o-o a coleta do material, né, do canal vaginal, os exames da mama também, o exame do toque, não só a gente re/ a gente faz o exame, mas a gente também orienta para que a paciente, ela faça os exames em casa, que é o exame do toque da mama, da tireoide, pra ver se não aparece nenhum nódulo, na região linfática e eu peço muito pra que elas PASSEM a conhecer o corpo delas, que elas OLHEM no espelho, se auto-analisem, vejam como é que elas estão... e qualquer sinal de diferença, que só ela é conhecedora do próprio corpo, ela procurar/ as vezes até uma manchinha de pele alterada já serve como um foco, olhe, isso aqui não tinha, mas agora apareceu e isso começa a-a chegar mais próximo do diagnóstico com o médico, quando tem que encaminhar, e são os outros programas que eu te falei, a questão dos diabetes, onde a gente tem o controle da avaliação, doença e massa corpórea, do peso dos pacientes, a pressão, a medicação, se tá tomando sendo regular, os exames que a gente solicita, né, periodicamente de acompanhamento de colesterol, de glicemia, e a questão da puericultura, né, como eu já te falei também, tem também o programa do fumante, né, que está se iniciando também, que é onde vamos acompanhar esses pacientes que são fumantes, que são tabagistas, que existe uma questão da medicação que vai ser introduzida. Das doenças preventivas também, nós temos os programas de hanseníase e tuberculose, queira ou que não queira, a gente sabe que o número de infectados por HIV aumentou, e o HIV, também, conseqüentemente é um provável TB, né, e ele teve um convívio familiar, então acabam que se proliferando dessa doença, da tuberculose, e dentre outras programas os demais também, às vezes a gente é psicóloga, às vezes a gente é assistente social, às vezes eu pego muito adolescente aqui que



tá com problema em casa, com relacionamento com o namorado e não quer que a mãe saiba, aí vem, conversa com a gente. É MUITO BOM. Tem o programa, também, da escola, né, é-é... Programa de Saúde na Escola, onde a gente faz a verificação do peso das crianças, o acompanhamento das vacinas, se tão tudo OK, como é que tá a questão da alimentação dessas crianças. É MUITO trabalho, mas também é muito/ é bastante abrangente, mas é muito gratificante.

05. Pesquisadora: Muito bem, comente sobre sua relação com os usuários.

06. Enf. Lola: Como eu te falei também, existe essa questão da INTERAÇÃO, da familiaridade, às vezes não quer conversar, vem, às vezes, doutora, hoje eu não tou bem, briguei com o marido, eu vim conversar, por aí, às vezes a gente se trata não só como psicó/ como enfermeiro/ como profissional, né, a gente vai pouco A MAIS, resolve questão FAMILIAR, BRIGA DE VIZINHO. [risos] ai, passei mal porque o vizinho brigou, pois vamos conversar com vizinho pra ver o que que tá havendo, o que é que tá havendo entre vocês, na hora que você passar mal, ele tenha um carro, na hora que você/ que ele passar mal, você tem um aparelho de pressão e você ajuda. E assim vai interagindo. Então, assim, é uma interação muito grande porque o que eles buscam, às vezes, não é SÓ o medicamento, não é SÓ a consulta. Às vezes, é até mesmo uma orientação.

07. Pesquisadora: Se dependesse da você, o que deveria ser mudado no atendimento?

08. Enf. Lola: Olha, assim, eu primo/quando eu vim trabalhar no-no município de Pacatuba, eu conversando com a secretária de saúde, Dra. Carla, que eu sei que o municí/que a maioria dos programas veem muito a questão da quantidade, né, a quantidade de atendimento, de bater metas... mas assim, a minha experiência de Programa de Saúde da Família, ela é pouca, mas a questão de atendimento imunizado, ela se torna maior. Eu já fui presidente de ONG, eu já participei de vários grupos, né, é de pacientes portadores de síndrome de Down, fui Doutor da Alegria, no Albert Sabin, então, isso MEXE um pouco/ e a gente também o lado de MÃE, né, acaba mexendo também um pouco com a gente, esse lado nosso de mulher mais sensível. Então, assim, eu gosto muito da qualidade do atendimento, sabe, eu acho que o que se tem que buscar/o que nos limita, nós enfermeiros, é aquela questão dos nossos regimentos, né, nós não somos prescritores, nós somos TRANSCRITORES, a gente só TRANSCREVE o que o médico passa. E isso acaba nos limitando, porque a diferença às vezes de faculdade e SÓ UM ANO, né, gente sabe que não engloba tudo porque tem coisas que realmente nós TERÍAMOS, né, que nos aprofundar mais no nosso conhecimento, na nossa carreira acadêmica. Mas isso NÃO quer dizer que a-a o-o-o ministério não nos fornecesse uma qualificação melhor, né, pra nós enfermeiros que trabalhamos na-na-na atenção básica, porque, queira ou que não queira, é mais barato você tratar um paciente na atenção primária do que na atenção terciária. Um paciente hipertenso, diabético, ele pode vim ter outras complicações, futuramente, um paciente desses que não fez tratamento, não foi acompanhado, ele pode acarretar uma doença, uma sequela TÃO GRANDE, e chegar a necessitar até de uma UTI. Então, a gente sabe que os gastos são BEM maiores, né, e já existe a questão da Farmácia Popular, então TUDO hoje, na atenção primária, se torna mais barato e mais fácil que na atenção secundária e terciária.

09. Pesquisadora: Falando sobre essa atenção primária, comente sobre o atendimento domiciliar.

10. Enf. Lola: Enf (a): Bom, o atendimento domiciliar é muito engraçado, né? [risos] Você ri, você entra numa CASA, você participa dos problemas, doutora, tá tudo bagunçado, mas vou já ajeitar, então, assim, é aí você vai atender um paciente, às vezes ACAMADO, um paciente ESPECIAL, que não consegue se locomover, paciente pós-operatório... E na hora que você chega, chega TODO MUNDO, você vai pra consultar um paciente, você acaba consultando DEZ, né, ai, doutora, mas porque eu tou sem tempo, vamos aproveitar que esse menino aqui tá com NUM SEI quanto tempo, né, eles são pobre, que não toma o remediozinho pra verme. A senhora pode me passar um remediozinho pra verme, aí vai e passa. Aí quando você, que você TÁ TERMINANDO, diz doutora, dá pra passar logo também um paracetamolzinho não [risos] um remediozinho pra dor de cabeça, que eu tou me sentindo TÃO MAL, e aí a minha vizinha TAMBÉM, ela sentiu umas coisas que não foi muito bom, aí, doutora, eu arranjei um comprimidozinho do meu e acabou acabando o meu. A senhora poderia fazer

uma nova receita pro meu, que o meu já tá acabando, então assim, é eu GOSTO do atendimento domiciliar, mas assim, em vez de você focar um paciente a história, você acaba pegando até a família. Aí quando chega o carro, aí eles diz fulaninha, grita na janela, grita na sala, o doutor chegou, tá aqui, tu num disse que tá precisando duma receita, menina, aí você ri que não é brincadeira. Se torna cansativo e ATÉ CÔMICO, mas, assim, a gente tem que saber moderar as coisas também e TAMBÉM DISCIPLINAR os pacientes. Porque, se você deixar, eles se prolongam, pede logo tudo que é remédio, coisa até que NÃO TEM, eles aproveitam a situação.

11. Pesquisadora: Eu acho que inclusive entra na próxima, o que acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza no atendimento?

12. Enf. Lola: É como eu já te falei, a questão da qualidade, né, inda existe um número da desproporcionalidade entre o número de profissionais e de atendimentos da população, né, porque, assim, ele preconiza um valor e a gente sabe que pra um bom atendimento de qualidade e pra um acompanhamento e pra que a gente faça todos os programas que são diabetes, hipertensão, pré-natal, prevenção/ demanda livre, fumante, tabagistas, hanse e TB, a questão da imunização, éé, são poucos os dias da semana e ao mesmo tempo muito pra pouco tempo que nós acabamos tendo, né, pra poder atingir todas as metas. Não só a questão de atingir as metas, é como eu disse, eu acho que pra qualidade, teria que esquecer a questão de metas e ver a questão da qualidade, da humanização e uma PADRONIZAÇÃO correta. E, nesse caso, também poderia se ostentar a questão do aumento de-de-de-de equipes, de estratégias no Programa de Saúde da Família, que pra nós/ ao nosso ver hoje, profissionais que primam pela qualidade, ela é insuficiente.

13. Pesquisadora: Além disso, se dependesse de você, o que seria mudado no PSF?

14. Enf. Lola: O aumento. O aumento dos profissionais, né, éé um pouco mais de estrutura, às vezes a gente depende muito de carro, a questão dos exames também, ééé, nem todos os municípios são assim, mas às vezes a prevenção passa 40, 60 dias pra receber o exame, a paciente, oos exames também de sangue, às vezes, demora um pouco. E tem certas coisas que a gente precisa com a necessidade de imediato. Eu tenho uma paciente gestante que tá com algumas alterações, eu preciso solicitar exames mais específicos como eu tenho uma paciente de diabetes, que eu preciso ter um resultado de imediato para poder tomar uma situação, porque às vezes isso acontece num feriado, como vem agora, eu tenho uma paciente, uma gestante que ela tá com quatro meses, mas ela é diabetes 2, gestacional, descompensada. E a gente já fica preocupada, poxa, como é que a gente vai fazer esse prolongamento todinho desse feriado, esses dias todinho, com essa paciente, né, então, assim, a-a estrutura é boa, os profissionais são excelentes, são compromissados. O que precisa é uma avaliação do Ministério da Saúde para que se aumente o número de profissionais, façam uma REDISTRIBUIÇÃO disso e que faça com que o atendimento de cada programa haja uma melhora.

15. Pesquisadora: Então, é só isso. Você gostaria de comentar algo mais?

16. Enf. Lola: Não, acho que essa entrevista de vocês, esse-essa pesquisa, ela é VÁLIDA, né, vocês estão todos de parabéns. Mas que ela realmente SIRVA, certo, para que esses dados sejam analisados não só a área da educação, mas também na área da saúde. E NÃO SÓ a saúde seja vista, ah, o ponto é esse, mas com a educação, a gente precisa realmente ééé mostrar para os nossos usuários éé a proximidade, a humanização... às vezes, até mesmo é-é o diálogo entre profissional e o-o [usuário] usuário seja mais simples, mais bem-entendido, né, que, às vezes, não são questionadas certas éé linguagens, algumas palavras deles são diferentes dos médicos; a questão, às vezes, das prescrições, também, a letra não é tão legível. Então que seja isso avaliado de uma certa forma e que cada acentozinho, cada virgulazinha que seja pronunciada nessas entrevistas sejam avaliadas e que sejam pontuadas, né, pra melhoria da qualidade na educação, na saúde e na assistência social.

17. Pesquisadora: Tá ok, então muito obrigada [obrigada, tão de parabéns]pela sua participação.

18. Enf. Lola: Boa sorte.

19. Pesquisadora: Obrigada.

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Técnica de enfermagem	<b>Pseudônimo:</b> Dandara

01. Pesquisadora: Dandara, na sua experiência...é...como é que você acha que é o atendimento do Programa de Saúde da Família, aqui?

02. TEnf. Dandara: No meu posto, onde eu trabalho?

03. Pesquisadora: Sim.

04. TEnf. Dandara: Bom. O atendimento, aqui, EU ACHO ÓTIMO, porque devido aos outros lugares que você vê, assim, Fortaleza, né, aqui o paciente vem pela manhã, sete horas, pega a ficha e É ATENDIDO e você vê a dificuldade nos outros lugares, que é mais difícil do que aqui. Aqui tem prevenção, tem consulta agendada, pré-natal. Toda semana tem um dia/ os cronograma, né, tem atendimento normal... às vezes fa/ o médico vem... como teve uma troca de médico agora, doutor Bruno/ ele tava só provisório, mas agora tem um médico PSF, vai se tornar melhor, porque quando é o médico do PSF, aí eles começam a conhecer os prontuários dos pacientes, aí começa a conhecer os pacientes. Aí assim...se torna BEM MELHOR do que quando vem assim um/fica na troca de médico...e até pra gente mesmo, né?

05. Pesquisadora: O médico que tava antes, ele não era fixo aqui?

06. TEnf. Dandara: Não. Porque, assim, esse ano já saiu muito médico do município porque alguns passaram pra residência, aí tiveram que ficar no lugar de origem, no caso, Fortaleza, né, pra estudar... eee ficou um médico, acho que foi, mais ou menos dois meses, COBRINDO. Só pra não ficar sem médico, mas esse que tá agora, que é o José Pereira, ele é...agora a emergência médica do PSF vai se tornar melhor. Tantos pros pacientes, quanto pra gente, que é aquela coisa que não falta, né?que todo dia vai ter médico que atenda os cronograma bem direitin.

07. Pesquisadora: E sobre as especificidades clínico-preventivas, né, quais são as demandas do Programa de saúde da Família? Como são essas/

08. TEnf. Dandara: As preventivas, têm a prevenção, né, tem... deixa eu ver o que tem mais... assim, porque é atenção primária, né, aqui já é atenção primária, então exatamente pra não ir pra secundária, né, e quando é preciso, o médico encaminha quais as especialidades. No caso, o município, ele dispõe de várias especialidades. Tem proctologista, a gente tem ginecologista, tem ortopedista e OUTRAS MAIS.

09. Pesquisadora: E aqui no posto, quais são as-as especificidades que vocês...?

10. TEnf. Dandara: Pronto, como essa é atenção de saúde básica, né, é..tem o clínico-geral, no caso e tem as prevenções, que são/prá prevenção, né, que você quer saber, tem...as especialidades, né, que temos aqui.

11. Pesquisadora: Sim.

12. TEnf. Dandara: Tem a sala de imunização, tem a sala do ambulatório, tem a sala da-da-da enfermeira que ela tem a puericultura, que é a atenção à criança, né, acompanhamento... e ela faz prevenção, ela faz pré-natal, ela atende os hipertensos, os diabéticos e eu acho que aqui/ não porque eu só trabalho aqui, mas o atendimento aqui é muito bom toda semana, toda semana tem, tem o dia do pré-natal, tem o dia da prevenção, tem o dia da criança, tem o dia dos hipertensos e diabéticos, tem o dia de fazer o teste do pezinho, ela tem o dia da visita dela.

13. Pesquisadora: Bom, e a tua relação com os usuários, né, com os pacientes que frequentam, como é que é?

14. TEnf. Dandara: *Á, eu adoro trabalhar nessa área, porque, assim, além da gente trabalhar aqui, a gente conhece o pessoal da comunidade. Então, assim, é muito próximo, entendeu, quando falta, a gente já sabe que aquela pessoa faz tempo que não vem no médico e a gente/ porque, assim, além de eu trabalhar aqui, eu moro na comunidade/ então assim, a área que eu escolhi, eu gosto de fazer. É o que eu gosto.*

15. Pesquisadora: *E os casos específicos relacionados ao retorno desses usuários aqui no posto de saúde?*

16. TEnf. Dandara: *Pronto, no caso, né, agora a gente, oo caso do retorno... é o retorno da gestante, o retorno de que do-do pré-natal/ da gestante, que é a mesma coisa do pré-natal e a dos hipertensos, que os hipertensos é assim, eles vêm pra consulta, né, aí, o médico passa medicação pra trinta dias, porque, às vezes, quando você tá com dois dias/ com dois meses, às vezes eles não têm tanta frequência, á, com dois meses eu não vou ver a pressão e a glicemia, né, aí, assim, a gente/ o médico atende, né, aí com trinta dias eles retornam, quando sai daqui, já passa no SAMI, a Cléa que trabalha no SAMI, ela já marca a consulta, então, quando eles saem daqui, eles já sabem o dia do retorno deles.*

17. Pesquisadora: *E, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

18. TEnf. Dandara: *Assim, né, porque hoje em dia nós temos MUITOS hipertensos. É assim é hipertenso, diabético... todo dia aparece um diferente. Ó é assim, no caso MAIS pessoas pra atender. Se paciente, no caso, é atendido vinte pacientes/ vinte, não, é atendido duas vezes na semana, dez. Fora as consulta, que às vezes falta medicação, eles vêm na consulta normal. Quer dizer, a demanda de hipertenso e diabético é DEMAIS, e a cada dia, devido à obesidade, má alimentação, né, tá vindo MUITO MAIS GENTE hipertenso e diabético.*

19. Pesquisadora: *O que você acha dessa quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza no atendimento?*

20. TEnf. Dandara: *É porque, assim, quando o Ministério preconiza, devido/ é por área, né, certo, cada unida/ unidade básica de saúde tem sua quantidade "x" de atendimento/*

*(chega alguém e pede informações à técnica de enfermagem)*

21. TEnf. Dandara: *Aí, assim, ó, cada unidade básica de saúde, no caso, tem uma quantidade "x" de atendimento. Se for o caso, se aqui ultrapassar de/ acho que de 1200, acho que já tem que ter duas equipes. Como as outras unidades, aqui na unidade de saúde Nossa Senhora da Assunção, não são duas equipes, mas segundo o Ministério, aqui já tem que ter outra equipe, porque a demanda de paciente, ela é grande, ó, além de ter atendimento de manhã e de tarde, tem o terceiro turno a tarde, por isso que no terceiro turno TODO DIA TEM GENTE.*

22. Pesquisadora: *E sobre o atendimento domiciliar, você pode comentar?*

23. TEnf. Dandara: *Posso. O atendimento domiciliar, geralmente são aqueles pacientes que não dá/ que não anda, que não deambula, né, que ele não anda, aí, assim, a gente atende por semana. Então, assim, por mês tem uma quantidade "x", tem mês de a gente atender 40, 50 pacientes. Porque, assim, geralmente pra a gente fazer uma boa consulta, precisa, vamos supor seis consultas, de 08hs às 11hs, né, e, às vezes, a gente até ultrapassa esse horário, porque a demanda é grande. Às vezes tem paciente grave, que toma remédio controlado receita azul e as outras coisas.*

24. Pesquisadora: *Você tem, assim, dias específicos pra cada/*

25. TEnf. Dandara: *Tem, as consultas domiciliares são às terças-feiras, o médico faz as terças-feiras dele e a/ geralmente a enfermeira faz/ assim quando vê que o paciente tá precisando, ela vai, entendeu.*

26. Pesquisadora: *Entendi. Ok, e se dependesse de você, o que deveria ser mudado no Programa de Saúde da Família?*

27. TEnf. Dandara: *Assim, se a gente for falar de mudança, tem muita coisa ainda pra melhorar, né.*

28. Pesquisadora: *Sim.*

29. TEnf. Dandara: *Mas assim porque, assim, no caso, pra atender a demanda que tá muito, seria o quê, duas equipes, dois médicos, duas enfermeiras, né, porque hoje, o médico não veio, porque tá doente. porque também é um ser humano, né, mas hoje de manhã, ISSO AQUI TAVA LOTADO, a pessoa vem de manhã, né, são dezesseis fichas, né, e tem dia de ele atender não sei quantas emergências, se fosse, assim, dois médicos, seria bem melhor, né, porque, assim, dezesseis fichas ainda fica gente pra vir no plantão e o plantão é lotado, tem dia que é lotado, é todo tempo chegando gente passando mal, ééé a demanda é grande.*

30. Pesquisadora: *Então, mais alguma coisa que você [mais profissional pra trabalhar, né] mudaria, nesse programa de saúde da família?*

31. TEnf. Dandara: *Como assim?*

32. Pesquisadora: *Além do que já foi dito, tem mais alguma coisa que você acha que deveria mudar?*

33. TEnf. Dandara: *Falar de saúde pública é muito difícil, né, porque eu-eu sempre tô conversando com os pacientes, que sala/ falar de saúde é muito difícil, porque é assim uma coisa tão... como é que se diz, á, o município, às vezes não dá condição de trabalhar, porque A DEMANDA É GRANDE, se você vê aqui/ tem o Nossa Senhora da Assunção, tem dezoito unidades de saúde, se você for lá ver, todo dia é lotado e não é só aqui, falta uma coisa, falta outra, não é só aqui, não é só nesse aqui, é geral, né, porque se você for ver, ele deveria investir mais na saúde, na atenção primária, porque quando eles investem na atenção primária, lá, na terciária, né, num num...por exemplo, um hospital, se eles investissem mais na educação básica da saúde, lá no hospital grande não era superlotado, que nem hoje, se botasse mais especialidade também no município, né, que já são várias, mas precisa de outros, que não tem, lá no hospital grande, com certeza, não tava lotado como hoje, entendeu, eu acho que deveria investir MAIS assim na saúde. Dar mais condições de trabalho.*

34. Pesquisadora: *Ok. Era isso, muito obrigada, tá, pela sua participação.*

35. TEnf. Dandara: *Brigada, também.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Ator social:</b> Técnica de Enfermagem	<b>Pseudônimo:</b> Melissa

01. Pesquisadora: Na sua experiência, como é que você acha que é o atendimento do Programa de Saúde da Família, ao longo desses anos de trabalho?

02. TEnf. Melissa: Bom, o Programa de Saúde da Família é bom, mas deveria ser melhor. Na minha opinião, o posto de saúde era pra ter dois médicos, um pra fazer a demanda geral e outro pra cuidar realmente SÓ do Programa de Saúde da Família.

03. Pesquisadora: Mais alguma coisa?

04. TEnf. Melissa: Isso aí que eu já falei mesmo. Eu acho que o programa era pra ter um médico só pro programa, pra dar toda a atenção básica ao Programa da Saúde da Família, pra que ele tivesse mais tempo pra dar assistência À FAMÍLIA que tá em casa, no caso, as pessoas acamadas, né, e isso tem que cumprir a agenda do posto. O dia do atendimento geral e o dia de ir pra visita, QUE SÓ É UM DIA NA SEMANA. Eu acho pouco.

05. Pesquisadora: E com relação às especificidades clínico-preventivas é das demandas do Programa de Saúde da Família? Que que você tem a dizer?

06. TEnf. Melissa: Muito bom, é tranquilo, é por isso que eu digo, o Programa de Saúde da Família é bom, só que os profissionais ficam sobrecarregados com a demanda do posto de/ deixa a desejar no programa.

07. Pesquisadora: E quais são essas especificidades clínico-preventivas que estão sendo desenvolvidas aqui?

08. TEnf. Melissa: Pela na nossa unidade, nós temos, assim.. a gente trabalha com o hipertenso, mas não só o hipertenso, mas a pessoa que tem a predisposição, né, que são as consultas anuais, com aqueles exames que pede de rotina pra saber como é que tá o colesterol, como é que tá a questão da diabetes... isso tudo é trabalhado, também tem a questão da prevenção e questão da mulher, né, temos a prevenção, temos o planejamento familiar, que também faz parte do programa, temos os pré-natais que é acompanhado tanto pelo médico, quanto pela enfermeira e-e toda a equipe, no caso, temos todos eles que trabalham.

09. Pesquisadora: E a sua relação com os usuários, com os pacientes que frequentam o posto de saúde? Como é?

10. TEnf. Melissa: Na minha opinião, é boa, porque assim, como eu moro na comunidade e trabalho na comunidade, e graças a Deus não tenho inimigos (risos) então, pra mim, é muito tranquilo, assim, quando as pessoas chegam, sempre me procuram, procuram ver se eu estou ou não, porque eu trabalho esse tempo todo aqui na comunidade NESSE POSTO, então, já passei por todos os setores, agora, no momento, o meu setor é imunização, eu já tô aqui a dez anos só na imunização, mas isso num me limita, não, eu trabalho em todos os setores entrego medicação, vou no laboratório, faço um curativo, se for preciso fazer trabalhos fora na área, também, até porque essa época agora de campanha a gente trabalha na área com a vacina do idoso, né, são as vacinas domiciliares e também as vacinas na escola, acompanhando também nas visitas do PSE, são os programas nas creches, escolas... também a questão da imunização da criança, pra ver como é que tá o desenvolvimento, né, pesar, medir e ver a imunização.

11. Pesquisadora: Ok, eee sobre os-os casos específicos relacionados ao retorno dos usuários, aqui na unidade?

12. TEnf. Melissa: *É tranquilo. Assim, no caso da imunização, nós temos os retornos que são agendados na nossa ficha-controle, no caso, os que são agendados são o quê, são pré-natais, que as consultas, né, de rotina ee no caso do hipertenso e do diabético, que também são agendadas, todo hipertenso, quando sai daqui, já sai com o seu retorno marcado, já tranquilo, e no caso, é marcado pro médico, no dia que o médico não vem, assim no caso do hipertenso e do diabético, então a enfermeira já dá esse atendimento.*

*(chega alguém na sala e fala com a enfermeira)*

13. Pesquisadora: *E, se dependesse da senhora, o que deveria ser mudado no atendimento?*

14. TEnf. Melissa: *Na minha opinião, o que falta pra que o atendimento fique melhor... sim, na minha opinião, pra melhorar, o que precisamos mais é de funcionários, porque, assim, termina uma pessoa tendo que esperar mais tempo porque não temos funcionários suficientes pra que cada um cuide do seu setor, então termina um se desdobrando, eu sou da vacina mas, se no momento, eu não tenho ninguém, eu vou pro ambulatório, nesse momento que eu vou, chega alguém pra cá e essa pessoa vai esperar, essa pessoa fica impaciente, às vezes acha que o trabalho não presta, acha que não deve esperar, vai embora e vem em outro horário e nesse negócio causa o que, a pessoa não fica contente com o atendimento, mas não é porque aqui não tem, é porque tem pouco funcionário e o pouco que tem, tem que cobrir toda a área.*

15. Pesquisadora: *E você pode comentar sobre o atendimento domiciliar, como é que é feito?*

16. TEnf. Melissa: *Aqui, no nosso caso, o atendimento domiciliar, ele é assim... eu acho um trabalho muito bom porque, no caso, o acamado, a pessoa que não pode vir na unidade, ou pós-parto ou pós-cirúrgico, ou seja, que for-que for a agente de saúde vem, solicita a visita e vai a equipe, vai o médico, vai a auxiliar de enfermagem e no caso do... vai a enfermeira com a auxiliar de enfermagem e lá é feita a visita e se for preciso alguma outra coisa, tipo vir pra cá aqui para o posto ou encaminhado pro hospital, é direcionado.*

17. Pesquisadora: *E o que acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza no atendimento?*

18. TEnf. Melissa: *Como assim?*

19. Pesquisadora: *A quantidade que eles preconizam. O que que você acha da quantidade?*

20. TEnf. Melissa: *É o que eu digo, aqui, no nosso caso, pelo PSF, no caso do Programa de Saúde da Família, o médico teria que atender dezesseis pacientes manhã e dezesseis tarde, só que isso não acontece, por quê, porque a demanda é grande, termina aqui... tem que dar as dezesseis fichas e MAIS todas as urgências que vêm. Termina sobrecarregando o profissional, tanto o médico e o enfermeiro, quanto nós do nível médio.*

21. Pesquisadora: *E se dependesse da senhora, o que deveria ser mudado no Programa de Saúde da Família?*

22. TEnf. Melissa: *No caso, seria, o que... no/na nossa comunidade, apesar de não ser tão grande, mas pra que realmente acontecesse o programa, com qualidade, seriam duas equipes. uma pra cuidar da unidade, que são essas-essas coisas corriqueira, né, é alguém que tem febre, alguém que tem dor, alguém que vem procurar um tratamento pra verme e a OUTRA EQUIPE pra cuidar do programa, que seria o quê, oo tratamento do idoso, né, dar um atendimento melhor, dar um atendimento melhor ao adolescente, que precisa, não só porque/ assim, no fato de estar doente, mas precisa que o adolescente tenha um melhor acompanhamento éé, digamos, também nas prevenções, tem que ver, né, são as temáticas, no caso da dengue e das viroses e tudo mais, se tiver sua equipe pra cuidar só dos programas e a outra pra ficar na unidade, seria o ideal.*

23. Pesquisadora: *Ok, mais alguma coisa que você queira colocar?*

24. TEnf. Melissa: *Não, e, aqui pra nós, o que precisaria era de condições de trabalho, por exemplo, o médico tem uma sala mais equipada pra que pudesse trabalhar melhor, a enfermeira tivesse uma sala mais equipada, que o laboratório fosse melhor equipado e que a imunização fosse numa sala também melhor, porque a gente trabalha, realmente, com o que tem, mas condições de trabalho, pra que a gente tenha uma boa qualidade, nós não temos, falta qualidade de trabalho justamente por isso, o corpo da unidade ser melhor e ter mais funcionários, é a minha opinião.*

25. Pesquisadora: *Ok, eram essas as nossas perguntas. Muito obrigada pela sua participação, ok?*

26. TEnf. Melissa: *Eu que agradeço.*



GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
DADOS		
<b>Local:</b> Pacatuba	<b>Atores sociais:</b> Técnicas de Enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde	<b>Pseudônimos:</b> Dandara, Melissa e Gabriela

01. Pesquisadora: *Quais são as soluções possíveis para os problemas de infraestrutura no PSF? Quem gostaria de começar?*

02. TEnf. Dandara: *Vai. Vai.*

03. TEnf. Melissa: *Ah, eu? Tá bom. Qual é a pergunta, hein?*

04. Pesquisadora: *Quais são os problemas/as soluções possíveis para os problemas de infraestrutura no PSF?*

05. TEnf. Melissa: *Bom, na minha opinião, é que deveria era DEMOLIR ESSE POSTO e fazer um novo. Um posto adequado que desse condições de trabalho para o profissional. Que cobram muito qualidade de trabalho e não dão condições de serviço. Eis a questão, só isso.*

06. ACS Gabriela: *É, realmente tem tudo a ver mermo, porque até porque, assim, ééé, a gente que, no caso eu, que sou agente de saúde, a gente sente também a questão quando o usuário chega na unidade de saúde, pela questão do próprio espaço, por mais que tenha, mas, assim, aqui à tarde pelo menos tem um lado que fica no sol, né, e isso aí atrapalha muito, né.*

07. TEnf. Melissa: *Todos os lado é no sol.*

08. ACS Gabriela: *E outra coisa também é questão de sala de reuniões, que... não existe uma sala porque a maioria dos postos é pra ter uma sala de reunião com o agente de saúde. Não só com o agente de saúde, mas, assim, com os outros profissionais, né, e infelizmente esse aqui não tem, a gente, ó, você vê que a gente tá na sala da enfermeira. A gente poderia ter um espaço, porque aqui tem espaço suficiente para ser construído, então concordo plenamente com a Melissa quando cê/ ela diz que deveria demolir o prédio, mesmo pra ser feito de novo.*

09. TEnf Melissa: *(ininteligível) aqui, tem condição, não. Tá todo rachado, todo quebrado [TEnf. Dandara: e já passou por uma reforma já] por exemplo, hoje, ó, como seria adequado uma sala de imunização, de que forma seria, NO MÍNIMO, teria que ser climatizado. Não existe isso, tem nem ventilador. Ventilador do teto lá só espalha poeira. Não tem armário fechado, não tem nada, a gente trabalha só fazendo mágica.*

10. TEnf. Dandara: *FARMÁCIA TAMBÉM. Muito quente, não tem UM ventilador. Dando medicações lá...*

11. TEnf. Melissa: *Resumindo, só tem ar-condicionado no nível superior, né, SÓ. Nível médio, assim, ambulatório, farmácia, vacina, não tem.*

12. ACS Gabriela: *Se vira nos trinta na vida real.*

13. TEnf. Melissa: *É, é. Você vai você vai pro procedimento o suor pingando. [Risos]*

14. ACS Gabriela: *E até e até, assim, eu acho que uma falta de... questão da higiene, porque tu tá fazendo um curativo, e tu tá pingando suor e cair, ou você faz o curativo ou você limpa seu suor.*

15. TEnf. Dandara: *E também tem mais. Eles não veem a condição de nós, profissionais. Não dão condição pra que a gente desempenhe um bom trabalho. Em seguida, logicamente, o usuário não vai ter um bom atendimento. Ele também vai ficar num lugar quente, empoeirado. Ele também corre o risco de receber... um material que não esteja adequadamente dentro daquela climatização que deveria ter. E por aí vai MUITA COISA, tá entendendo, é o começo de tudo, é derrubar e fazer um novo. E nos dar uma condição de trabalho pra poder exigir, né.*

16. Pesquisadora: Há mais alguma coisa que vocês gostariam de falar?

17. TEnf. Dandara: Era tudo isso mesmo, né, foi tudo, tudo que tava faltando... Já foi citado tudo que nós falamos, tudo, tudo.

18. Pesquisadora: Muito bem.

19. TEnf. Dandara:(ininteligível) tá acontecendo mesmo. E nem... Só tem... Tem nem previsão de quando termina [risos], quando acaba este sofrimento.

20. TEnf. Melissa: Ultimamente, agora, (ininteligível) num é só o prédio não. Pra se trabalhar aqui? A demanda É GRANDE, tem pouco hos/ ééé profissionais de saúde...E POUCO equipamento de trabalho. Tem um termômetro, quebrou, não tem outro. Tem um termômetro, quebrou, não tem outro. E mais: agora, se quebrar, a gente tem que pagar. Dá pra trabalhar?

21. TEnf. Dandara: Cê trabalhar e pagar, né?

22. TEnf. Melissa: E outra: eu ouvi no jornal agora, a unidade que funcionar sem termômetro, sem estepe, sem termômetro, vão ser penalizados, mas nós somos obrigadas a trabalhar faltando material. E qual é o atendimento que nós vamos dar PRO POVO? Chega pra mim, eu digo, sinto muito, vou ver só seu peso. A senhora vai pro médico, o médico vai consultar o paciente sem saber se a pressão dele tá... boa, se tá alta, se a glicemia dele tá boa ou não. Aí depois vão cobrar DE QUEM? De nós, nível médio. O médico vai dizer, eu não fiz um bom atendimento porque não foi feito sinais vitais, e como é que a gente vai fazer?

23. ACS Gabriela: Isso aí, você tem toda a razão. Eu passei por isso. Lembra do dia daquela visita lá, que eu liguei, á, se você for reclamar, dizendo que EU não tinha ido avisar a visita, eu disse assim, olha, eu tenho experiência. Porque aqui carro quebra, então EU chegar pra você avisar que vai ter uma visita, pra mim é comunicado, no outro dia o médico não vem, se ele tem enxaqueca, ele não vem trabalhar. Diferente da gente, né, aí é complicado.

24. Pesquisadora: Annn... Vocês acreditam que há assimetrias no diálogo de profissionais da saúde e os usuários? Se há, como poderia melhorar essas assimetrias?

25. TEnf. Melissa: No meu caso, eu acho a comunicação entre profissional de saúde e comunidade, ÓTIMA. Agora profissional de saúde E Secretaria de Saúde, NENHUMA. Não tem retorno. A comunidade cobra de nós, nós cobramos da secretaria. A secretaria não dá o retorno e a gente tem que dar resposta ao usuário que, provavelmente, vai ser negativa. Não tem, não tem e não tem. A gente fica no meio. A comunidade quer, eles é, dá trabalho e eles quer meta cumprida. Mas aí nós fica bem aqui, nem podendo cumprir meta, nem temos com o quê e a comunidade pedindo. E aí, nós faz o quê? Mas nós e a comunidade é tranquilo, porque pra dizer não pra gente É SÓ O FILÉ. [Risos] Só o filé. Tem problema nenhum.

26. Pesquisadora: Muito bem, algo mais?

27. TEnf. Melissa: Diga Gabriela, eu num falo é mais é nada.

28. ACS Gabriela: Não, eu vejo assim, sabe, é... Assim, a Melissa deu a opinião da visão dela. Já eu tenho uma visão totalmente diferente...

(Entra a enfermeira na sala e as profissionais de saúde agem descontraídas e depois sai)

29. ACS Gabriela: Sim, é... Vejo assim, ó, porque... como o agente de saúde ali, tá todo dia ali na casa das pessoas, existe profissionais e profissionais. É como ela falou. É, você saber dar um não, é, tem também esse detalhe, porque as pessoa chega na unidade de saúde já bem fragilizada, e, quando chega aqui, ele é mal recebido, isso aí influencia muito também, porque, assim, nós agente de saúde, a gente tenta resgatar o paciente pra trazer pra unidade de saúde. Mas, assim, NÃO SÃO TODOS OS PROFISSIONAIS, mas existe profissionais, não só aqui como em vários locais, quando chega, ele não é bem recebido, ele já vem fragilizado e quando recebe um não, o paciente sai pior, porque você TEM

*QUE SABER dar um 'não', como ela colocou. Dar um não, você sabendo, é, é... Se comunicar com a... com o usuário, é diferente. Mas tem pessoas que tem ficha hoje, tem médico?, TEM NÃO, não sei o quê, e dá as costas e sai. Isso aí também conta muito no atendimento, né, porque, INFELIZMENTE, é, aqui na Pacatuba, eu vejo, eu já trabalho aqui há muito tempo, e eu vejo que não existe essa questão de, é, trabalhar, fazer... É porque a maioria dos profissionais, desde o vigia até o auxiliar de serviço, teria que ter um curso de Recursos Humanos. Se tiveram, a maioria não tá, é, é, exercitando mesmo essa questão de saber lidar com os paciente. ESSA É A MINHA VISÃO.*

30. TEnf. Melissa: *Ou seja, você quer dizer que o médico nunca teve um... uma aula de Recursos Humano?*

31. ACS Gabriela: *Não, o médico, ele pode até ter tido, como, numa visita agora recente, que ela estava comigo, nós fomos visitar um-um paciente, quando chegamos lá, o paciente/a menina tinha esquecido a chave... NÃO, trouxe a chave errada. A outra visita seria na-no-no-acho que umas seis casas depois, néra, Dandara, ele simplesmente disse assim, não, pois não vou mais fazer essa visita, eu ve/vou marcar pra próxima semana. Eu disse pra ele, eu disse, olha, doutor, é o seguinte: se eu pedi a visita dessa paciente, é porque ela tá necessitando. E não custa nada, o senhor vai na outra casa e volta em seguida. Não, não volto mais não, não sei o quê, não sei o quê. Aí quando ela ligou e eu falei Dandara, o paciente não quer mais. Por quê, PORQUE SE CHATEOU, e disse que vai reclamar na Secretaria. Aí o celular dela não tava prestando, tava no viva-voz e ele ouviu. Ele foi totalmente antiético. Quando eu fui esperar ele na outra casa, na visita, tava eu, ela, a Dandara e ele. Ele chegou logo chamando minha atenção. Eu também não perdi tempo, eu peguei e disse assim, olha, doutor, sim, eu vou reclamar na secretaria também. Ela pode reclamar, mas eu vou reclamar, porque o agente de saúde, eu disse, olha, eu trabalho há muito tempo como agente de saúde e eu SEI quai/ quais são a-as/ como é que se diz... as condições de eu chegar e tá fazendo uma visita. Porque existe os pró e os contra. Quando o carro quebra, o médico não vem, e quem fica depois, é, é, chateada, com cobrança é o agente de saúde, (ininteligível) que eu tava no trabalho.*

32. TEnf. Dandara: *Isso é verdade.*

33. ACS Gabriela: *Né, eu fiz, ela fez o papel dela de filha, ela tinha que ir, mas ela também trabalha, ti-tinha que entender isso. Aí, ó só, a paciente tá com infecção urinária/num foi não, quando a gente voltou lá, ele viu, depois ele se redimiou. Pelo que ele fez. Aí ele veio dizer desse jeito, deveria ter um curso pros agente de saúde, um treinamento, eu disse, não só pros agente de saúde, mas pra TODOS da equipe, eu disse desse jeito. Porque, poxa, ele foi antiético, Dandara.*

34. TEnf. Melissa: *Porque, assim, ó, quem trabalha na saúde tem que ter um pouco de humanização, né, amor ao próximo.*

35. ACS Gabriela: *Lógico.*

36. TEnf. Melissa: *Porque, muitas vezes, a pessoa sai de sua casa. No caso, você hoje, doente, né, vem procurar ajuda, aí o que é que você recebe, nã, um não.*

37. ACS Gabriela: *Mas aqui é assim com todos os profissionais.*

38. TEnf. Melissa: *É, por exemplo, duas ACS hoje é capaz do médico já ter saído, né, por exemplo, eu corri, né, pra ajeitar, [ACS Gabriela: não, você fez a sua parte] pra dar todas as ACS, eu fiz o um trabalho, mas/*

39. TEnf. Dandara: *Quando eu digo, é quando digo pra nós, profissionais de saúde, não é difícil dar um não, é por conta disso, quando você vem dar um não pra um paciente, é porque você já tentou de todas as formas e você não conseguiu uma resposta, se eu chego pro médico, doutor, tem uma pessoa assim, assim, assim e assim, mande vim depois, doutora enfermeira, por favor, tem uma pessoa aí, o que é que eu faço, venha depois, então o que é que eu tenho que fazer, olha, senhora, eu sinto muito, falei com o médico, falei com a enfermeira, mas não vai ser possível, não vai dar pra atender. Dá pra senhora vim à tarde, eu não tou dando um não... [ACS Gabriela: Mas, aí, é uma pessoa totalmente*

diferente] não, eu tou dando um não, por quê, eu quero lhe dizer que, assim, quando eu falo que o profissional não é difícil dar um não, eu tou falando da pessoa que tentou resolver e não conseguiu porque não teve uma resposta. Eu não vou dizer um não prum paciente dizendo que o médico não vai atender porque não quer. Eu não vou dizer que a enfermeira tá, mas poderia atender e não vai atender porque não quer. Eu NÃO vou dizer isso. [TEnf. Melissa: Que nem no caso daquele senhorzinho , chegou hoje, né pra mim, chegou] quando eu digo que a gente tem que trabalhar fazendo mágica. Tem sempre que tá dando um jeitinho aqui, um jeitinho ali... Mas a gente NÃO TEM nem profissional suficiente pra dar o suporte e dar um trabalho com qualidade do qual a nossa comunidade precisa, assim como também nós não temos CONDIÇÕES DE TRABALHO. Eles lá em cima, eles cobram MUITO qualidade de serviço, mas num dão qualidade nem sequer pra nós. Aí fica difícil. Como é que eu vou dar PRA VOCÊ uma coisa que eu não tenho e quando eu dependo dela, NÃO TEM COMO, quer dizer, hoje, nós do nível médio, nós estamos no meio. A GENTE ESTUDOU SIM, a gente é capaz de desenvolver nossa-nossa função SIM, somos capazes de fazer qualquer coisa, mas desde que NOS DÊ CONDIÇÃO, tendeu, só que eles cobram o trabalho e NUM DÃO CONDIÇÃO, por exemplo, a-a Gabriela chegou doente, vai passar pelo médico. A Melissa correu, fez a parte dela. Num foi POSSÍVEL ela tem culpa, não. Mas, se tivesse dado certo, o médico atendia, passava medicação, voltava pro ambulatório, ia tomar medicação, ia pra casa e resolvido. [ACS Gabriela: É verdade] e ninguém ia perder muito tempo, mas... é muita coisa, assim.

40. ACS Gabriela: E a gente acaba, assim, se chateando e fazendo coisa/ porque, assim, o CERTO era como ela tá bem colocando: se resolver na unidade, mas a gente acaba levando pra outra instância, por quê? Porque o médico não cumpre horário, e todo mundo é cobrado. Se você passar, como elas passaram, num sei, foi 15 minutos, foi, [TEnf. Melissa: quinze minutos] aí já foi chamar atenção. TAMBÉM TEM QUE VER, ELAS ENTRAM CEDO, é o pessoal que entra mais cedo, que tá ali pra receber todo o baque, né? Mas não, né? Só...

41. TEnf. Melissa: Eu vejo assim: o nível médio trabalha mais, né? O nível médio trabalha mais e é o que é mais cobrado, né verdade?

42. Todos: É.

43. TEnf. Dandara: Agora, por mim, se desse condições de trabalho/ porque mim dar condição não é só encher/ assim, olha, você vai ficar no ambulatório e... tá aqui todo o material aqui e mim dá, digamos assim, duzentos paciente pra mim cuidar. Ele não tá me dando condição de trabalho. Muito pelo contrário, tá me dando condição de problema. Então, tem que ver qual é a comunidade, qual é o tanto de pessoa... Se a comunidade é grande, bote duas pessoas no ambulatório, uma pra cuidar dos trabalho do ambulatório e outro pra dar suporte ao médico, à enfermeira, tendeu, a pessoa que tá no ambulatório tem que fazer o curativo, tem que atender domiciliar, tem que auxiliar/tem que aten/auxiliar o médico no que é preciso, é, é, auxiliar a enfermeira... Gente do céu, isso não, quero nem (ininteligível) termina você não dando qualidade ao seu trabalho porque realmente a cobrança é demais. É muito trabalho pra pouco tempo.

44. TEnf. Melissa: É difícil, né fácil não.

45. TEnf. Dandara: Eu tou sete anos fazeno isso e pra mim eu não achava ruim, assim, eu corria o tempo e hora, dava tudo certo. [Risos]

46. Pesquisadora: Vamos pra última então, num é? É... Como é o entendimento das receitas pelos usuários?

47. ACS Gabriela: PÉSSIMO. [Todas: anham] Pelo menos meus pacientes... Á, tu fala da questão da caligrafia do médico ou questão de como tomar medicação?

48. Pesquisadora: Também. As duas.

49. ACS Gabriela: É porque, assim, a maioria são idosos. E geralmente, assim, os meus paciente, que eu acompanho, por mais que o médico explique, por mais que quando venha receber da

*farmácia/porque sempre ela lê, diz que é tanto assim/mas, assim, a maioria não entende porque é idoso, são pessoas que não sabem ler, e muito menos não têm, é, ninguém na família pra ajudar. É tanto que aquela paciente da gente, lembra? Que... A dona menina lá... [TEnf. Melissa: Viviane] além de o médico ter passado ERRADO a medicação, aquela médica lá...*

50. TEnf. Melissa: *A médica passou tomar dois comprimido à noite. Daí ela passava a noite fazendo xixi, porque é diurético, né [ACS Gabriela: Se mijando todinha]*

51. ACS Gabriela: *Então, assim, é, existe quando você realmente tem condições de entender. Mas no caso do idoso que mora só, é difícil. E a gente sempre tá ajudando.*

52. TEnf. Melissa: *E assim, chega muita receita... Chega muita receita aqui... que nem eu a/nem eu entendo e eu ainda tenho que passar pro enfermeiro ou pro médico. NEM ELES DOIS CONSEGUE, eles diz, não entregue que nem eu, QUE SOU MÉDICO, eu não tou entendendo.*

53. TEnf. Dandara: *E tem que perguntar o que que a pessoa tem pra poder/prá descobrir, meu fi, qual que é seu problema mermo, (ininteligível) deveria ter sabe o quê, pra resolver esse problema, deveria ter em todas salas desses médico, já que eles são muito corajoso, um computador.*

54. ACS Gabriela: *É, hoje não se usa, né.*

55. TEnf. Dandara: *Já cê tinha digitado, tudo direitinho. E, e tirar esse negócio de, a culpa da pessoa que entrega medicação dizer que entregou errado. Mas aí ia ta tudo legível, tudo direitinho. E até uma pessoa leiga que esteja em casa dá pra ler, olha, isso aqui é tanto de tanto, olha lá, tá o nome do remédio, então dá pra saber. Mas o que os médico escreve é muito difícil mesmo.*

56. ACS Gabriela: *Essa semana... Não, quinta-feira. Eu tava na—na-- na [local], aí uma senhora...da rua cinco. ela é novata lá, ela NÃO tava sabendo o que que ia comprar, que remédio que a senhora quer. Ela me perguntou, não entendi. Pedi pra ela vir aqui no posto, acho que ela não veio, não sei. Ela disse que, ia pra onde, Vou pro Maracanaú, na farmácia, NEM NA PAGUE MENOS souberam o que era a medicação que ela trouxe. Ela ia voltar, em Messejana pra poder perguntar.*

57. TEnf. Dandara: *Ele deveria pelo menos escrever, é, letra de forma, ne? todo mundo ia entender. Eu já trabalhei muito na farmácia, mas doador tá muito difícil... Eu ia logo perguntar pro paciente qual era o problema. “Qual é o seu problema? Tá doente de quê?” Diante da doença do paciente, dá pra ter uma ideia, porque trabalhando na farmácia, você vai se adaptando... O que que é pra quê, quanto é-é de quanto? Então dá pra você ter mais ou menos uma noção, porque se num for...*

58. Pesquisadora: *Tá certo. Mais alguma coisa que gostariam de-de acrescentar?*

59. TEnf. Melissa: *Ô Dandara, tu é da farmácia.*

60. TEnf. Dandara: *Eu não, quero falar não. Eu não...[risos] Resumindo, resumindo, pague um plano de saúde porque você tem mais vez.*

61. ACS Gabriela: *Pelo menos as receitas já saem digitada, pelo menos isso. Porque no atendimento é péssimo. Esse daí que tem no plano, ó, só faltam num, né, as consulta pra marcar também [TEnf. Melissa: A gente mora num país pobre, a maioria são aposentados/] agora só tem um porém. Porque na hora que num-num tiver/você num conseguir, você tem como reclamar. No SUS, se você reclamar, as pessoas dizem um ‘não’ bem grande na sua cara. [TEnf. Melissa: Mas é o plano mais caro que tem é o SUS. Problema é que as pessoas não reclama seu direito, só dá mágoa] mas vamo pular pra realidade, vamo sair da fantasia. na hora de usar o SUS, o SUS tá zero. Então não podem saber, como foi o que aconteceu comigo. É... Cheguei lá, não, não sei o quê. Eu TOU PAGANDO, então EU QUERO atendimento, se num quiser passar no Barra Pesada. Na mesma hora apareceram o médico e o enfermeiro, me deram o remédio e ainda vieram me deixar na minha casa. Então, se eu for reclamar pra fazer isso no SUS, eles chamam é a polícia pra mim.*

62. TEnf. Dandara: *Isso é o que eu disse a você. Ele dá duas consultas, ele dá duas consultas por mês, tendeu?*

63. TEnf. Melissa: *É um conselho que eu dou, pague um plano de saúde.*

64. Pesquisadora: *Pois então, muito obrigada pela participação de vocês, certo?*

**APÊNDICE B – TRANSCRIÇÕES DE ENTREVISTAS E GRUPOS FOCAIS DE FORTALEZA-CE**

<b>ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b>		
<b>DADOS</b>		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Usuária 1	<b>Pseudônimo:</b> Sara

1. *Pesquisadora: Comente sobre o atendimento que a senhora recebe aqui no posto.*
2. *Sara: o atendimento, do médico, É ÓTIMO. Doutor Cláudio é uma pessoa excelente, mas pra a gente chegar até ele é que é difícil, porque a gente pega uma fila pra marcar, é a manhã todinha. Aí, depois, a gente volta no outro dia pra confirmar. E aí, tem que chegar cedo, marca pra 7 horas. E das 7hs, quando a gente chega na fila, já tá enorme. E tanto é pra confirmar, como é pra marcar. E é dois computadô SUPER LENTO. Aí...tá aí...essa hora eu vou ter que perder a manhã TODINHA, já com uma-uma ficha SÓ PRA CONFIRMAR, porque isso aí TOMA MUITO TEMPO. Já pensou esse pessoal tudim trabalhando aqui? Se o médico chega oito horas, por que não marca pra oito? pra oito e meia? pra nove horas? pra nove e meia? até o horário dele sair, pra a gente não perder tanto tempo? que a gente é mãe de família, tem que cuidar das coisa de casa. Aí... no caso, pra a gente chegar até o médico, a gente perde UM DIA e esse dia é bem proveitoso, pode ser. A gente pode aproveitar muita coisa...tem que mudar muito sobre isso, viu? Eu acho assim: que cada médico, a gente...se é pra confirmar, a gente chegava só assinava, deixava lá e vinha, né?*
3. *Pesquisadora: e sobre as orientações que a senhora recebe?*
4. *Sara: as orientação são...certa/correta, né?*
5. *Pesquisadora: a senhora compreende bem todas as orientações?*
6. *Sara: uhum...compreendo.*
7. *Pesquisadora: como é a sua relação com os profissionais aqui do posto?*
8. *Sara: São boas. São gente boas.*
9. *Pesquisadora: tem algum que é mais fácil de falar?*
10. *Sara: hum?*
11. *Pesquisadora: que você tem um problema, vai direto pra ele?*
12. *Sara: ah...todos eles são fácil, né? agora só é que é muita gente e com gente muita, a pessoa se torna assim sem poder dar conta, né?*
13. *Pesquisadora: mas tem algum que é mais difícil de conversar?*
14. *Sara: não...*
15. *Pesquisadora: não? é-é.. comente sobre quais são as necessidades que trazem a senhora ao posto.*

16. Sara: *as necessidades? assim é por que também a fila de espera, assim, pra uma consulta com ortopedista. Meu filho já faz mais de UM ANO que tá na fila/*
17. Pesquisadora: *aqui tem ortopedista?*
18. Sara: *não tem. é pra marcar/remarcar, né? mas nunca dá certo*
19. Pesquisadora: *é pra outra unidade?*
20. Sara: *é.*
21. Pesquisadora: *qual a nota que a senhora daria, de 1 a 10, para o posto? para O ATENDIMENTO no posto?*
22. Sara: *Dr. Cláudio, nota dez...mas pelo atendimento...num...não tem... nota cinco!*
23. Pesquisadora: *se dependesse da senhora, o que seria mudado no atendimento, em si?*
24. Sara: *atendimento seria...agilizar as coisas mais rápido, porque médico tem, né? Médico tem. Agora só tá faltando a gente chegar mais rápido a esse médico, né? que é a coisa mais fácil que era pra ser, né? era mais fácil a gente passar pelas mãos do médico que pra chegar até o médico.*
25. Pesquisadora: *Tem alguma coisa/alguma coisa que aconteceu com a senhora aqui que/alguma coisa que eu não perguntei e que a senhora gostaria de falar/de relatar sobre o atendimento?*
26. Sara: *Assim, também que...aqui...eles dizem que só pode atender a área que o posto cobre, né? que tem o agente de saúde e como a minha área é descoberta tanto por um como pelo outro, aí teve uma dificuldade. Já saí daqui sem ser atendida.*
27. Pesquisadora: *Certo. Pois muito obrigada pela sua participação.*
28. Sara: *De nada*



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Usuária 2	<b>Pseudônimo:</b> Fernanda

1. *Pesquisadora: Comente sobre o atendimento que a senhora recebe aqui no posto.*
2. *Fernanda: Bem, não é totalmente...diria que 50% é bom, 50% não.*
3. *Pesquisadora: por que? quais são os casos bons e os casos ruins?*
4. *Fernanda: tipo assim, no atendimento agora/que eu tava fazendo exame de sangue, é bom, mas pra outras coisas: não dão totalmente informação, eu tô precisando de dentista. Não tem. Tem mas não trabalha direito. eu vou perguntar, às vezes, a informação. Tem uma mulher que trabalha pra/pra pesar, aí ela tá fazendo outra coisa, aí diz: "Não. Só tô fazendo isso". A gente não sabe qual é o funcionamento daquela área. Qual o procedimento que ela vai fazer.*
5. *Pesquisadora: como a senhora acha que são as orientações que os profissionais lhe dão? Todos os profissionais: auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico...*
6. *Fernanda: a parte médica...é boa. a de alguns funcionárias é que tá faltando...EU DIRIA RESPONSABILIDADE! Pessoal fala muito da Dilma, que ela é corrupta, não sei o quê. Aí eu digo, assim, pra essas pessoas: tudo bem, ela tem os erros dela, mas eu acho que se cada um tivesse a sua responsabilidade e cumprisse o seu trabalho DIREITIN, a coisa não estaria tão ruim, não. Pior é que falam da Dilma, as pessoas tuuudo falam de boca pra fora. Se tivesse no lugar dela, talvez fosse até pior.*
7. *Pesquisadora: como é a sua relação com os profissionais aqui do posto?*
8. *Fernanda: mais ou menos...é que nem eu te disse: alguns num...tipo, até a/logo a atendente, né? que dá a ficha, informação...tem gente que atende lá no setor do SAME, que atende, que é ótimo.*
9. *Pesquisadora: qual o profissional que a senhora considera mais fácil de conversar?*
10. *Fernanda: justamente algumas pessoas do SAME.*
11. *Pesquisadora: tem alguém que mais difícil?*
12. *Fernanda: é justamente, a pior é a do próprio atendimento. Mas tem alguns, mas também o pessoal da medição de pressão, até os imu é legal. o ruim é esses que tão num espaço de conforto...*
13. *Pesquisadora: quais são as suas necessidades aqui no posto? quais são os motivos que a senhora vem aqui pro posto?*
14. *Fernanda: atualmente é mais na parte pediátrica, né? mas outra coisa que eu tô precisando: dentista. Dizem que é pra ser feito pelo agente de saúde. Nunca apareceu a-a-a marcação. Nunca apareceu nenhum dentista na minha casa. Ela até/a agente de saúde que é pra ser na minha casa, ela até falou pro meu esposo, tô casada há quatro anos: "ah não! é porque ela vai pra casa das prioridade": é-é-é grávida, gestante, né? Então, justamente, é o que eu falei pra ela: eu fiquei grávida duas vezes. Ela não apareceu lá em nenhum dos dois. E ficou de ir e não apareceu.*

15. *Pesquisadora: qual seria a nota que a senhora daria para o posto em geral no atendimento? de 1 a 10?*

16. *Fernanda: eu daria esse 5.*

17. *Pesquisadora: se dependesse da senhora, o que deveria ser mudado aqui no atendimento?*

18. *Fernanda: como assim?*

19. *Pesquisadora: em todos os setores, né? pode ser no atendimento, pode ser nos médicos...pode ser da farmácia...*

20. *Fernanda: Eu acho que é mais fiscalização. Como eu lhe disse: às vezes, tem falta de/o dentista fala que é por falta de-de material, ou então da prioridade. Mas o que eu acho mais é a responsabilidade de cada um. Tudo bem. Agora eu não tô mais grávida. Num tô mais na prioridade, mas e na época que eu era prioridade, por que eu não poderia ela ir atrás de mim com um dentista, ne? Outras coisas é falta de material, mas outras é irresponsabilidade mesmo. dá pra ser atendido mais gente, porque uma vez eu fui pro ginecologista, disseram que a médica ia chegar 7 hrs. Eu fui deixar minha filha no colégio, era 7 hs. Eu cheguei aqui, era 7hrs, eu pensei: ai, eu vou ser a última. Quando foi, a médica chegou 7:12hrs/ow...7:12hs, não! 8:12hrs. pra quem ia chegar SETE HORAS. Daria pra atender MUITO mais gente. Em vez de ficar tão lotado pra atender.*

21. *Pesquisadora: alguma coisa que a senhora gostaria de falar do atendimento aqui do posto, que eu não perguntei?*

22. *Fernanda: não. Era só isso mesmo...mais FISCALIZAÇÃO porque...eu sei que, às vezes, não dá pra ter remédio porque tem posto que procura mais coisas do que outro, né? e-e geralmente com o mesmo orçamento. Aí, tudo se complica, mas o atendimento funcionaria.*

23. *Pesquisadora: muito obrigada pela sua participação*

24. *Fernanda: obrigada*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Usuária 3	<b>Pseudônimo:</b> Marcela

1. *Pesquisadora: Comente sobre o atendimento que você recebe aqui no posto.*
2. *Marcela: Aqui...no posto aqui no momento, por enquanto tá bom. Porque, às vezes, é...a demora.*
3. *Pesquisadora: Ahh...Comente como você avalia as orientações que os profissionais lhe dão.*
4. *Marcela:No momento tem as vezes que eles orientam muito bem, tem as vezes que eles dão só a receita e mandam você...diz lá na receita quê que tem que fazer e pronto.*
5. *Pesquisadora: A receita é digitada ou é a mão?*
6. *Marcela: É a mão.*
7. *Pesquisadora: Como é a sua relação com os profissionais aqui do posto?*
8. *Marcela: Minha relaçaão é boa. Não tem nada que eu tenha uma reclamação não.*
9. *Pesquisadora: Tem algum que é mais fácil de conversar? De todos?*
10. *Marcela: Tem.O consultório 2.*
11. *Pesquisadora: Ahhh...é uma médica?*
12. *Marcela: É.*
13. *Pesquisadora: E...algum que seria mais difícil de você conversar?*
14. *Marcela: OS OUTROS MÉDICOS, por que a gente é avaliado aí, daí ela passa pro outro, aí daqui 'pruma' fila ENORME, e DEMORA pra poder falar com um médico.*
15. *Pesquisadora: Ahhhh... Quais são as necessidades que trazem você aqui no posto?*
16. *Marcela: Como assim? [ininteligível]*
17. *Pesquisadora: É. Porque que você vem aqui no posto normalmente? Você vem fazer prevenção ou você vem quando ta bem doente?*
18. *Marcela: Não. Só quando eu tô BEM DOENTE. (risos) Por que eu DETESTO POSTO (risos).*
19. *Pesquisadora: Hoje por exemplo...você vem...tá doente? Ta gripada?*
20. *Marcela: Não. Por causa da dor nas costas e to com muito catarro no peito. Ela me passou os medicamentos só que aí eu tomei e num deu nenhum resultado, então eu to voltando de novo pra eles me passar outro medicamento.*

21. Pesquisadora: *Ah sim...É.. qual a nota que você daria do posto, de 1 a 10?*

22. Marcela: *6.*

23. Pesquisadora: *E se dependesse de você. O que seria mudado no atendimento em si?*

24. Marcela: *é...eu já botaria mais gente pra ver se atendia mais rápido. Por que, às vezes, tem até gente aqui que ta MUITO MAL, mas tem que ficar na fila esperando o atendimento que demora BASTANTE.*

25. Pesquisadora: *Tem alguma coisa que você gostaria de falar aqui do posto, que eu não perguntei?*

26. Marcela: *hum...no momento, só que o posto ta muito cheio de frescura né? (risos). Pra você até dar uma vacina na criança você tem que passar por todo um sistema pra DAR o nome pra poder ir LÁ pra sala pra dar a vacina.*

27. Pesquisadora: *É um sistema de computador, é?*

28. Marcela: *É.*

29. Pesquisadora: *Ah. Esse aqui né?*

30. Marcela: *Tem que vir aqui...pra tirar muito não..se chegar pra dar vacina ela bota, [ininteligível] você tem que pegar a FILA, sentar ALI, é...registrar a CRIANÇA, pra poder dar a vacina. Aqui TUDO É DIFÍCIL.*

31. Pesquisadora: *Pois muito obrigada pela sua participação.*

32. Marcela: *De nada.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Usuária 4	<b>Pseudônimo:</b> Andressa

1. *Pesquisadora: Comente sobre o atendimento que você recebe aqui no posto.*
2. *Andressa: Bom! Eu ainda não fui atendida. Vim a procura de atendimento. Ontem eu vim marcar UM EXAME e por falta de um comprovante de residência eu não marquei. Eu passei duas horas na fila esperando, cheguei lá ele não marcou porque faltou o comprovante.*
3. *Pesquisadora: como você avalia as orientações que os profissionais dão?*
4. *Andressa: orientações , assim...do...*
5. *Pesquisadora: desde o atendente até o médico mesmo*
6. *Andressa: Assim, eu sinto falta de/uma carência em relação a isso porque evitaria, assim, que determinadas coisas acontecessem. Eu acho que tá PÉSSIMO, nesse sentido aí.*
7. *Pesquisadora: e qual é a sua relação com os profissionais aqui do posto?*
8. *Andressa: Só médico-paciente, mesmo. Num tem uma relação mais assim...*
9. *Pesquisadora: qual o profissional que você considera mais fácil de conversar?*
10. *Andressa: acho que é o...médico, mesmo. O CLÍNICO-GERAL.*
11. *Pesquisadora: Tem algum que você acha que é mais difícil de conversar?*
12. *Andressa: eu acho que é realmente as meninas da 'atendência', porque elas não explicam direito, se você precisa de uma informação, elas são grosseiras com você.*
13. *Pesquisadora: comente quais são as necessidades que trazem você ao posto.*
14. *Andressa: a procura de exames ou doenças, mesmo, quando eu tô doente, aí eu venho a procura de-de exames e-e me consultar e tudo mais.*
15. *Pesquisadora: sobre as soluções, né, de saúde...sobre o atendimento, em si, de 1 a 10, que nota você daria ao posto?*
16. *Andressa: daria 5*
17. *Pesquisadora: se dependesse de você, o que seria mudado no atendimento?*
18. *Andressa: primeiro de tudo, seria mais organizado. Saberria separar cada área pra cada coisa, porque é uma fila ENORME pra TANTAS COISAS. Seria possível separar cada coisa, assim, porque fica tudo misturado e fica aquela fila enorme, aquela coisa conturbada...por mim, mudaria isso. E também o tratamento seria mais pra/pras pessoas que tão realmente tão necessitando e não demoraria TANTO pra*

*você marcar um exame, porque você marca um exame hoje, aí só vai dizer DAQUI A UM MÊS e só vai receber em mais um mês...precária a situação aqui.*

*19. Pesquisadora: tem alguma coisa que já aconteceu com você...ou alguma coisa que eu não perguntei e que você gostaria de relatar sobre o atendimento?*

*20. Andressa: Não. Porque eu reuento pouco esse posto, mas foi só o que eu observei, mesmo durante esse tempo que eu tô aqui, observei tudo isso.*

*21. Pesquisadora: Pois tá certo, muito obrigada.*

*22. Andressa: de nada.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Usuária 5	<b>Pseudônimo:</b> Polyana

1. *Pesquisadora: Comente sobre o atendimento que a senhora recebe aqui no posto.*
2. *Polyana: bom, o atendimento é...assim...É RAZOÁVEL. Não vou dizer bom, porque é um MUNDO de gente pra ser atendida. Não é tão imediato e o-o/e agora, nós temos que fazer um cadastramento pra no dia seguinte ter que voltar pra saber se realmente FOI RECADASTRADA, se tá marcada a consulta e-e é uma 'perca' de tempo.*
3. *Pesquisadora: como a senhora avalia as orientações que os profissionais lhe dão?*
4. *Polyana: (longa pausa) eles orientam de uma maneira assiiiiim...como eles...tem...é...como é que se diz?...como/é o que eles recebem de orientação deles, eles passam pra a gente. E eles não tem culpa aí...é...a gente/essa perca de tempo que eu acabei de falar, eles já recebem pra poder passar pra a gente.*
5. *Pesquisadora: e na consulta médica? as orientações dos médicos?*
6. *Polyana: Olha, eu tenho vindo muito pouco aos médico daqui porque eu procuro um médico particular já trago a consulta e venho procurar a medicação que tenho direito pelo governo.*
7. *Pesquisadora: qual a sua relação com os profissionais aqui do posto?*
8. *Polyana: Não. Eu não tenho o que dizer dos profissionais, não, que todos são bons.*
9. *Pesquisadora: tem algum deles que é mais difícil de conversar? ou mais fácil de conversar?*
10. *Polyana: a própria...é...farmacêutica , que ela o-o a-a/o médico MANDA a receita pra entregar aquela medicação do mês e ela da SEMPRE pra menos. Quando a gente termina a medicação, no caso da sinvastatina, que é pra colesterol, ela diz que já foi entregue naquele mês, mas só que ela NÃO entrega a medicação completa. Então, nós não temos direito, tem que esperar pelo outro mês pra receber o MÍNIMO de novo. O mínimo, por exemplo, se for trinta dias, tem vinte, porque lá num dá mais uma cartela, porque passa um pouquinho a mais e isso não é justo.*
11. *Pesquisadora: comente sobre as suas necessida/a senhora já falou, né? De 1 a 10, que nota a senhora daria ao posto?*
12. *Polyana: (longa pausa) eu dou um oito.*
13. *Pesquisadora: se dependesse da senhora, o que seria mudado no atendimento, em si?*
14. *Polyana: É difícil, por causa da quantidade de gente.*

GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Atores sociais:</b> usuários	<b>Pseudônimos<sup>59</sup>:</b> Marta, Polyana, Juliana, Eduarda, Sara, Marcela, Marcos

1. *Pesquisadora: como vocês se sentem durante a consulta?*
2. *Marta: eu me sinto bem. era um outro médico, mas aí ele parece que tá se aposentando e-e tô com esse, doutor Matias, eu gosto muito. Terceira vez<sup>60</sup> que eu venho, SEMPRE GOSTEI DAQUI. que eu vim de LÁ do Hospital Geral, que eu sou hipertensa. Cheguei/Ta aí, DESDE 45 ANOS, já estou com meia quatro, estou por aqui. Tô muito bem. E tenho plano de saúde, mas eu PREFIRO AQUI. TENHO SIM, (nome do plano de saúde particular). Minha filha me deu pra caso de urgência, mas eu tenho o meu hospital e o Hospital Geral, a partir de/vou lá/aqui-aqui, sim, eu acho uma beleza. A pura verdade é essa: A GENTE TEM QUE TER PACIÊNCIA. Se eu chegar na hora, seu eu-agendar tiver muita gente lá fora, ne? a gente tem que ter PACIÊNCIA. Já chegamos num ponto, nós com mais de 60, né? Chegamos num ponto/os mais jóvi tem "as vexame". Nós num precisa ter vexame. E eu tenho/a preocupação é/vocês viram tenho uma meninazinha de 5 anos que a pessoa levou pra ficar enquanto eu me consulto, ne?...mas até lá É ATÉ CALMO, MESMO. É ATÉ CALMO, MINHA FILHA, porque se não tiver, não adianta: "ah! porque não deu certo essa vez com o médico, eu vou 'defamar' o médico" porque? não/em casa, nem toda hora eu faço o almoço direito, no dia que não tá certo, o véi vem: "mulher, diabo é isso? tu salgou?", né verdade? é nem tudo/tudo a gente faz direito... (risos)*
3. *Polyana: com certeza*
4. *Pesquisadora: e a senhora? como a senhora se sente durante a consulta?*
5. *Polyana: eu me sinto muito bem também, como ela falou. Aqui, o atendimento é MUITO BOM. A gente chega, tá precisando assim, como eu vim de ontem. Assim, do nada, a minha pressão aumentou, eu fiquei com dor de cabeça, aí, quando eu chego, a moça ajeita logo pra a gente falar com ele, ne? o médico já/o doutor Matias [ininteligível] mas a gente é MUITO bem atendido, os médico, qualquer um que você passar, as enfermeiras, pessoal aqui é-é 10. Muito bom, né? porque/num porque tá gravando, não. É porque É MESMO. Você vê que é TRANQUIIIIILO, assim, numa boa né, a gente num vê casos assim né? de pessoas assim: "ah! num sei o quê, que num tem atendimento" É maravilhoso aqui. Eu gosto muito. Eu sempre venho, eu faço meus exames periódico tudo aqui, mas mesmo como ela diz, a gente tem o outro médico fora também, mas nos planos de saúde também tão DEMORANDO DEMAIS DEMAIS. E aqui, não. Você vem, eles passam os exame, na mesma semana você já faz, outro dia fiz o da endometria óssea na semana passada, na-na-na outra semana, na-na semana passada já saiu, na segunda feira já voltar es-esse exame da endometria/é, na outra semana já vou pegar [ininteligível] mas é MARAVILHOSO, assim. Tá saindo mais rápido do que você pegar pra fazer no plano de saúde, tá demorando DEMAIS, eu sei porque eu tenho o exemplo da minha filha e do meu neto também.[ininteligível] exatamente, muito bem, graças a Deus! é tranquilo...*
6. *Pesquisadora: e no caso da senhora?*
7. *Juliana: eu não utilizo. Quem utiliza é aqui a minha mãe.*

<sup>59</sup> Deste grupo focal, participaram também usuários que não tiveram suas entrevistas semi estruturadas analisadas neste trabalho. Para esses, foram criados outros pseudônimos: Marta, Juliana, Eduarda e Marcos.

<sup>60</sup> Depois da reforma da UBS.



8. Pesquisadora (em direção à mãe da usuária anterior): o que que a senhora acha da consulta, como a senhora se sente durante a consulta?

9. Eduarda: [ininteligível] muito boa né? com ele é. Com o Dr. Cláudio, é. Tudo muito bem.

10. Pesquisadora:: como vocês fazem pra resolver os problemas de saúde, quais são os problemas de saúde que vocês resolvem aqui...? No caso da senhora?

11. Juliana: hipertensão. O que a senhora vem cuidar aqui, né diabetes e hipertensão?

12. Eduarda: é.

13. Polyana: nos primeiro exame né, que a gente precisa, você pode pedir aqui que eles passam na HORA, você faz na boa, é, numa faixa assim de quinze dias você tá com os exames todos prontos, a gente já vem, mostra pra eles, assina. Aí você num tem aquelas confusões que tem nos outros ne? TINHA falta de remédio mas agora já ajeitaram, já tem/até remédio já tem/tem-tem os remédio.

14. Pesquisadora: e a senhora? Quais os problemas que trazem a senhora ao posto?

15. Marta: eu tenho diabetes, pressão alta, e outras coisas que a gente tem que tratar de vez em quando ne? tem que pegar remédio, ne? já tive ruim das juntas, mas me tratei, parei, pronto!

16. Pesquisadora: a senhora consegue resolver os problemas todos aqui no posto?

17. Marta: CONSIGO! Hoje eu vou resolver mais um! A minha filha quer que eu vá operar pelo (NOME DO PLANO DE SAÚDE PARTICULAR), mas como eu me trato no Hospital Geral, eu vou pedir um encaminhamento pra ver se dá certo é AQUI. Bem aqui pertim aqui de casa vai mandar pra casa de quem? que eu num sei né? Eu digo não. Eu vou logo saber lá porque aqui é perto...

18. Pesquisadora: por último, como a senhora entende as receitas dos médicos, como são as receitas?

19. Marta: Ah minha filha, EU SEI LER E ESCREVER bem direitinho, mas as dos médicos/ dos que eu vou, é bem...direitinho...

20. Pesquisadora: é à mão? a letra é boa?

21. Marta: não, às vezes é, é mais quando o negócio tá fora da área. A mão, quando está fora da área, pega a mão, né? mas é mesmo/aí tá pelo computador.

(falas cruzadas)

22. Marta: graças a Deus que eu venho as coisas tão direito (risos) que eu só venho de três em três meses né? (ininteligível)

23. Pesquisadora: a senhora é acompanhada né, de 3 em 3 meses?

24. Marta: é, minha filha, eu sou acompanhada né? se faltar/quando o negócio tá feio, eu vou pro (nome do plano de saúde particular), né? só coisa de urgência, ne? olha aqui, ó?

(usuária mostra uma receita)

25. Pesquisadora: ah sim, digitado! né ?

26.Marta: *é porque é a terceira vez que eu venho pra ele/ que era pro doutor Fábio, um-um num posso ficar, porque ele só atende às 10 horas. Tem que ser pela amanhã, porque eu tenho uma garota e tem que ser até 10 horas, ne? aí passou pra ele.*

27.Pesquisadora: *hum...Muito bem!*

28.Marta: *mas...eu acho ótimo. Num faço questão de dar viagem pra lá, viagem pra cá [ininteligível], mas tá tudo ótimo pra nós, ne? Que Deus queira que/os remédio, quando num tem, vou buscar lá no Meirelles.*

29.Pesquisadora: *No Meirelles é posto também, de saúde?*

30.Marta: *É um posto também né,*

31.Marcos: *o problema daqui é só falta de remédio, né?  
(muitas falas cruzadas)*

32.Sara: *é em todo canto. Não é só aqui, NÃO. O problema é a SECRETARIA de Saúde.*

33.Marcos: *o médico passa, nunca tem/o médico passa remédio, aí era pra tá ali na farmacinha, quando chega ali...num tem! Aí venha na próxima semana, nunca tem!*

34.Sara: *mas você sabe [falas cruzadas] como são as farmácia aqui?*

35.Marcela: *como os meus é pra diabete aí tem na farmácia*

36.Sara: *nas farmácia a gente pega também de graça!*

37.Marcela: *é!*

38.Sara: *tem uns medicamento que pega no posto que tem nas farmácia...na Pague Menos, tem nessa Santa Clara...na popular. Aí você leva a identidade/*

*(falas cruzadas)*

39.Marcela: *aí você faz o cadastrinho*

40.Marta: *o negócio tá é bom. Pior seria, viu? No tempo dos nossos pais/É VERDADE. No tempo dos nossos pais, que médico tinha? que eu lemb/sou dou interior/lembro da minha vó, tinha que levar/ os filhos tinham que parir lá debaixo das moita, qualquer canto. É-É-É, eu PRESENCIEI ISSO, né? muitas vezes tinha só uma parteira, se a parteira tava buchu/tava parindo/ tá vendo? como é que ia socorrer as outras?*

41.Pesquisadora: *a parteira parindo?*

42.Marta: *não, é, porque tinha que ser. Era assim/da minha mãe pra trás. Nós somos 20 irmãos. [ininteligível] Um dia fui lá a passeio, quando chego lá tinha a póbi da/ eu lembrei da minha juven/quando jovem. Tinha uma mulherzinha sofrendo na-na-na/nos mato, Maria do [ininteligível], porque não tinha um TRANSPORTE pra a 3km, né? que ia ter o neném lá. Disse que já tinha tido DOIS lá naqueles mato...E ISSO NUM TÁ LONGE, NÃO. Há 20 anos atrás, isso, viu? ou menos de 20. Lá num povoadozim, a bixinha, assim que chegou, ela teve neném e ela disse que/ATÉ HOJE eu sou madrinha*

desse menino e a mulher me agradece muito, porque/isso aí porque tem lugar por lá, não só porque é lá em cima [ininteligível] pro lado é Pedras.

43. Pesquisadora: Bem longe.

44. Marta: Peeedras. Pois, sim. Agora, eu acho isso aí, uma pessoa que num/que não tem previsão. Porque se tá perto de ter o filho, vai pro canto que/a partir de 7 meses, né?/vai prum canto mais fácil. Não fica lá em cima da serra, não. É verdade! Se eu tô doente, eu vou morar nas brenha, que vontade eu tenho de ir embora pro interior e às vezes, quando eu tô zangada, o meu véio vem e diz "num aparece um doido que me carregue pra eu ir pra minha serra". carregar pra quê? (risos) mas aí ele diz assim "ô minha véia, quando eu me aposentar, nós vamos" VAMO NADA, que é eu e ele, né?

45. Pesquisadora: deixa eu perguntar, então, pra a senhora, quais são os problemas que trazem a senhora ao posto?

46. Polyana: é-é-é assim, é-é só-só problema de necessidade de exames, ou então, de repente, aparece a pressão alterada, né? porque a menopausa, né? e a menopausa, todo mundo sabe que ela sobe e desce, sobe e desce, né? que é os/as queda de hormônio, né? e quando eles cai, minha filha, eles cai sobe cai sobe, aí a pressão da gente sobe lá pra cima. aí tem que vir aqui pra ser atendida. [ininteligível] Agora, uma coisa aqui, deixa eu te dizer, que a gente não tem/que a gente tá toooodo mundo na lista, mas não tem: é o DENTISTA. Tem/os menino tão aí, eles são maravilhosos. Eles tão todos aí, só que eles NÃO TEM o material para trabalhar e a gente fica na lista, esperando que o material chegue, mas isso, ó? desde o ano passado isso aí, sabe? [ininteligível] porque a gente sabe que não é culpa dos menino, né? eles tão aqui TODO DIA. Médico tem, mas só que você vai lá e eles dizem: "ah, eu não posso/seu tratamento agora porque num tem material pra fazer/material pra/é o dentista". Não tem material pra eles trabalharem e fazer o tratamento.

47. Pesquisadora: e-e-e sobre a receita, como a senhora compreende as receitas dos médicos? tem alguma dificuldade, ou não?

48. Polyana: geralmente, não, porque ANTES, antes era à mão né? como ela falou. Mas agora, como o sistema foi renovado, aí eles tão fazendo TAMBÉM no/pelo sistema de atendimento, aí já vem tudo agendado/ o mês/ o dia que você volta. já vem tudo prontinho, aqui. Ela deixa no sistema o dia da gente voltar. É só confirmar e as meninas confirmam ali.

49. Pesquisadora: mesmo sendo digitada, os médicos também explicam a receita?

50. Polyana: Explicam. Explicam. ELE É TÃO LEGAL. Ele explica pra mim BEM DIREITIM. São MUITO ATENCIOSOS.

51. Pesquisadora: Tem alguma coisa que eu não perguntei, que a senhora gostaria de falar sobre o atendimento em si?

52. Polyana: Assim, em geral, que tu diz?

53. Pesquisadora: em geral. Pode ser desde as atendentes, as auxiliares de enfermagem, o médico, qualquer profissional de saúde.

54. Polyana: é-é-é assim, num tem o que falar, não. Porque começa ali, quando a gente chega pela manhã, né? a menina faz tudo/você chega pra ela, diz que tá passando isso assim assim [ininteligível] a gente fica esperando, aí ela já ajeita pra que a gente tenha/ como eu, não era pra hoje, mas aí a pressão

*subiu, aí ela diz "fica esperando" aí a gente bota a senhora. Ela já me deixou esperando por ele aqui. ela já/*

55. *Pesquisadora: foi um encaixe, né?*

56. *Polyana: foi um encaixe*

*[Polyana teve de sair e se despede da pesquisadora, que se dirige a outro usuário presente]*

57. *Pesquisadora: e sobre as receitas, você tem algum problema pra compreender as receitas?*

58. *Marcos: Antigamente eu tinha. Hoje, não. Hoje, como ela disse, né? Antigamen/quando o-o sistema tá fora do ar, ne? aí faz a-a mão, aí complica um pouquinho até pra nós entender, mas quando sai diretamente dos computadores, fica tudo mais fácil. Até a maneira de-de explicação, de como se deve tomar. MELHOROU...bastante, 100%. O ruim era só a escrita, mesmo...só a escrita. Que eles botam, né? como deve ser usado e tudo mais. Isso aí é o que atrapalha.*

59. *Pesquisadora: E na consulta, como você se sente nas consultas?*

60. *Marcos: Eu vou dizer POR ESSE MÉDICO, AQUI. EXCELENTE. Agora, tem uns aqui, que eu já vi muitos/por exemplo, tem que...chega, nem olha direito quando atende, mas ESSE AQUI...ele é um pouco demorado, mas vale a pena, porque?*

61. *Pesquisadora: é clínico-geral?*

62. *Marcos: É. Ele vale a pena porque ele examina, ele PERGUNTA/antes, aqui, acho que/aliás, a maioria diz assim "ah, porque demora a-a consulta, ne?", mas se a gente for analisar uma coisa com a [ininteligível] vale a pena esperar, por que? porque ele consulta, ele pergunta. Pergunta de tudo, quer dizer, nunca fica nenhuma dúvida pra trás. É excelente, ele. Tô dizendo dele aí, né? num sei dos outros. (risos)*

63. *Pesquisadora: Pois tá certo. Obrigada, viu?*

64. *Marcos: De nada.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Médica	<b>Pseudônimo:</b> Bruna

01. Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento no Programa de Saúde da Família?

02 Dra. Bruna: É... como assim? Tenta ser mais específica.

03. Pesquisadora: De modo geral

04. Dra. Bruna: Assim, têm vários aspectos num tem e-ê poderia focar em um por exemplo... dificuldades ou então é...vantagens em que sentido assim? Como é o atendimento em que sentido?

05. Pesquisadora: No sentido... exatamente da-da dificuldade do e-e... da facilidade

06. Dra. Bruna: É assim, facilidades como é o atendimento na atenção primária, aqui É-é uma coisa que a população precisa, porque não existe é plano de saúde, não existe é... hospital pra todo mundo, né, Principalmente pra população mais carente. Então assim, a atenção primária de saúde é uma estratégia válida no sentido de promoção, prevenção e cuidados de atenção primária, tendeu? Pacientes que não precisam do nível terciário conseguem é ser bem atendido e ter acesso a saúde na atenção primária em que as dificuldades-assim É... vantagens, vantagens é que as pessoas conseguem ter acesso a algumas medicações, conseguem ter acesso a atendimento médico, aqui no posto tem alguns especialistas, então tem cardiologista, tem ortopedista, então muitas vezes quando eu preciso de algum especialista eu consigo aqui no posto, entendeu? Pros meus pacientes, coisas que se eles fossem conseguir particular uma consulta trezentos e cinquenta reais, uma consulta no valor que eles não conseguiriam pagar. Então a atenção primária funciona como um suporte da atenção secundária e terciária prevenindo também eventos que façam com que o paciente procure logo o hospital, por exemplo, paciente hipertenso, ele consegue obter as medicações, controlar os valores pressóricos é... aqui na atenção primária, então aqui a gente evita que ele procure hospital só quando tiver com o pique hipertensivo, tendo AVC ou enfartando, entendeu? Ele consegue de beneficiar de-esse cuidado em relação a pressão dele aqui na-no atendimento gratuito e primário é... dificuldades, as dificuldades é infraestrutura, infraestrutura que a gente observa em todos os lugares é... as vezes falta a medicação da pressão, as vezes não tem paciente que precise de uma consulta com é no caso outras especialidades ou exames como ECO, eletrocardiograma e que a gente não pode oferecer, a gente não tem, ou então assim, vai pra fila, mas na fila ele passa seis meses, sete meses esperando. Então assim, quando o paciente tá um pouquinho mais grave que a gente também não pode oferecer pela rede esses exames, a gente as vezes pede, encaminha para clínicas mais populares ali perto da Santa Casa, que tem um preço mais em conta, que essa é a principal dificuldade que eu vejo aqui na atenção primária conseguir exames é... o paciente muitas vezes não tem nenhum dinheiro pra pagar esse exame de cinquenta reais, porque tem gente que ganha quatrocentos reais por mês, então num tem não tem de onde eles tirar, vai tirar o dinheiro de onde pra pagar esse exame? A então o que tá faltando ainda-ainda eu acho principais dificuldades. Exame, atendimento terciário falei dois exemplos de cardiologista e dei exemplo do ortopedista, mais... é... neuro... neurologista a gente não tem como conseguir consulta fácil, pra geriatria não tem como conseguir consu-consulta fácil, então assim, tem casos que a gente realmente consegue aqui lhe dá de neuro... de paciente cum... Alzheimer, Parkinson e tudo, mas tem horas que a gente precisa de uma tomografia, entendeu? Precisa de uma coisa assim, e de um acompanhamento por especialista, porque a gente sabe que já fica tão específico um quadro clínico tão específico que o médico generalista que sou eu também não consegue suprir

*todas essas demandas. Então a gente precisa de um suporte de outras especialidades que a gente encontra muita dificuldade na atenção primária.*

07. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os usuários?*

08. Dra. Bruna: *Usuários de quê? De?*

09. Pesquisadora: *Do programa*

10. Dra. Bruna: *Ah, os pacientes? Eu tenho uma boa, eu acredito que eu tenha uma boa relação médico-paciente sempre tem aquele paciente que exige um pouco mais de calma por parte do médico. Eu já cheguei a ligar pro-pro pra casa de um paciente idoso, que ele não [ininteligível] Ah gente eu pego também assim todo tipo de paciente aqui, então tem aquele que é mais desinformado, tem paciente que também é mais idoso, então É... as informações que ele fornece são informações assim... é mais difícil de obter informações dele, entendeu? Porque ele é um pouco mais confuso. Ele é um pouco mais desorientado, as vezes você vê que o paciente idoso ele precisaria já tá pro/assim demencial da idade, mais as vezes tem gente que tem uma demência um pouquinho mais avançada precisa alí, as vezes, tá acompanhado e num vem, muitas vezes ele vem só pra consulta então você fica..., as vezes conseguia dar a informação do que ele usava, do que ele precisava usar e também num tinha ninguém, então as vez-é isso que eu sinto mais dificuldades... pacientes mais desorientados, pacientes... mais demenciados E também de vez em quando aparece uma paciente que é mais é... como é que a gente fala?... mais exaltada, né, que as vezes quer agir com um pouco de agressividade, nesses pacientes você também tem que agir com mais calma porque também num pode revidar, entendeu? Mais tem pacientes tranquilos, pacientes muito cooperativos, varia bastante.*

11. Pesquisadora: *Qual é a regularidade do retorno dos usuários?*

12. Dra. Bruna: *É... varia bastante, depende muito. Tem gente que vem, vem uma vez por mês, tem gente que vem a cada três meses, depende muito da doença do usuário. Tem gente que é só um problema de pele vem uma vez e nunca mais volta, então varia bastante.*

13. Pesquisadora: *Comente casos específicos do retorno dos usuários.*

14. Dra. Bruna: *É como eu falei hipertenso a receita é renovada a cada três meses, apesar de a gente orientar preles ficarem sempre vindo verificar a pressão, a gente renova a receita pra três meses... tem paciente que vem a cada um mês que é pra gente verificar a pressão e ver se troca ou não a medicação, geralmente uma vez por mês eles vêm, é... e tem pacientes que tem problemas focais, as vezes é uma dor de coluna, porque pegou peso, a gente passa um anti-inflamatório e a pessoa não sente mais a dor, então esse paciente não retorna, tendeu, Então é essa variedade*

15. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

16. Dra. Bruna: *É, eu acho que... é, as vezes, o número excessivo de pacientes durante um dia só, por exemplo, num turno é preconizado dezesseis, ne, eu acho que se esse número fosse um pouco reduzido, talvez a consulta pudesse ser um pouco mais... demorada. Não sei até que ponto isso também iria beneficiar os pacientes, mas assim... é... quanto menor número de pacientes mais detalhado, mais demorado o atendimento, mais o paciente se sente a vontade, mais o paciente, entendeu? fala. A gente tem mais tempo pra ouvir o paciente, tem mais tempo pra perguntar as coisas. E isso é a grande diferença que a gente observa também assim consultório particular e o posto de saúde. Posto de saúde tem uma meta a ser cumprida que eu não sei até que ponto essa meta é cumprida assim colocando vários pacientes pra serem atendidos num turno, mas eu também entendo que a demanda de pacientes é muito grande, entendeu, então se fosse um número menor de pacientes talvez nem todo mundo tivesse acesso ao atendimento, então aí vem essa-essa questão, ne, não sei assim... uma ideia... o que seria a melhor solução pra melhorar esse-esse atendimento.*

17. Pesquisadora: *Quais as demandas do Programa de Saúde da Família?*

18. Dra. Bruna: *No sentido de que demanda assim? Do que aparece?*

19. Pesquisadora: *Sim*

20. Dra. Bruna: *Não, aparece todo tipo de paciente... inclusive na-no que a gente chama de demanda livre é... não tem nenhuma especificidade, problemas cardíacos gente que tem problema cardíaco, gente que tem problema de pele. Gente todas as especialidades aparecem alguma coisa otorrino, reumato, não existe nada, não existe nenhuma...nenhuma restrição, a restrição que a gente encontra aqui são pacientes mais graves que precisam de um suporte luminoso, suporte ventilatório, que a gente num tem estrutura aqui pra oferecer, então a gente tem que encaminhar prum serviço mais especializado, porque (ininteligível) aqui quem tá falando é a atenção primária, entendeu, atenção inicial, a gente pode é dá o atendimento inicial, mas quando passa um precisa de um suporte secundário, a gente tem que encaminhar.*

21. Pesquisadora: *É, comente quais as especificidades clínico-preventivas em relação as demandas do Programa de Saúde da Família.*

22. Dra. Bruna: *Como assim? Tenta ser mais direta assim*

23. Pesquisadora: *As especificidades clínico-preventivas*

24. Dra. Bruna: *Sei*

25. Pesquisadora: *Em relação as demandas do programa*

26. Dra. Bruna: *Assim, a gente trabalha aqui é... tem a saúde materno-infantil, ne, tem a saúde bucal, tem a saúde mental, tendeu, medidas clínico-clínico-preventivas dessas demandas... eu não sei assim dizer, é o que a gente faz, é consulta, é visita domiciliar, é puericultura, é isso, acaba sendo uma prevenção dessas-dessas é... demandas do PSF, entendeu, hipertenso diabético, tuberculose, haseníase, tudo a gente faz isso trabalhando com prevenção... aí tem as vacinas das crianças, eu num, assim-eu num sei explicar direito o que cê tá querendo assim. Num sei se eu respondi a sua pergunta.*

27. Pesquisadora: *Como é sua comunicação com os usuários?*

28. Dra. Bruna: *Assim, é um pouco até difícil eu falar da minha comunicação com os usuários... assim, é como eu falei já. Tem alguns eu tenho mais dificuldades, outros eu tenho menos dificuldades, mas sempre tentando achar um-um a melhor forma de atingir a essas pessoas.*

29. Pesquisadora: *Como você vê a visita domiciliar?*

30. Dra. Bruna: *Em que sentido assim? Eu acho que ela é válida, porque ela atende a-as pessoas que realmente não conseguem é... chegar até o posto de saúde, entendeu? Pessoas acamada, idosos que num tem como se locomover, num tem como chegar a unidade. É... a principal dificuldade da visita domiciliar é como eu já falei também, é porque as vezes a gente pede uns exames, os exames num chegam os mé-os pacientes não tem como fazer os exames. É tem exames especializados que a gente pede, eles também num tem-como também não conseguem chegar a unidade não conseguem fazer os exames, tem algumas pessoas que vão na casa colher, principalmente exames laboratoriais, mais isso é uma questão que inda TÁ é em evolução, sabe? ninguém ainda num tá funcionando muito bem não. Consigui de alguns pacientes, de outros, já não.*

31. Pesquisadora: *Quantos usuários você atende por dia e como você vê essa quantidade?*

32. *Dra. Bruna: Depende muito do dia, é... têm dias que eu atendo dezesseis demanda livre pela manhã e dezesseis a tarde. Têm dias que-que no caso das gestantes que eu só atendo cinco a seis gestantes por turno, né na tarde? uma vez por semana, intão varia-visita domiciliar também varia a quantidade, as vezes é três, as vezes é seis, tem dias que dá pra fazer um pouco mais, então varia muito.*

33. *Pesquisadora: Brigada*

34. *Dra. Bruna: Nada.*



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Médico	<b>Pseudônimo:</b> Ricardo

01. Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento no Programa de Saúde da Família?

02. Dr. Ricardo: Como é?

03. Pesquisadora: Isso.

04. Dr. Ricardo: Em relação a quê?

05. Pesquisadora: De modo geral.

06. Dr. Ricardo: De modo geral?

07. Pesquisadora: Isso.

08. Dr. Ricardo: O atendimento do Programa de Saúde da Família, ele é um atendimento precário, pur conta da falta muitas vezes de material, falta de medicamentos, falta até de material de expediente, tendeu, mas em relação à comunicação entre-entre o médico e o e os pacientes, eu acho que a gen/ é satisfatório.

09. Pesquisadora: Uhum. Como é a sua relação com os pacientes?

10. Dr. Ricardo: Eu acho que boa. É uma relação boa. Porque aqui a gente/ como é um programa que a gente fica sempre acompanhando as famílias fica fácil ter vínculo, cria vínculo, num é, você chega e já conhece, você visita as casas, né, vai nos acamados que ele não pode vir ao qual/ ao programa ao-ao-ao posto principalmente, vai visita, então conhece in lócuo, a-a-as famílias, os problemas dele, né, então fica fácil manter o vínculo, o vínculo facilita o tratamento...e a comunicação, né

11. Pesquisadora: Qual é a regularidade de retorno dos usuários?

12. Dr. Ricardo: A regularidade?

13. Pesquisadora: Isso.

14. Dr. Ricardo: Depende de que...aqui funciona como/ grande parte de programas, né, programa de hipertensão e diabetes, tuberculose e hanseníase, éé pré-natal, é-a-a o planejamento familiar, o atendimento à criança, né, o e-e a regularidade depende da necessidade do...de cada programa, né, por exemplo, o hipertensão e diabetes...normalmente a gente marca de dois em dois meses o retorno do paciente, tendeu, o programa de TB e hanseníase, tuberculose e hanseníase, é mensal o acompanhamento, tendeu, depende do programa, tendeu, e tem a demanda livre que aí-aí n-não é retorno, aí é de acordo com a necessidade, o paciente procura o médico, viu

15. Pesquisadora: Quais são as demandas do Programa de Saúde da Família?

16. Dr. Ricardo: São variadas, né, você vai ter da criança até o...desde a pediatria até a geriatria. Então você abrange tudo.

17. Pesquisadora: E quais são as especificidades clínico-preventivas em relação a essas demandas?

18. Dr. Ricardo: As-as?

19. Pesquisadora: Especificidades clínico-preventivas.

20. Dr. Ricardo: Preventivas?

21. Pesquisadora: Isso.

22. Dr. Ricardo: Do programa, né?

23. Pesquisadora: Isso.

24. Dr. Ricardo: É, na verdade, o Programa de Saúde da Família é um programa baseado exatamente na prevenção mesmo, né, a gente atua, como eu disse, desde-do-do da pediatria até a geriatria. Então, é um programa que ele é pra ter a capacidade de resolver em torno de 80% dos problemas da comunidade...esses outros 20% seriam os encaminhamentos pra os especialistas, né, chamados especialistas, se bem que tem que tem no-no Programa de Saúde da Família, a maioria dos médicos são especialistas também...no meu caso, eu sou ortopedista, né, então e-e-essa demanda de ortopedia já mandam pra mim, eu já resolvo. Como tem também os colegas que são, é dermatologistas, que já resolvem, e por aí...né, então a-o programa é um programa que é foi concebido mais pra uma prevenção mesmo de doença, né, de resolver na comunidade, pra facilitar o acesso dos pacientes, né, atuando na prevenção, pra evitar que não evolua.

25. Pesquisadora: Como você vê o atendimento domiciliar?

26. Dr. Ricardo: O atendimento domiciliar é importante. Eu acho importante. O paciente acamado, o paciente não pode vir ao posto...porque são pessoas muito...na maioria das vezes são pessoas carentes, né, não tem di-dinheiro nem pra comprar o remédio, lógico que não vão poder comprar é pagar um transporte pra se, né, pra se locomover até o até o posto de saúde, então a gente vai lá na casa dele mesmo, viu?

27. Pesquisadora: Como é a sua comunicação com os usuários?

28. Dr. Ricardo: Boa porque eu sou daqui da terra, né, e conheço linguajar dos pacientes, então é fácil da gente se comunicar...até pelo vínculo também que a gente cria com as famílias...que a gente conhece todos, né?

29. Pesquisadora: Quantas pessoas o senhor atende por dia e como o senhor vê esse número?

30. Dr. Ricardo: Varia, no mínimo...dezesseis pessoas em cada turno, tá entendendo, turno que digo de quatro horas. É um número adequado porque você tem...quinze minutos pra cada paciente, sendo bem dirigido, você consegue atingir, consegue atender satisfatoriamente.

31. Pesquisadora: E se dependesse do senhor, o que o senhor mudaria no Programa de Saúde da Família?

32. Dr. Ricardo: Mudaria quase tudo, não-não a-a finalidade, né, do programa nem os objetivos, os objetivos e o-o a forma como ele foi concebido. Mudaria que os governantes dessem mais ATENÇÃO ao programa, porque nos países desenvolvidos...ele é um programa que é altamente valorizado, é um programa de pouco é de pouca é como é que eu vou dizer, complexidade em termo de aparelhagem, mas com muito complexidade técnica, né, de conhecimento médico mesmo...então você vai atuar, tem gente que atua com pouco aparelho, né, de diagnóstico só o básico, mas com muita muito emprego do exame, do exame clínico, do exame físico a medicina de modo de modo mais específico, né, sem muitos exames complementares. É uma medicina barata, que merecia/ barata mas de alto nível se fosse...valorizada, porque o médico do PSF é visto como um médico de segunda categoria, porque,

*porque trata de pobre, porque trata de pobre. Então, até pelos colegas dele, ele é visto como-como um médico de segunda categoria é uma (ininteligível) de pessoas diz que é ou médico de começo de carreira que tá começando e quer ganhar uma mirimbáú pra poder, né, ou pra médico de fim de carreira que já num quer mais nada, quer só ficar no posto passando remédio pa verme. Não é isso o objetivo do programa, mas ele é visto desse jeito, por que, porque os governantes não valorizam...o programa, não valorizam o profissional, não dá condições de trabalhar...é desse jeito/ cê viu, andou pelo posto? Cê viu que num tem um banheiro aqui que preste? As portas todas caídas, entendeu? Tá vendo isso aqui, ó? [referindo-se à maca suja que existe dentro do consultório] num tem ua-ua-ua toalha pra proteger isso aqui. Alguém que chega, vai querer deitar numa maca dessa suja desse jeito, né, o que falta é estrutura, o que falta é VALORIZAÇÃO por parte dos governantes, se eles gastassem no PSF/ gastassem não, investissem...o que é pra ser, aí é pos/ um salto de qualidade muito grande. Mas você tá vendo um profissional desse num tem nada, num tem ua-ua-ua toalha pra você enxu/ um papel toalha pra você enxugar a mão, num tem nada, então aqui é desse jeito. Isso aqui é meu, ó, isso aqui é meu que eu compro pa poder examinar os pacientes [referindo-se ao estetoscópio e a lanterna que estavam sobre a mesa do consultório], num tem nada aqui do posto. O que falta é valorização, né, o programa é muito bem concebido. Nos países desenvolvidos, o médico que atua nessa atenção primária é valorizado, aqui não, é visto como segunda classe.*

33. Pesquisadora: *É isso, muito obrigada.*

34. Dr. Ricardo: *Tranquilo. (Risos)*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Dentista	<b>Pseudônimo:</b> Paola

01. Pesquisadora: *É, na sua experiência como é o atendimento no Programa Saúde da Família?*

02. Dent. Paola: *Como é? É um atendimento sistematizado, né, que tem A DEMANDA LIVRE a gente atende a demanda livre e atende uma demanda programada e atende através de grupos, né, grupos de diabético, grupo de crianças, gestantes sempre em conjunto com a equipe.*

03. Pesquisadora: *Qual a sua relação com os pacientes?*

04. Dent. Paola: *Como assim a minha relação?*

05. Pesquisadora: *É, como se dá o seu contato... com os pacientes?*

06. Dent. Paola: *Os pacientes vem aqui/ é a gente com a equipe tem uma área cadastrada...e atende esses pacientes cadastrados e também a demanda livre espontânea...porque o posto atende também uma área que não é coberta pelo PSF...da proximidade.*

07. Pesquisadora: *Qual é a regularidade do retorno dos usuários?*

08. Dent. Paola: *Olha, quando é uma demanda programada eles são, eles vêm normalmente uma vez por semana...quando é demanda livre a gente não tem como controlar esse retorno mas a gente procura sempre pedir que ele volte pra fazer o tratamento concluído.*

09. Pesquisadora: *Comente casos...de retorno/específico de retorno de usuários.*

10. Dent. Paola: *Como é?*

11. Pesquisadora: *Comente casos de retorno de usuários.*

12. Dent. Paola: *Como assim?*

13. Pesquisadora: *U-u-um f-fato o-ou uma história qu/ algué/ um exemplo de retorno...que aconteceu.*

14. Dent. Paola: *Olha, a gente trabalha nas escolas os pa/ ai a gente faz um levantamento de necessidade, por exemplo, identifica que aquela criança tem bastante cárie tenta agendar pra cá até concluir o tratamento ela fica vindo até a conclusão do tratamento.*

15. Pesquisadora: *É, se dependesse de você o que mudaria no Programa Saúde da Família?*

16. Dent. Paola: *É, uma uma amplitude MAIOR da cobertura de todas as áreas porque como a gente não trabalha só PSF...devido à demanda livre como o posto não TEM profissional suficiente nem capacidade suficiente para cobrir todas as áreas próximas, então a gente recebe demanda livre o que dificulta o é o cumprimento do-do funcionamento mesmo do PSF porque o PSF ele só era pra atender a demanda PROGRAMADA os AGENDAMENTOS e como aqui nem todas as áreas são cobertas a gente acaba recebendo pacientes que não são da nossa área.*

17. Pesquisadora: *Qual a demanda do P/ do Programa Saúde da Família?*

18. CD(a): *Qual a demanda do Programa [isso] de Saúde da Família? É de acordo com a*

área...delimitada, com a territorialização delimitada de acordo com a proximidade dessa unidade eu a/ eu sou a dentista da equipe do Papicu...mas eu atendo pessoas de/ da Cidade 2000 porque moram perto e procuram atendimento e a gente num pode negar o atendimento.

19. Pesquisadora: Comente sobre as especificidade/especificidades clínico-preventivas em relação ao Programa de Saúde da Família.

20. Dent. Paola: A gente tem o-a-o atendimento clínico-curativo tem a parte preventiva nas escolas e junto COM OS grupos, né, de gestantes, a gente orienta...a higiene da mãe, do bebê.

21. Pesquisadora: Como você vê a-o atendimento domiciliar?

22. Dent. Paola: O atendimento domiciliar pra odontologia ele é um pouco mais difícil...porque a parte curativa da odontologia requer muitos equipamentos muitos materiais, mas sempre que pode assim a ge/ outras ações interdisciplinares a gente acompanha as enfermeiras...e os médicos.

23. Pesquisadora: Quantos pacientes você atende por dia e como você vê essa quantidade?

24. Dent. Paola: Bem são oito pacientes por turno, né, então quando tem turno clínico normalmente a gente atende seis e fica com dois no caso de urgência...eu acho que é um uma quantidade boa.

25. Pesquisadora: Obrigada, é isso.

26. Dent. Paola: De nada.

27. Pesquisadora: Muito obrigada.

28. Dent. Paola: De nada.

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Enfermeira	<b>Pseudônimo:</b> Lúcia

01. Pesquisadora: *Na sua experiência, como é o atendimento no Programa de Saúde da Família?*

02. Enf. Lúcia: *Em que sentido?*

03. Pesquisadora: *No sentido de comunicação*

04. Enf. Lúcia: *Bom, o programa de saúde na família que agora é Estratégia de Saúde da Família, ele tem a... o objetivo de... de fazer um... um criar um vínculo entre a saúde e a população, então cada equipe é responsável por uma determinada área, certo? E toda aquela população que reside ali é de responsabilidade dos profissionais da equipe. A equipe é composta por: dentista, médico, enfermeiro, os técnicos de enfermagem de saúde bucal e os agentes comunitários de saúde, onde cada um tem papel em relação relacionado com a comunicação. O agente de saúde, ele reside na mesma área dessa população, então ele vai ser o-o-o elo maior entre a população e a unidade de saúde, onde ele vai trazer todos os problemas, é lá onde ele vai escutar, onde ele vai observar as necessidades da população e vai trazer pra gente que tá dentro da unidade, os profissionais, é... pra que a gente possa trazer soluções. É mais ou menos isso.*

05. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os usuários?*

06. Enf. Lúcia: *Eu acho que boa, considero uma relação boa, tipo eu nunca tive problema com ninguém... assim.*

07. Pesquisadora: *Qual a regularidade de retorno dos usuários?*

08. Enf. Lúcia: *Bom, como se tem é... instaurado-se os programas como tuberculose, pré-natal, planejamento familiar, puericultura que é o que o pro... o PSF faz, né, o Programa de Saúde da Família, ele já trabalha com o programas, esses programas já são a facilidade de-de retorno, porque você tem como fazer o acompanhamento é... passo a passo com o paciente até porque você tem o agente de saúde tá ali. O paciente sai da minha sala, de uma consulta de pré-natal e vai ter que retornar no mês seguinte, esse a esse agendamento que eu faço junto com o paciente aqui na sala o agente comunitário de saúde também vai ficar sabendo, então o agente vai lá na casa dele: - olha amanhã você tem consulta. Então assim é uma facilidade, então assim, eu vejo que retorno com programas é mais fácil do que se você faz um atendimento em demanda livre... pá pessoa vem aqui ... a eu quero é... um anticoncepcional e ela não mora aqui na-na-no-na nossa área do posto, digamos que ela more na Barra do Ceará, ela vem aqui eu vou atendê-la eu vo eu vo é... trabalhar com ela a questão do planejamento familiar, ne, que é a questão do anticoncepcional, porém porém eu não vou ter como saber se ela vai retornar ou não pra unidade dela lá no bairro dela, então quando tem instaurado os programas e os pacientes estão incluídos nos programas o retorno é melhor visualizado.*

*(Nesse momento um homem entrou na sala e fez uma pergunta à enfermeira)*

09. Pesquisadora: *Comente casos específicos relacionados ao retorno dos usuários.*

10. Enf. Lúcia: *Acabei de comentar um, ne, um exemplo e por exemplo é... tuberculose seria uma moça que chegou no fim do tratamento do programa de tuberculose. Tuberculose é um programa que além de ser acompanhado por nós é acompanhado pelo Ministério da Saúde, porque é uma doença de notificação compulsória, então o ministério da saúde tem por obrigação ser notificado de mais um*

*caso, então é um programa super bem acompanhado, a gente tem registros mensais desses pacientes, acompanhamento na área é... uma fiscalização no sentido de que o agente de saúde fica indo na residência para saber se ele toma a medicação e ele tem por obrigação retornar a cada mês para que a gente possa ver como que tá o acompanhamento dele é... com relação a doença, o grau de melhora da doença é.. se tá tendo efeitos colaterais, porque a medicação é um pouco forte, são antibióticos que ele vai tá tomando todo dia, a questão da... muitas vezes da-do uso de drogas, que muitos deles usam, então a gente tem que sempre tá dando apoio, reforço, então assim eu acho que o-o retorno é tranquilo quando se tem esse vínculo. É muito difícil você ir pro uma consulta em uma emergência de um hospital e você criar vínculo com algum profissional, mas dentro do Programa de Saúde da Família esse vínculo já é mais fácil, então o paciente já vai fazer questão de voltar pro-pro atendimento, porque ele sabe que vai ter um acompanhamento e não vai ser deixado na mão.*

11. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que você... você mudaria no atendimento?*

*(Nesse momento entra uma funcionaria e conversa com a entrevistada)*

12. Pesquisadora: *Se dependesse de você o que deveria ser mudado no atendimento do Programa de Saúde da Família?*

13. Enf. Lúcia: *A nossa vamos lá muita coisa a equipes completas que nós não temos, tá? A equipe completa é aquela que eu te falei médico, dentista, enfermeiro, técnico de saúde bucal, técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde pra área, né? Na minha equipe eu tenho médico, dentista, enfermeiro, tenho técnico de saúde bucal e tenho três agentes de saúde. Agente de saúde ele trabalha por microárea, certo? Aí existe uma área grande a gente divide essa área grande em microáreas e cada agente de saúde vai ficar responsável pela população que reside naquela microárea eu tenho deixa eu ver acabei de contar eu tenho sete microáreas e eu só tenho três agentes de saúde, então eu tenho quatro microáreas descobertas de acompanhamento diário o agente de saúde passa na casa da pessoa quase todo dia pra saber se tá precisando de alguma coisa pra saber se num tá fazendo buscas ativas de alguns problemas então eu tenho quatro microáreas que não tem cobertura de agente comunitário de saúde além disso o auxiliar e técnico de enfermagem ele tá na minha equipe, mas ele não trabalha diretamente comigo ele trabalha aqui na unidade então se eu precisasse sair a qualquer momento pra casa de alguém na minha área eu não tenho como tirar ele da unidade porque ele tá trabalhando em outro setor no posto então assim eu acho que deveria ter equipes exclusivas do Programa de Saúde da Família completas porque por exemplo eu to fazendo o consolidado de produção do mês eu tenho a produção de três microáreas ao invés de sete, só que a minha área são sete então eu vou tá mandando um dado não que falso, mas incompleto pra prefeitura a prefeitura vai achar que por exemplo eu tenho dois casos de tuberculose mas eu só tenho dois casos nas áreas cobertas por essas onde eu consigo ter o dado mas eu posso possivelmente eu posso ter mais casos em outras áreas de pessoas que não foram diagnosticadas ainda pela ausência do agente comunitário de saúde que num foi lá fazer a busca ativa porque é não tem, certo? eu acho que deveria ter equipes completas pra facilitar o trabalho aaaa cargas horárias melhores definidas eu trabalho numa carga horária boa, que é manhã e tarde são oito horas manhã e tarde, mas profissionais que trabalha tarde e noite como aqui a gente tem como é o caso desse que acabou de sair já virou a noite provavelmente ééé fica muito difícil criar vinculo com a população porque pra vim a noite de áreas distantes, são áreas perigosas então o paciente não se dispõe nem se prontifica a vim numa unidade com uma criança digamos de seis meses dois meses oito horas da noite ser consultado pelo médico, então assim rever melhor os horários, porque tem equipes que conseguem trabalhar bem numa carga-horária tem equipes que devido a outra carga-horária que existe tem uma defasagem com relação ao atendimento da população por conta do horário aaaa o o os insumos não sei nem se seria a palavra certa os insumos mas assim a gente ter material para trabalhar que falta, certo? Eu num digo sempre e num digo que são todos os materiais, mas ééé não é raro a gente deixar de fazer alguma atividade pela ausência de algum material por exemplo uma pessoa entra pra fazer a primeira consulta de pré-natal a gente não conseguiu fazer porque tá faltando cartão pré-natal por exemplo a pessoa vem*

fazer prevenção tá faltando ácido acético pra fazer a prevenção de câncer de colo por exemplo tá faltando o receituário azul por exemplo atualmente tem muito paciente que é depende de medicação controlada e não tem receituário azul eu acho que esses são os principais pacientes que devem ser atendido porque se eles tem uma medicação controlada é porque é essencial pra pra qualidade de vida dele e ele chega aqui ele não pode pegar a medicação porque na farmácia porque ele não pode pegar a medicação que o médico prescreveu e a medicação só sai com o receita azul não cabe a coordenação do posto cabe a a administração geral, né se a gente faz o pedido mas não vem então assim eu acho que melhoraria se o material se os materiais de trabalho tivessem sempre apostos se as equipes estivessem completas se o horário tivesse melhor adequado só algumas coisas tem mais coisa tá bom isso se não que mais?

14. Pesquisadora: quais as demandas do Programa de Saúde na Família?

15. Enf. Lúcia: Demandas de atendimento?

16. Pesquisadora: sim

17. Enf. Lúcia: a gente trabalha desde o nascimento do ser humano até a morte dele então a gente pega toda a família né? Agora falando de um modo mais abrangente crianças recém-nascidas ou idosas então nisso a gente incluiu os programas existe o núcleo de saúde da criança o núcleo de saúde da mulher o núcleo da mesma adolescente da mulher o núcleo do idoso o núcleo de saúde odontológica e nisso a gente vai fazendo um atendimento geral

(Nesse momento alguém entra na sala e conversa com a enfermeira)

18. Enf. Lúcia: atendo já você só um minutinho. É onde é que eu parei? Deixa eu ver o atendimento, né?

19. Pesquisadora 2: Nos núcleos.

20. Enf. Lúcia No atendimento, né?

21. Pesquisadora 2: Os núcleos

22. Enf. Lúcia: Á, os núcleos então a gente trabalha por exemplo com programa de puericultura a gente faz o atendimento das crianças de zero a cinco a pré-natal a gente atende todos os pré-natais que não são de risco a gente tem como avaliar a o risco e encaminhar para alguns setores ou adulto e idoso a gente trabalha com o programa de hipertensão e diabete tuberculose programa de hanseníase programa de planejamento familiar visita domiciliares então assim a maneira de como a gente organiza o atendimento é só através dos programas onde a gente cria núcleos, né? De atendimento e nisso a gente faz um-um cronograma onde todas as equipes atendem todos esses programas durante a semana e isso varia demais por exemplo no mês de junho eu tenho quinze gestantes numa tarde que eu tire da semana pra atender os pré-natais não não é suficiente então naquele mês eu vou botar duas tardes de pré-natal ao invés de somente uma já no mês seguinte esse número cai pra sete então no próximo mês eu não preciso mais de dois dias de pré-natal só preciso de um então são cronogramas bem flutuáveis assim flutuantes né? No sentido de que de que a organização se dá de acordo com a demanda e essa demanda é trazida pra gente através do agente comunitário de saúde, certo?

23. Pesquisadora: comente sobre as especificidades clínico preventivas em relação as demandas do Programa de Saúde da Família

24. Enf. Lúcia: Especificidades clínico? preventivas

25. Pesquisadora: Preventivas



26. *Enf. Lúcia: é isso, né, é O Programa de Saúde na Família ele tem que trabalhar prioritariamente na atenção básica é a atenção básica né a saúde ela se divide na função primária secundária e terciária o Programa de Saúde na Família tá incluído na atenção primária que é a atenção básica que é porta de entrada da população na unidade qual é a função? É fazer com que essas pessoas não cheguem num nível de secundária ou terciária quando a doença já está instalada e você já vai ter que tratar numa doença a função de uma unidade básica de saúde é trabalhar a prevenção das doenças e a promoção da saúde então assim as especificidades clínico-preventivas tão aí é a nossa é a nossa base né onde a gente aqui vai tá vai ter que está trabalhando com a população grupos como aqui a gente tem grupos de gestantes grupos de idosos pra que por exemplo aquele idoso que por ventura esteja diabético descobriu uma diabetes a gente trabalha com ele preventivamente pra que Ele não venha a passar a usar insulina ou então que aquela medicação que ele tá tomando via oral aos poucos ele deixe de tomar e fique com controle somente na dieta através de orientações né através de orientações de de conversas de grupos então assim é a finalidade básica a gente faz só isso? Não, porque a nossa sociedade no nosso país não nos dá condição para que façamos só isso então sempre quando abre essa porta não é procurando uma orientação uma menina que chega aqui e diz olha eu quero uma orientação sobre é engrá sobre como não engravidar é raro alguém entrar nessa porta e me pedir isso ela já vem e diz olha eu to tendo relação eu to sentindo isso-isso e aquilo e aí eu acho que eu to com algum problema disso aí quando a gente vai ver é uma sífilis uma DST por falta de orientação né então assim a gente tem que tipo bater na tecla dos grupos de acompanhamento das salas de espera que muitas vezes a gente faz e enquanto tem dezesseis pessoas esperando o médico a gente tá lá dando orientação sobre algum assunto e isso na parte da enfermagem eu não sei nos outros nos outros núcleos nos outros de profissional, acho que é isso se eu entendi bem a pergunta*

27. *Pesquisadora: Como é a sua comunicação com os usuários?*

28. *Enf. Lúcia: Ó a eu tenho uma pós em gerontologia que é aquele pessoal é a especialização que trabalha com o envelhecimento humano então assim eu tenho um uma dedicação grande por pessoas que têm muitas limitações assim eu me dedico muito as pessoas bastante limitadas idosos geralmente tem várias limitações NE então assim eu fico muito atenta na maneira de me comunicar como eu falei no início aqui antes da entrevista é muitos pro muitos profissionais eles prescrevem com uma letra que nem mesmo ele entende se ele for ler novamente nem ele próprio entende imagine um idoso que não tem uma visão boa né que não sabe ler geralmente quem frequenta uma unidade pública de saúde são pessoas que tem menos escolaridade né porque já tem uma dificuldade maior pra ler aí vem uma letra que não é legível então eu assim eu acho que a minha comunicação embora eu trabalhe bastante com idoso eu tra/ eu tento trazer pra todos as outras faixas etárias todos os outros eu creio que seja clara é simples tipo eu não posso chegar pra um pra você dizer que a hanseníase de uma maneira dimorfa bla bla bla que você não vai entender então eu tenho que dizer a hanseníase te dá umas bolhinhas na pele umas manchas pra que a pessoa entenda né por exemplo no cartão pré-natal da gente que a gente vai arguir as pessoas vamos com o histórico de regresso dela existia umas perguntas é você já teve problema com infertilidade a tem muita mulher que não sabe o que é infertilidade então como é que a gente faz a pergunta você já fez algum tratamento pra engravidar precisou tem dificuldade? Melhorar a forma de comunicação na sua família tem diabetes tem gente que não sabe o que é diabetes na sua família tem alguém que tem problema que não pode comer açúcar? Tem alguém que toma alguma injeção todo dia ? e aí a gente vai melhorando né? Assim porque tem pessoas que não tem um grau de esclarecimento bom e assim a maioria deles que vem aqui na unidade de saúde são assim então assim eu creio que a minha comunicação é boa e eu procuro sempre saber o nome das pessoas eu conheço a maioria dos pacientes que que são tratados por mim por nome conheço o nome marido conheço os filhos eu procuro saber vou na casa deles porque a gente faz a visita domiciliar então a gente vai na casa deles então assim eu acho que é uma comunicação boa*

29. *Pesquisadora: Como você vê a visita domiciliar?*

30. *Enf. Lúcia: Como eu vejo? Eu vejo a visita domiciliar ela é de grande importância pra pra população que criar vínculo com a equipe porque ela se sente mais aberta mais a vontade ao chegar numa unidade de saúde e encontrar um profissional que ela vê andando na rua dela fala com ela que entra na casa dela ela se sente mais a vontade tá é uma segurança que passa maior e é importante pra aquelas pessoas mais limitadas né idosos acamados deficientes né as pessoas que tem problema de mobilidade física ã gestantes que tão panperio (ininteligível) né a gente tem como fazer buscas ativas por exemplo aaa crianças que a mãe não vem vacina a gente vai lá olhar o cartão olha tá atrasado a gente pode levar ela vacina lá porque são aquelas mulheres que não tem tempo pra vir na unidade por diversas razões né então assim eu acho que a visita domiciliar ela é um ganho pra o profissional e pra população né onde a gente por por exemplo eu to aqui trabalhando com uma pessoa hipertensa e eu digo pra ela não uma pessoa diabética por exemplo e eu digo pra ela vou mudar em outro mais fácil pré-natal que ela ta com anemia e ela tem que melhorar a alimentação dela aí eu vou dizer pra ela comer espinafre blá blá blá blá blá um monde de comida cara se eu já sei onde ela mora sei a realidade dela não posso mandar ela comer comida cara eu vou pedir pra ela aumentar a rapadura tendo cuidado com açúcar aumentar o suco de laranja porque o ferro ajuda na absorção a laranja ajuda na absorção do ferro o feijão eu vou botar mais mais verdura mais barata a gente tem como trazer pra nossa atendimento a realidade das pessoas o que que adianta eu dizer pra pessoa comprar uma fruta cara se ela não vai poder comprar então a gente sabe conhecendo a realidade dela a gente tem como melhorar a nossa maneira de tratamento o nosso tratamento aqui nosso tratamento clinico né no caso por exemplo e assim com relação ainda a visita é um ponto também importante é a questão da segurança a a gente sempre faz visitas domiciliares em áreas de risco área de risco ambiental pra população são áreas de risco de deslizamento desabamento a maioria das áreas pelo menos as minhas são assim tem umas da [nome do bairro] que não são mas as minhas são bem longe das delas..(ininteligível) e risco também pra gente no sentido de ter periculosidade a gente entra na casa de traficante de assassino assaltantes que tem batida policial na área ne então tem algumas áreas que os profissionais nem entram e aquela população se sente prejudicada pela falta de segurança ne aqui mesmo na unidade a gente tem equipes de saúde que não estão indo fazer visita domiciliar na área deles por conta que a periculosidade tá tão alta que o próprio agente comunitário a gente diz não entra porque eu não garanto a sua segurança o agente comunitário também atua nisso daí tipo a gente tá andando com uma pessoa que é vizinho daquela outra pessoa então ele não vai tipo trazer nenhum fazer nenhum malefício com a gente é o que se espera mas tem áreas que nem o agente comunitário de saúde se salva que ele mesmo pode ser assaltado o vizinho dele pode assaltá-lo então assim é muito perigoso você andar em determinados lugares da cidade né existem muitos postos de saúde que não estão indo fazer nenhuma equipe por conta da área ser perigosa acho que tinha que investir nessa questão da segurança carros com com logotipo da prefeitura a nessa gestão agora tá vindo mas eu to desde 2006 e ainda entrando em carros dentro de favelas sem logotipo nenhum então assim ninguém sabe quem tá ali dentro se tem um logotipo explicando que é da prefeitura já é um ganho pra gente, né? A teve um caso na nesses apartamentos mais maiores daqui do [nome do bairro] que a gente foi fazer investigação de óbito e a pessoa não estava em casa o porteiro falou que a pessoa não estava em casa e a gente foi embora depois veio um uma denuncia aqui alguém o o coisa de delegacia foi falar com a coordenadora da unidade pra saber se era verdade aquilo o posto se identificou porque pareceu um carro preto na porta dela querendo saber do filho ou seja são pessoas que tem medo você não ter identificação né pra concluir.*

31. *Pesquisadora: Quantos usuários você atende por dia e como você vê essa quantidade?*

32. *Enf. Lúcia: O preconizado é que a gente atenda dezesseis usuários de manhã e dezesseis a tarde dependendo do programa o pré-natal a gente não consegue fazer dezesseis pessoas porque se não o atendimento fica falho é um programa que demanda mais tempo pro paciente e pro profissional ne várias etapas então assim dependendo do programa pode vim de oito a dezesseis no total a gente atende de oito a dez por tarde e os outros programas são geralmente dezesseis dezesseis de manhã e dezesseis tarde. Eu acho que a quantidade é boa assim é um tempo hábil pra você conversar com a pessoa sai em média dezesseis a vinte minutos é quando a gente fala de que a gente trabalha com*

*promoção de saúde né se a pessoa tá trazendo um problema de saúde instalado dezesseis vinte minutos não é o suficiente mas se a gente tá aqui só pra orientar eu acho que dá individualmente dezesseis com problemas pontuais ela vai chegar aqui to com o problemas x eu consigo conversar com ela um pouco em vinte minutos acho que é um tempo hábil agora se ele já tá vindo com um problema instaurado assim já aí esse tempo já fica reduzido e aí é onde a gente trabalha essa diminuição de atendimento deixa de atender dezesseis e vai atender é menos pessoas naquele dia com a finalidade que aquele paciente tenha um melhor atendimento.*

33. Pesquisadora: Obrigada.

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Enfermeira	<b>Pseudônimo:</b> Jéssica

01. Pesquisadora: Uuum, na sua experiência, como é o atendimento no Programa de Saúde da Família?

02. Enf. Jéssica: É bem tranquilo, né, porque assim é-é uma relação que o usuário vem éé primeiro ele tem que ter uma confiança no profissional que tá atendendo...a gente atende nas áreas então já conhece as pessoas com que a gente tá lidando...éé-é tranquilo.

03. Pesquisadora: Uhum. Como é a sua relação com os usuários?

04. Enf. Jéssica: A é uma relação boa, né, a gente procura ser honesto o quanto pode, trabalhar dentro do que a estrutura oferece pra gente, muitas vezes a é você não tem os recursos necessários dentro da sua unidade, mas aí você procura fazer os encaminhamentos, né, agilizar que você pode pra tá procurano ver melhor os diagnóstico, tá procurando dar uma assistência melhor.

05. Pesquisadora: ã, qual a regularidade de retorno dos usuários?

06. Enf. Jéssica: É em torno acho que de uns...70% mais ou menos.

07. Pesquisadora: Comente casos específicos sobre o re/ o retorno de usuários.

08. Enf. Jéssica: É, em relação por exemplo ao programa de pré-natal, né, eles éé tem uma frequência de consultas todos os meses eles têm que tá retornano à unidade para tá sendo feito o acompanhamento, nos pacientes do programa de Tuberculose éé a-a cada mês eles também tão vindo pá fazer avaliação isso por um período de ser meses.

09. Pesquisadora: ã, se dependesse de você, o que você mudaria no atendimento do Programa de Saúde da Família?

10. Enf. Jéssica: O atendimento em si acho que eu num mudaria nada não, meu atendimento, certo, porque eu acho que a gente consegue atender dentro do que a gente objetiva no programa, a dificuldade que a-a gente tem é com recursos materiais, né, pra trabalhar.

11. Pesquisadora: Quais são as demandas do Programa de Saúde da Família?

12. Enf. Jéssica: Tuberculose, hipertensão, diabetes, pré-natal, hanseníase.

13. Pesquisadora: Comente sobre as especificidades clínico-preventivas do Programa de Saúde da Família?

14. Enf. Jéssica: Tem a parte de éé prevenção de éé ginecológica que a gente faz, né, o próprio pré-natal...você tá-tá prevenino a questão do tétano neonatal, a prevenção de câncer de mama.

15. Pesquisadora: Hum, qua/ como é a sua comunicação com os usuários?

16. Enf. Jéssica: É muito boa.

17. Pesquisadora: ã, como você vê o atendimento domiciliar?

18. *Enf. Jéssica: E-eu acho muito bom as visitas domiciliares, né, a-a questão é que quando você vai fazer a visita, você vai com foco em um cliente só que muitas vezes você acaba tendo que atender a várias outras pessoas na-na casa, né, porque são situações sociais bastante difíceis. Às vezes, assim, tem pessoas que teriam condições de ser atendido no próprio posto mas por questões financeiras não-não-não tem condições de ir, então às vezes quando você vai fazer a visita a um acamado você acaba atendendo vários outros usuários daquela casa.*

19. *Pesquisadora: Quantos pacientes cê atende por dia e como você esse número?*

20. *Enf. Jéssica: Atendo em torno de dezesseis pacientes, né, quando todos vêm. É um número satisfatório pra dentro da carga horária da gente, dá pra gente atender.*

21. *Pesquisadora: Então é isso. Muito obrigada.*

22. *Enf. Jéssica: Nada. Espero que tenha ajudado,aí.*

23. *Pesquisadora: Sempre ajuda.*

24. *Enf. Jéssica: Que fique boa, né.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> Técnica de Enfermagem	<b>Pseudônimo:</b> Selma

01. Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento no programa de Saúde da Família?

02. TEnf. Selma: Programa de Saúde da Família, praticamente eu comecei aqui em dois mil e cinco, que eu já trabalhei em hospital, né, e eu aqui comecei no posto em dois mil e cinco e eu gosto desse trabalho aqui é a do posto.

03. Pesquisadora: Como é a sua relação com os usuários?

04. TEnf. Selma: Ê-eu gosto, me sinto bem, faço o que eu gosto e procuro na medida do possível tratar bem as pessoas, né, porque as pessoas já vêm pra cá um pouco assim abatida, né, cum A é doente, a gente tem que tratar bem essas pessoas que vêm aqui, a gente tem que é no sentido da atenção, é e chegar junto a-na parte assim humana da pessoa num sê muito grosseira cum elas, né, muitas vezes eu explico o procedimento que eu faço aqui no posto, né, que eu fico aqui na sala do aerossol, é vejo aqui o peso, a pressão, fico também na sala do curativo, sabe. No momento eu não tô dando medicação, certo, por conta de uma cirurgia que eu fiz, mas eu tô fazendo na medida do possível que tá sem o meu alcance, mas eu gosto de fazer.

05. Pesquisadora: Qual é a regularidade do retorno dos usuários?

06. TEnf. Selma: Ei, assim, tu quer dizer como? (risada tímida)

07. Pesquisadora: em quanto, em quanto tempo, de quanto em quanto tempo eles retornam, eles voltam?

08. TEnf. Selma: Não, ó tem paciente que médico, pur exemplo, doutor Fábio, ele é hipertenso, cuida dos hipertensos diabético, então ele de três em três meses ele manda os-os pacientes dele retornar pra consulta e todo dia o posto tem pessoas diferente, tem pessoas que tão sempre retornando pra vim aqui no posto pra poder se consultar, né, tanto criança como adolescente e adultos, né, pra pudê fazer a consulta né.

09. Pesquisadora: Comente casos específicos de retorno dos usuários.

10. TEnf. Selma: Mais específico? Mais assim que vem sempre você quer dizer?

11. Pesquisadora: É... de modo geral, um caso específico que a senhora acha um exemplo

12. TEnf. Selma: Que vem assim específico, como eu já te falei, né, é o-são os hipertensos diabético que vem mais assim fora as crianças também que é as médicas pediatra atende, né, caso assim como tem de dengue quando vem pra fazer aquele exame, né, pra certificar se tá cum a doença, né, porque tem época que dá mais, né, e tem época que dá menos, né, essa época agora que tá dando mais é as criança que vêm pra fazer aerossol, cansaço, o médico passa inalação pra fazer, né, e eles mandam repetir as vezes de vinte em vinte minuto como manda de seis em seis hora, de oito em oito hora pra puder retornar pra fazer o tratamento.

13. Pesquisadora: Se dependesse de você o que deveria ser mudado no atendimento do programa de saúde da família?

14. TEnf. Selma: *O que deveria ser mudado? ... Eu acho, na minha opinião, eu digo assim é no sentido da é não pela demora em si (ininteligível), porque tem caso que tem que ter o atendimento mais rápido e demora, tá entendendo, porque eu penso assim, porque tem pessoas que num tem sempre tempo pra tá vindo sempre, ne, as vezes demora, as veze manda pessoa vim daqui uns três mese e as vezes chega caso aqui das pessoas tem que ter atendimento rápido e num tem, tá entendendo, como também eu digo assim, essa fila de espera, tá entendendo, é no sentido dos exames têm exames que tem paciente que tem que ser feito logo como as prevenções demora, né, é... xeu vê mais, no sentido de pessoas que têm doenças que tem que ser-ter o atendimento logo aí por conta dessa fila de espera aí é que complica pro paciente em si, uma coisa que deveria dar prioridade os casos mais assim, delicados, de certa urgência que num tá tendo.*

15. Pesquisadora: *Quais são as demandas do programa de Saúde na Família?*

16. TEnf. Selma: *Daqui? Porque... demanda assim, fora do posto que tu quer dizer?*

17. Pesquisadora: *De modo geral assim... quais são as demandas que vocês atendem?*

18. TEnf. Selma: *Bem, porque, isso fica mais com as partes das enfermeiras assim, a gente, nós somos técnicas de enfermagem, auxiliar, ou o nosso atendimento é mais extenso como os delas, ne, aí no caso quem poderia responder são elas, né, das demanda assim que, que, que eu, meu conhecimento eu não tenho muito não, mas quem poderia te responder mais assim são as enfermeira, mar na demanda assim, tá entendendo, que eu faço aqui um trabalho, meu trabalho é simples, mas os dela já é mais especificados, tá entendendo.*

19. Pesquisadora: *Comente casos sobre especificidades clínico preventivas em relação as demandas do Programa de Saúde da Família.*

20. TEnf. Selma: *Não sei te dizer não (ela ri). Eu num tô dizeno esse caso aí é mais pras enfermeira responder.*

21. Pesquisadora: *Como é a sua comunicação com os usuários?*

22. TEnf. Selma: *Eu bem, minha comunicação com os usuário é em relação ao meu trabalho que eu faço, como eu já te falei, né, eu tô aqui num trabalho mais limitado assim, eu –que-eu-no-meu-no-meu que eu faço aqui realmente como eu já te falei é-é ver as glicemia, pesar, medir, ver a altura, no momento eu não tô veno a pressão arterial que é a PA, né, eu tô mais limitada.*

23. Pesquisadora: *Como você vê o atendimento domiciliar?*

24. TEnf. Selma: *Bem, no domiciliar eu aqui eu tô percebendo que as equipes tão indo nas residência, ne, que vai um médico e vai um agente de saúde, vai uma enfermeira, ne, é pra ir um auxiliar de enfermagem, mas num pode porque têm poucos aqui na-no posto e num tem como a gente puder sair, ir junto, tá entendendo, aí eles sai, né, como eu já te falei, né, o médico, a enfermeira, o agente de saúde, só, é pra ir uma de nós, mas nós não podemos nos deslocar por conta que fica faltando na unidade, que o certo é a equipe tá completa, viu, as veze vai até um dentista junto da equipe, quando pode vai junto também.*

25. Pesquisadora: *Quantos usuários você atende por dia e como você vê esse número?*

26. TEnf. Selma: *É muito, é muito, são muitos, viu (risada), eu num posso dizer quantos não, mas são muitos, ne, que são vários médicos, têm as enfermeiras, ne, que manda vim aqui é bolsa família, aí vem, as enfermeira também manda as mãezinhas pra vim pegar anticoncepcional e depedeno ó, que cada médico tem dia que são dezesseis ficha, tem dia que são trinta e duas ficha, dependendo do médico também, sabe, vem muita gente de manhã e de tarde, mais pela manhã é que vem mais. (ininteligível) Eu num tenho uma marge de quantos que são muitas pessoas fora os procedimentos que*

*eles mandam a gente fazer aqui de verificar a temperatura como fazer um aerossol, curativo, é administração de medicação.*

*27. TEnf. Selma: Tudo bom, amor. (ela fala com uma pessoa que entra na sala)*

*28. Pesquisadora: Brigada.*



ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> ACS(a)	<b>Pseudônimo:</b> Célia

01. Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento no Programa de Saúde da Família?

02. ACS Célia: Olha, é sim, ainda deixa muito a desejar, porque ASSIM, eu-eu comecei em dois mil e deis eu só fui ter efetivamente médico na equipe a partir desse ano, de abril desse ano, então assim é muito assim falta as vezes falta profissional, o problema maior é esse que falta profissional, principalmente pra dar atenção aos acamados, as pessoas idosas que têm dificuldades de se locomover, então assim, isso é um dos pontos críticos, né, mas no geral assim, é contando com a-ê quem tem os componentes da equipe a gente tem bastante acesso a esses compo-as pessoas enfermeira, quando tem médico a gente também tem bastante acesso, a gente pode apesar de que as vezes ainda falta muito é remédio, exames, quer dizer tudo é uma questão de burocracia da unidade, isso aí é ruim. Agora, o relacionamento ao atendimento da equipe é assim é bom, dentro do possível é bom.

03. Pesquisadora: Como é sua relação com os usuários?

04. ACS Célia: Olha, eu não tenho recebido reclamação, não, até agora é tá bom, eu acho que tá muito bom o relacionamento assim, eu-eu visito o máximo que eu posso visitar, porque na verdade assim depende de cada-de cada micro área, a minha micro área, a minha micro área é uma micro área com uma densidade demográfica muito alta, né, que eu tenho mais de duzentas e cinquenta famílias, então assim, eu tento dar eh apoio aque-aque-las pessoas que tão necessitando mais, né, eu dou prioridade, eu acabo dando prioridades a grávidas, né, são as gestantes, crianças de até dois anos, é s acamados, os hipertensos e diabéticos, os de doenças de notificação compulsória como a TB, hancer, então assim, eu procuro dar mais atenção a-a esse tipo de coisa, né, E e as outras famílias eu visito quando dá pelo menos a cada três mese eu visitar, mas todo mês a gente precisa fazer isso, eu sempre faço isso, então assim, eu não tenho muita reclamação não, o pessoal tá até que quando eles vêm me procurar eu consigo atender.

05. Pesquisadora: Qual é a regularidade de retorno dos usuários?

06. ACS Célia: Olha, é assim, como na minha equipe como eu não tinha médico antes, então assim, a os-as-as gestantes todo mês pré-natal com a enfermeira e quando dava a gente agendava prum outro médico da unidade os hipertensos como a gente na unidade é tem um médico que ele é especialista em diabetes e hipertensão, então assim, mais de noventa por cento dos hipertensos da minha micro área é atendido por esse médico e a frequência é mais ou menos quato em quato meses, de quato em quato meses os hipertensos vêm pá consulta, então sim, a maioria tá assim, os diabéticos, os hipertensos isso, viu. Agora outas pessoas é mais agora TÁ bem a-a frequência tá melhor, então assim, é-os hipertensos que agora tá na minha equipe mesmo, com a minha médica tá vindo de três in três mese, de três in três mese eles vêm, a frequência.

07. Pesquisadora: Comente casos específicos relacionado ao retorno dos usuários.

08. ACS Célia: Eu não entendi.

09. Pesquisadora: Casos específicos, algum caso específico que seja relevante

10. ACS Célia: De-de retorno pra unidade?

11. Pesquisadora: Sim.

12. ACS Célia: Não, eu acho assim principalmente os caso de hipertensão que a gente-a gente é assim a gente dá prioridade muito, se o paciente não vem eu vou atrás pra ele vim, pra ele retornar, porque,

*né, os agente sabe que a diabete descontrolada, o-o-a hipertensão vai levar conseqüentemente a um outro quadro pior, né, de AVC, essas coisas, então assim, a gente acaba indo atrás desses pacientes. Eu como agente de saúde vou, pergunto, vejo, vejo a receita se já tá no tempo de retornar pro-pro médico, isso tudo eu vejo se perdeu o retorno eu vou remarcar pra não deixar esse paciente muito tempo sem na unidade de saúde, eu sempre faço isso.*

13. Pesquisadora: *se dependesse de você, o que o que deveria ser mudado no atendimento?*

14. ACS Célia: *Se dependesse de mim, o que deveria ser mudado, assim no atendimento em si eu acho que, assim, pouca coisa agora no atendimento da unidade é teria que melhorar muito as condições de exames, porque os exames são muito demorados principalmente as prevenções das mulheres, é muito demorado o resultado, né, o resultado do exame, agora a gente-a gente chegou ao absurdo de tá recebendo resultado de exame que foi colhido material em setembro do ano passado, nós estamos em agosto praticamente, hoje é vinte e nove de julho, nós estamos em vinte e nove de julho, estamos, né, tá esse absurdo, outra coisa os exames de laboratório só chega com um mês e aliás nem chega, porque a gente precisa ir no laboratório central pegar esse resultado de exame, porque não vem pra unidade, então assim, se dependesse de mim o que seria mudado realmente é isso, porque nós estamos é muito precário, muito precário não tem sabe, TUDO, as-as listas de espera pras especialidade, a gente já faz um atendimento, né, a gente sabe que aquilali tem que ser aquele caso tem que ser encaminhado pro especialista, a fila de espera do especialista é um absurdo. Eu tô com uma paciente que tem um nódulo no seio, que ela está há um ano e quatro meses esperando uma biopsia guiada por ultrassonografia e até agora não saiu a vaga, então assim, o que a gente poderia mudar era isso, né, que eu gostaria de mudar era isso de o meu de eu ter um resultado pro-pros meus pacientes ter o resultado mais rápido, um diagnóstico mais rápido, um tratamento mais rápido e o que não tem uma ultrassonografia demorada, então assim, o que eu gostaria de mudar era isso o que falta muito é isso as pessoas cobram muito da gente, ficam perguntando o tempo todo, - mas, e aí, o exame já chegou? O exame vem? Quando é que vai sair esse exame? Então assim, é uma das coisas que angustia a gente muito, muito mesmo, é isso.*

15. Pesquisadora: *Quais as demandas do Programa de saúde da Família?*

16. ACS Célia: *Nossa, a gente, assim, a gente, eu acho assim que deveria ter mais visitas domiciliares, porque, por exemplo, eu tenho bastante aca- eu-eu a minha micro área é aqui na cidade dois mil, então assim, é um bairro que tem muita gente idosa e principalmente a minha micro área eu tenho muito acamado e muito e muitas pessoas que têm problemas parecidos com meu ver, então assim, eu só tenho visita uma vez por semana e são os três agentes de saúde, então a gente tem que se revezar pra fazer essas visitas, né, eu atualmente estou com catorze acamados, acamados mesmo, fora os que têm dificuldade para se locomover que são pessoas de eu tenho bastante gente com oitenta anos, com mais de oitenta, com noventa anos, então são pessoas que tem dificuldade de vim no posto e que as famílias não assim, uns trabalham outros (ininteligível), então assim não tem muita disponibilidade de tempo ou então não tem condição pá trazer essa pessoa na unidade de saúde, então assim, eu gostaria de ter mais visita domiciliar, ter carro disponível que a gente não tem, a gente só tem carro disponível uma vez por semana que a gente não tem. Eu gostaria que a gente tivesse mais disponibilidade de dentista, porque é... o dentista só nos atende três vezes por semana na nossa micro área nós somos três e outra o dentista não dispõe de equipamento pra trabalhar as oito horas que ele fez concurso pra fazer, não, ele não dispõe de equipamento, então que que acontece a gente só pode mandar seis pacientes por dia e desses seis pacientes nós somos três agentes de saúde, então são só dois pacientes ao dia, então são seis pacientes por semana só que eu posso mandar, eu gostaria muito que a demanda fosse maior porque eu tenho muita demanda na minha área pra dentista, é... o-a questão do-das prevenções eu gostaria que fosse mais rápido, porque tem muita gente se recusando a fazer prevenção aqui no posto, por conta da demora do resultado, né, não falta profissional pra fazer, não, profissional não falta profissional na unidade de saúde, mas falta os resultado vim com maior serenidade, porque não, é muito demorado. Na questão de medicamento*

*também falta, então assim, as veze o paciente é diabético, é hipertenso, o remédio acaba, muitas veze num tem na farmácia, por exemplo têm alguns medicamentos que não tem na farmácia, no programa do governo e aquela pessoa não pode pegar no dia ou não tem quem vá pegar no dia, principalmente, esses pacientes que tem dificuldade de se locomover não tem quem vá na farmácia pegar, porque tem vários medicamentos que são assim não tem no posto, mas você pode pegar de graça na farmácia, só que na farmácia é preciso ter uma procuração ou então a própria pessoa ir pegar e nem todo mundo consegue e ir pegar e as vezes ficam sem tomar o remédio, então são essas coisas que é as vezes a gente fica de mãos atadas pra resolver, num consegue resolver.*

*17. Pesquisadora: Comente sobre as especificidades clínico-preventivas em relação a demanda do Programa de Saúde da Família.*

*18. ACS Célia: Como assim?*

*19. Pesquisadora: As-as especificidades clínico-preventivas como vocês trabalham isso?*

*20. ACS Célia: Ah, tá, Olha, é, na nossa equipe nós temos o grupo do idoso, que a gente procura é dar bastante orientação na questão dos idosos, essas coisa, né, então assim, tem isso e tem também assim é esses atendimentos de prevenção como prevenção, o atendimento pra essas mulher que vem fazer prevenção é... mas no geral assim é, como é que eu vou dizer? Na prevenção mais efetiva é mais no dia a dia mermo que a gente na área, que a gente famílias, é isso, a gente não conta muito com assim, que as vezes a gente faz uma mobilização né, de um grupo e tal, mas assim, o único grupo que eu tenho especificamente é esse, nas outras questões assim, é mais que quase que uma coisa individual mesmo. As mães tá certo no pré-natal e as enfermeiras também reforçam isso, os cuidado, e tudo, mas é basicamente assim.*

*21. Pesquisadora: Como é a sua comunicação com os usuários?*

*22. ACS Célia: Olha, assim, eu tento ver é assim, eu tento me... ai como é que eu vou falar? Eu tento falar a mesma língua que eles falam, porque eu tenho várias assim, eu tenho desde o analfabeto até quem tem uma formação é superior, então assim, eu tenho contato com isso tudo, a minha área é assim, então assim, eu tento é... falar da ma-a mesma linguagem, eu tento no máximo possível falar na mesma linguagem que aquela pessoa fala, a mesma coisa que ela usa, é tentar pra poder tentar facilitar a minha comunicação de como tomar o remédio, de como né isso, porque muitas vezes a gente sente dificuldade das pessoas que não sabem ler, então assim, já cheguei a colocar etiqueta nos remédios assim, ela pediu, aí ela num tinha outra forma da pessoa: - você num tem um esmalte aí? Aí eu peguei um esmalte coloquei: - ó esse remédio aqui com essa cor você vai tomar de manhã, com esta cor que tá aqui você vai tomar a tarde então a noite. Então assim, a gente tenta dessa forma pra poder a pessoa tá tomando o remédio da forma correta, tá fazendo o tratamento da forma correta nos horários mais corretos, né, então assim, eu tento basicamente assim tentar comunicar da melhor forma possível da maneira que eles sabem comunicar mesmo, mais fácil.*

*23. Pesquisadora: Como você vê o atendimento domiciliar?*

*24. ACS Célia: Pois é, é isso que eu tô falando, eu acho que ainda assim é aqui ainda tem muito a desejar, por exemplo a gente tá num atendimento domiciliar e você dentro da sua unidade, muitas vezes não tem nenhum aparelho de verificar a pressão pra levar, as vezes acontece da gente não ter, então assim, ainda é precário. Se a médica solicita algum exame de sangue pra um acamado, então é uma dificuldade a gente não consegue levar um profissional e a gente tem uma técnica de enfermagem na*

*(Nesse momento entra um profissional de saúde na sala e fala com a entrevistada)*

*25. ACS Célia: Aí a gente, a gente tem uma técnica de enfermagem que é pra ir pra esses caso, mas assim, nem sempre tem um carro disponível pra levar, pra trazer, né, então assim, eu acho que ainda-*

*ainda tem muito fisioterapia, porque as vezes as pessoa precisam de uma fisioterapia respiratória, porque são acamados é até motora também pra orientar a família, também a dificuldade a única coisa que a gente consegue aqui é o pessoal do NASF que nos auxilia, as vezes o NASF é uma vez por semana, duas veze por semana, então assim, e tem acamado que necessite de no mínimo, pelo menos três por semana, uma fisioterapia, e não tem como a gente fazer isso, como eu tive agora dois casos de pneumonia na merma casa, inclusive você foi lá onde a gente foi, E-e num tinha profissional pra ir pra poder fazer isso , né, pra poder dar orientação quanto a fisio/ eles precisa eles precisavam de fisioterapia respiratória e num tinha profissional pra ir, então é com-ainda têm muitas carências, muitas.*

*26. Pesquisadora: Quantos pacientes você atende por dia e como você vê essa quantidade?*

*27. ACS Célia: Olha, são é assim, é preconizado que a gente é pra atender dezesseis pacientes por dia, dezesseis famílias, que a gente tem que visitar por dia, eu confesso a você que, assim, nem sempre dá pra fazer os dezesseis, nem sempre dá, porque numa ca-porque muitas vezes você chega numa casa, a gente chega numa casa e assim, a pessoa quer conversar, quer desabafar, quer falar e num vai falar só da doença, aí fala da família, fala dos problemas que tá tendo, então são coisas assim, isso é muito-muito relativo, nem sempre dá pra gente fazer as dezesseis aí tem dia que é mais fácil, tem dia que a pessoa só quer uma consulta e tal, você visita, não, tá tudo bem, eu quero só uma consulta, tá tudo bem, que você marca uma consulta, mas outras você precisa um pouco mais, nem sempre dá tempo.*

*28. Pesquisadora: Obrigada.*

*29. ACS Célia: De nada, precisar, viu.*

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Ator social:</b> ACS(o)	<b>Pseudônimo:</b> Pedro

*(O áudio inicia com uma conversa entre um funcionário que entrou na sala e o entrevistado)*

01. Pesquisadora: *O senhor pode falar de novo sobre o seu trabalho, porque não tava gravando.*

02. ACS Pedro: *Assim, o nosso trabalho, né, é é acompanhar diabéticos, certo? Hipertenso, gestante, paciente de TB, paciente de hasenise. Aí assim o nosso alvo maió. Eu falo da paciente que tem hipertensão a gente vai fazer a visita vê todo mês a receita, vê a medi-quanta medicação onde (ininteligível) da paciente e realmente ver ser a pessoa tá fazendo o uso da medicação normal, porque o poblema que dá as vezes a pessoa num toma medicação a pressão sobe demais e com a pressão alta todavia o que acontece seu coração trabalha mais então quando você tiver com setenta oitenta anos você já tá com o (ininteligível) cardíaco se dé um passo daqui pá (ininteligível) você já cansa então isso aí (ininteligível) pá não deixar isso acontecer. Os diabéticos a gente controla a glicemia deles porque se tiver trezentos, quatrocentos (ininteligível) nada (ininteligível) marcar (ininteligível) dos rins e as córneas aí se ele ficar com três ou quatro anos com essa glicemia ou fica cego ou fica fazendo hemodiálise isso a gente não quer pá esse paciente, aí o que é o nosso temor? Que esse paciente tenha uma vida normal como a de qualquer outra pessoa porque essa doença não tem cura, né, só tem acompanhamento se você fizer um acompanhamento bem feito essa pessoa tem uma qualidade de vida muito melhor, certo? E o TB, eu acredito o TB o tratamento a gente tem que fazer um ano (ininteligível) e ir até os últimos seis meses pá não terminar o tratamento porque se ele desistir no quarto mês ele tá curado só por alguns momentos, alguns anos e voltar doente se for a mesma injeção essa medicação que eu dô não vai fazer mais efeito aí tem que usar outra medicação mais cara e tumar (ininteligível). Da gestante tem que ver o pré-natal, tem que vê se a gestante tá fazendo o pré-natal, porque tem gestante que num tá nem aí fazer o pré-natal acha que num é uma coisa muito importante, mais é uma coisa muito importante pra ela e pro bebê porque pelo pré-natal tem que vê se tiver hipertensa, se a pessoa tá com diabete, se a pessoa tem pressão alta, se a pessoa tem vai ter (ininteligível) a coluna normal, tá tudo normal, entendeu, então quando (ininteligível) se a pessoa num faz o pré-natal se tem algum poblema no começo pode-se tratar quando chegá lá (ininteligível) que num tem poblema nenhum se num for tratado quando chegá lá ou morre o bebê uma série de coisas, as vezes são só uma. Por isso assim que eu acho que o trabalho do agente de saúde é importante nesse momento, porque são pessoas carentes, são pessoas que num têm muito recursos, são pessoas que são.*

*(Nesse momento uma pessoa entra na sala e conversa com o entrevistado durante trinta e nove segundos)*

03. ACS Pedro: *Aí assim, são pessoas, voltando ao assunto, são pessoas muito carecidas e têm a qualidade muito baixa, são pessoas da área, área de risco (ininteligível) tratar com essas pessoas com muito delicadeza até na abordagem de vocês é bom porque o médico ele tem que falar, falar uma linguagem que eles intenda né, essas coisa. O médico quando for fazer uma consulta tem que falar a linguagem que aquela pessoa tá habituada no dia a dia, se ele falar uma coisa assim mais da área da medicina, eles num vão entender. Então acho (ininteligível) pudsono num sei ah agente de saúde num é muito importante, mas no fundo é uma peça/ se ele fizer o trabalho com a equipe com médico, com enfermeiro, com dentista esse trabalho é sim, acho que um trabalho melhor que se fizé pá pessoal que num tem condições de se pagar um dentista, num tem condição de pagar uma consulta particular, eu acho que foi o maió plano que foi pro (ininteligível) esse povo que num tem condições, porque assim*

*viu o dentista passa seis meses trabalhando (ininteligível), porque tem uma criança ali qui tá fazendo o tratamento que eu só olho pra criança quando eu vô dá alta, faz todo/ extração (ininteligível) esse paciente tá tá de alta aí o que acontece quando quando esse paciente recebe a alta ele passô/ geralmente eu trabalho com dez pessoas (ininteligível) catoze, mais tudo sai com esse tratamento tudo concluído (ininteligível) sai tudo perfeito aí que qui a gente faiz com essa criança, com esse adolescente, com esse adulto? (ininteligível) ele passa a só o trabalho de manutenção né, escová de manhã, a tarde, a noite, porque ele num tem esse hábito, pessoas que/ as pessoas que que num têm muita instrução ele num tem esse hábito de fazer isso todo dia, então a gente tem que ficá no pé dele sempre pedindo pra não acontecer, porque assim se tu tratô hoje, se tu num cuidá daqui um ano, dois ano tá tudo de novo, volta tudo de novo, então isso aí eu acho é o trabalho importante do agente de saúde, de tratá-lo, orientá-lo assim (ininteligível) mais básicos.*

04. Pesquisadora: *Na sua opinião, como é o atendimento no programa de Saúde da Família?*

05. ACS Pedro: *Como assim?*

06. Pesquisadora: *É na sua, na sua experiência como como você vê o atendimento?*

07. ACS Pedro: *Assim, o atendimento do Saúde da Família ele, aqui na unidade, ele é muito bom o que a gente tá com dificuldade são os caminhamentos para especialização que custa muito, por exemplo se o paciente precisa dum/ tá com problema de dor no estômago o médico precisa de uma endoscopia, o médico pede uma endoscopia a endoscopia demora seis, oito até um ano, então não tem como a gente fazer muita coisa assim quando sai daqui da da nossa esfera, quando chega na na secundária o povo fica com confusão porque num volta a ter retorno pra gente, então o tá o que mais deixa a gente assim é isso daí que a gente pede um um exame, e esse exame precisa voltar pra mão do médico. Passa um ano até dois anos pá voltá pu nosso (ininteligível). Se a pessoa tem dor de cabeça constante a gente num vai poder ficar na admissão passa uma mão, passa ota mão (ininteligível) dor de cabeça tá pá tratar com outro tipo de medicação, né então assim se tem o neurologista, a pessoa tá na fila de espera e demora e demora a pessoa fica naquele sofrimento, então eu acho assim, a única coisa que tinha que mudar é só esse essa consulta especial ser um pouquin mais rápido aí sim, aí o programa ficava perfeito se não fosse esse obstáculo.*

08. Pesquisadora: *Como é sua relação com os usuários?*

09. ACS Pedro: *Com a minha comunidade tem algumas pessoas que elogia, tem otas que num acha que a gente num faz nada, ou quem acha que a gente faça (ininteligível). Então isso é muito relativo pá comunidade, mas aonde eu trabalho a maioria das pessoas concordam comigo, né com minha atendimento, eles sabem que o que eu posso fazer pá pu atendimento deles, eu posso num saber fazer assim uma coisa que num posso contar com o pessoal do posto de saúde eu tenho que seguir também conforme o posto de saúde (ininteligível) com ele, eu posso marcar pro paciente posso marcar só a consulta, eu posso butar dez sem ficha, nem prometer que eu vou cuidar da pessoa naquele momento, né. Se eu tiver cem ficha dá pra cem ficha, mas só tenho quatro, no momento (ininteligível) só tenho quatro pessoa. A pessoa (ininteligível) tem uns que concorda, tem uns que num concorda, tem uns que chega que acha que só porque a médica tá a médica tem que atender naquele momento, as coisas num é por aí também, certo. Então é tudo assim, nessa área que a gente trabalha com gente é muito complicado tem dia que o pessoal tá bem satisfeito, né, acho que o pessoal fica satisfeito assim quando tem resultado, mas quando num encontra resultado aí começa (ininteligível). Por isso naquele momento a consulta tem que ser arranjada. Quem vem aqui consegue o clínico, mas quando chega na frente com dermatologista, (ininteligível) enfermeiro (ininteligível).*

10. Pesquisadora: *Qual é a regularidade do retorno dos usuários?*

11. ACS Pedro: *Assim, o retorno dos usuários os meus, os meus né, praticamente, na minha área né, quando a pessoa é hipertensa ou diabética se a pressão dele tá controlada num tem necessidade de*



*ele tá todo mês aqui na unidade de saúde, eu boto pra dois dois meses vim pra unidade de saúde pra verificar a pressão e peço pra ele quando vier praqui pro lado do mercantil venha aqui na unidade de saúde pra verificar a pressão, pessoal, eu to passando (ininteligível) as meninas num botam dificuldade não, pode verificar que é da minha área o pessoal aqui já sabe que é só pra me ter o controle da minha área com eles, que as vezes eu cobro, cadê foi, verificou a pressão esse mês? Não, fui não. Rapaz, tem que verificar. Quem verifica a pressão, vai pro médico não, tem um posto aqui pertinho de você chegue lá, se identifique, diga que é hipertenso que o pessoal verifica a sua pressão, então eu cobro muito deles, desses pacientes que vêm de dois em dois meses, mas tem paciente meu que vem de mês em mês, porque as vezes a gente toca nesse assunto e é difícil verificar a pressão dos pacientes por isso que eu peço pra eles vim todos os meses à unidade pra gente ter o (ininteligível) bem, fazer até um assim/ quando o paciente é complicado assim, eu vou na casa dele levo o aparelho digital, verifico a pressão dele durante uma semana pá vê se a medicação tá fazendo efeito se tiver alta retorno (ininteligível) fazer outro ajuste na receita até achar o a dose ideal pá pessoa (ininteligível) aí varea muito de retorno de paciente.*

12. Pesquisadora: *Comente casos específicos de retorno dos usuários.*

13. ACS Pedro: *Geralmente o os os usuário aqui que faz tratamento, acompanhamento eles voltam de trinta em trinta dias, por mês, todo mês eles tão na unidade de saúde marcado por mim o retorno, eu vou na casa deles eles marca o retorno diz o dia que a dotora tá aqui, o horário ele vem pra que ele /o acompanhamento, se eu passar na casa dele no outro mês vê o cartãozin dele a receita que eu quero que ele tenha, isso já tá tão assim né, (ininteligível) pessoal num pode, porque num pode, porque pode acontecer isso, e isso, e isso, e a gente tá aqui num é porque a gente é bonzinho não, porque a gente é pago pra cuidar de você, certo, se você não quiser ser cuidado você me diga que eu num (ininteligível) você vai se cuidar sozinho, porque eu já tô (ininteligível) sua vez, marcando consulta a gente fica mei assim, aí / não Pedro, marca pela manhã, eu (ininteligível) amanhã eu venho, porque o pessoal que tem uma baixa instrução, eles assim, a gente marca com eles (ininteligível), entendeu, então eles num são muito ligado na área da saúde não, principalmente esses mais idosos, que quer comer de tudo e num pode, tem paciente meu que é diabético. - Seu Pedro eu quero comer rapadura. – Num pode, porque porque tu é diabético (ininteligível), ó se você for comer rapadura nem triscar, você pode nem nem provar em doce, a questão da diabete aí a pessoa toma insulina, porque pode a taxa de diabete dar muito alta se você tá no (ininteligível) chegar lá (ininteligível) durmí e num acordar mais . As veze acha que é mentira da gente. Quando a gente leva/ quando o paciente é muito cabeça dura a leva à enfermeira, a enfermeira explica tudo (ininteligível) detalhes que pode acontecer com um diabético.*

14. Pesquisadora: *Se dependesse de você o que deveria ser mudado no atendimento?*

15. ACS Pedro: *No atendimento em si, no atendimento assim dos médico nas casa tudo bem, o que (ininteligível) muito a gente é o quando (ininteligível) que der certo (ininteligível) assim, fisioterapia é difícil pra gente, é os outro exame mais detalhado é difícil, eco cardiograma é difícil, tudo é difícil pra tirar (ininteligível), chega só se a pessoa fizer particular que chega mais rápido, mas se ficar pela fila de espera (ininteligível).*

16. Pesquisadora: *Quais as demandas do Programa de Saúde da Família?*

17. ACS Pedro: *Assim as demandas que a gente tem pá comunidade ou que a comunidade tem pá gente?*

18. Pesquisadora: *Que vocês tem pra comunidade*

19. ACS Pedro: *(ininteligível) pronto como eu falei né, a gente é um grupo que tem dentista, né, aí toda as segundas feira eu tenho duas ficha pa dentista, segunda, quarta e sexta, tenho seis ficha por semana, só que aqui no acolhimento a gente entrega ficha também, né, nós intrega trinta ficha de*

manhã, esse pessoal que fica comigo gosta de ficar, porque não precisa pegar ficha aqui ainda tem continuado o tratamento, porque fica anotando, eu trabalho com em torno de vinte pessoas, esses vinte fica só retornando (ininteligível) até terminar o tratamento aí que eu vou (ininteligível) algum novato pra começar iniciar, aí só cum doutor só (ininteligível), então nós somos a única equipe aqui que trabalha desse jeito, as ota é tudo demanda demanda livre, aí eu acho assim, que uma demanda livre não tem como você fazer o PSF, porque PSF é diante de todos os os campos, num tem como você cuidar só daquela comunidade, aí o pessoal fala, mas Pedro é muito poca ficha, é poca ficha, é, mas com (ininteligível) ordero, organizado, dá pá você colocar bastante gente num dá pá ser cem por cento, porque a a demanda aqui é muito grande, maior do que o recurso que a gente tem, então num dá pá cubrir tudo numa vez aí vai agendar (ininteligível) vai cubendo aos poucos o máximo que a gente faz assim resolvendo não todo mundo (ininteligível) então se você for fazer canal (ininteligível) não faça o seguinte, canal não é fácil, faça outra coisa, a pessoa acaba (ininteligível) fazendo canal é uma coisa que tá sendo muito rápido (ininteligível) não o canal é mais fácil aí traz o paciente pra cá o dentista encaminha em torno de dez e vinte dias já tá fazendo o canal (ininteligível).

20. Pesquisadora: Comente sobre as especificidades clínico-preventivas em relação as demandas do Programa de Saúde da Família.

21. ACS Pedro: Quais demandas? Assim, como assim? (ininteligível)

22. Pesquisadora: As especificidades clínico-preventivas.

23. ACS Pedro: Ahn, no acompanhamento não, né. Bom, (ininteligível) vai ser o seguinte. As prevenções se na minha área eu to com quarenta e cinco hipertensos, se nesse mês eu tenho mais quatro aí é o seguinte/ quato, butou quarenta e cinco, butou mais quatro esse mês aí eu falo com a minha doutora, com a enfermeira, - pessoal, fazer uma atividade dentro da comunidade sobre pressão alta como o pessoal pode evitar a pressão alta e quem tem gente na família já tá (ininteligível) já tem que começar fazer uma dieta pra quando chegar nos quarenta a pressão alta num subir, então a gente faz palestra educativa dentro da comunidade, certo, depende (ininteligível) a comunidade as vezes num tem nenhuma hipertensão, mas de repente surge, é igual tuberculose também as vezes a gente tem nenhum, as vezes tem um quadro porque quando a gente trabalha no sentido assim da prevenção com os fiscais que entram na comunidade.

(Nesse momento alguém entra na sala e interrompe a entrevista ao falar com o entrevistado).

24. ACS Pedro: A gente faz, a gente faz assim, é a prevenção de outra área tuberculose (ininteligível) se for cinco no mês (ininteligível) divide a rua, a gente vai rua por rua (ininteligível) e vai nas casa pessoalmente (ininteligível) vai na casa rapidin é uma coisa de vinte minuto meia hora, mas são coisa que eles (ininteligível) chegam num lugar e acha que num conseguem tão faz como se diz no papel, eles acham que umas coisas são difícil e outras são mais fácil, então assim é pra pedir pro pessoal pra gente encaminhar (ininteligível), converse comigo que eu digo o caminho que a enfermeira (ininteligível), ou então você vai procura a enfermeira se num tiver a enfermeira da área tem outra enfermeira que pode atender você, certo. Só que o seguinte tem enfermeira que diz: não, não é da minha área, não vou atender. Á, professora, eu acho um absurdo chegar alguém (ininteligível).

25. Pesquisadora: É, como é sua comunicação com os usuários?

26. ACS Pedro: Assim, minha comunicação? Depende muito assim, as vezes a minha comunidade ela fica muito ansiosa, quando eu digo que começa é duas horas, meio dia o pessoal já tava aqui na unidade de saúde, e eu dizia ó pessoal, não precisa ir ao meio dia, se fosse pra ir meio dia colocava no papelzin meio dia, certo. Assim eles foram aprendendo, aprendendo. E quando eu dizia assim que era duas horas, eles num vinham porque num tinha nenhuma garantia. Eu passava na rua aí olha. Pedro, to precisando de ficha. Aí eu dizia assim: Faz o seguinte, vai duas horas que eu vou tá atendendo lá (ininteligível) eles num vinham porque num tinha a garantia da (ininteligível) Nesse



*caso eu tive que mudar a minha linguagem, porque agora é tudo por escrito, só dou (ininteligível) se for por escrito até preu mandar pra procurar uma enfermeira (ininteligível), ó a enfermeira não tá lá é a dotora Marli, aí você pode procurar essa dotora aqui, aí boto o nome da dotora Rosa, essa aqui vai atender você e bota o nome em baixo, assina, quando ele chega aqui que amostra à dotora /qual o seu problema e já atende, então assim a minha linguagem mudô, porque agora é tudo por escrito num mando mais nada boca a boca que eles num vêm.*

27. Pesquisadora: *Como você vê o atendimento domiciliar?*

28. ACS Pedro: *Assim, o atendimento domiciliar é muito importante para aqueles pacientes que num podem vim até a unidade, então assim, acho uma inovação demais do governo ter feito esse espaço pra essas pessoas, certo, só que assim ainda fica muito deficiente porque assim num é todo lugar que é cem por cento de agente de saúde, né, certo, então chega assim pra mim – ah, minha área eu tenho duzentas e quarenta e duas famílias, mas no conjunto moram mil quatrocentas e trinta. Então fica praticamente mil e duzentas pessoas sem atendimento, né, sim deixa eu dizer, no caso pessoas com área mais isolada num tinha atendimento, né, como a gente tá tudo juntinho do outro é questão só de quarteirões quem é acamado no conjunto é acompanhado por todo mundo, todo os acamado ali que procura – ah, é porque minha mãe tá assim. Vou dá uma olhadinha, eu já vejo o perfil e ó – ah, isso aqui é perfil de acamado, boto o nome, faço um relatoriozin e e converso com a doutores e a enfermeira – se a gente pode encaixar mais um paciente, certo. Porque eu já tô com dezoito acamado, só eu, fora os agente de saúde que tem aí, então o que acontece, a gente conversou que tem acamado que tá bem estável, tá bem consolado, tendeu, esses acamado assim a gente já atendeu dois meses, mas tem acamado que tá (ininteligível) e assim existe acamado que fica com (ininteligível) a gente tem que dar uma atenção maior, porque a gente visita todo-toda semana, aí fica/ tem gestante também que tem bebê (ininteligível) então assim (ininteligível) tô no mercado – ei, Pedro, vem visitar minha mãe. – Ah, tá bom, eu vou passar lá. Olho pra mãe, converso, - ó, tua mãe tá doente, certo. – Não, mas a médica é que horas? - Num tem necessidade da médica vim aqui aí explico a situação, porque a área é muito grande, porque tem pacientes assim, assim, então a gente num pode tá priorizando uma médica pro paciente, viu.*

29. Pesquisadora: *Quantos usuários você atende por dia e como você vê essa quantidade?*

30. ACS Pedro: *Assim, a gente tem um-uma lista pra atender dizesseis pessoas, dizesseis visitas (ininteligível), só que tem visita que é muito rápido, as vezes a gente entra numa casa – minha mãezinha tá bem, pega o cartãozinho do bebê e vê se tá em dias, a mãezinha já tem feito prevenção no período do primeiro semestre, uma visita bem rápido, sopra colher informação, mas tem visita que demora dez, cinquenta minutos com o paciente que é hipertenso, que a gente pede a receita, - ah, vou (ininteligível), então assim tem paciente que a gente tem que pegar, ver se o paciente tá tomando a medicação errada, a gente tem que ter um pouquinho mais de paciência pra poder explicar pra ele que aquele comprimido ali é pra tomar de manhã e a noite, as vezes ele só toma de manhã, têm pacientes que toma de dois comprimidos que não tem necessidade, toma dois litro que não tem necessidade, então assim esses são pacientes que num sabe assim instrução, aí eu acabo geralmente criando umas caixinhas dividindo a medicação no período de dia e a medicação da noite e a medicação que vai tomar só uma vez no dia, pode tomar de manhã, então acaba dividindo a medicação e quando eu volto no outro mês já tá tudo misturado de novo (ininteligível) aí as vezes eu peço ajuda da vizinha, entendeu, (ininteligível) converso com a vizinha, converso com a paciente, - a médica disse pra você tomar assim, assim, assim, vou deixar aqui dividido, uma vez por outra quando você voltar ao você dá só (ininteligível) pra vê se tá tudo ok (ininteligível), depende muito tem paciente que eu atendo em torno de cinco minuto, tem paciente que dura de uma hora pra explicar o que tá acontecendo, então é muito variável assim nos meus atendimentos.*

31. Pesquisadora: *Brigada.*

GRUPO FOCAL COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE		
DADOS		
<b>Local:</b> Fortaleza	<b>Atores sociais:</b> Enfermeira e Agentes comunitários de Saúde	<b>Pseudônimos:</b> Enf. Lúcia, ACS Célia e ACS Pedro

01. Pesquisadora: *Quais são as soluções possíveis para os problemas de infraestrutura do PSF?*
02. Enf. Lúcia: *Quais são as soluções...*
03. Pesquisadora: *Possíveis para os pr/ para os problemas de infraestrutura do PSF?*
04. Enf. Lúcia: *Infraestrutura?*
05. Pesquisadora: *É, geral, em tudo... Quais são as soluções possíveis para os problemas do PSF de infraestrutura?*
06. Enf. Lúcia: *Tá começando então por aí [ACS Célia: visita domiciliar, entendeu] falta de carro [ACS Célia: calcanhar de Aquiles] falta de carro... (ininteligível) da Célia tem carro, mas chega tarde...*
07. ACS Célia: *Chega tarde o carro e vão embora cedo, pior de tudo, vão embora cedo, chegam por volta de oito e meia, nove horas, lá pras onze horas a gente já tem que ter terminado (ininteligível) quer voltar pra regional.*
08. Enf. Lúcia: *No meu caso, na minha equipe, a gente não tem carro no dia da visita, a gente tem um dia específico pra visita domiciliar, mas não vem carro, a gente não pode sair pra fazer visita domiciliar, apesar da maioria das pessoas que precisa... outro problema/*
09. ACS Célia: *Outro problema, se a gente quiser fazer uma reunião, não tem um local no posto/*
10. Enf. Lúcia: *Local pra fazer reunião... que é necessário a gente se reunir pelo menos uma vez por semana pra gente organizar a agenda da semana seguinte, a gente não tem um local pra isso.... huuuum, que mais?*
11. ACS Célia: *Fora que o-o-o-os médicos raramente (ininteligível) porque tem que atender na-na unidade, não é muito complicado do-do médico dizer não, amanhã é tal dia tem que ter reunião eee que não ter a história do médico ter que atender e não poder participar da reunião, é sempre assim, (ininteligível) sempre essa dificuldade, deixa eu ver se tem mais alguma coisa...*
12. Enf. Lúcia: *Assim, na parte de infraestrutura da unidade foi feito a reforma, mas de qualquer maneira ainda não foi contemplada assim, mas não na parte de infraestrutura assim, eu ach/ [ACS Célia: estrutura física, né] por exemplo pra-pra TB nós não temos escarródromo, né, que era bom ter, a gente tem muito paciente com tuberculose aqui e não to/ não fizeram (ininteligível) colector, ããã, aerossol nós não temos na unidade, na-na unidade em si antes da reforma a gente tinha o... conectores todos, a gente não tem mais aerossol na unidade, tiraram.*
13. ACS Célia: *Não tem uma sala pra fazer fisioterapia respiratória, que a gente tem muito problema de-de respiratório e não se tem como fazer (ininteligível) fisioterapia respiratória aqui no posto, não existe.*
14. Enf. Lúcia: *Que mais? Acabou... não lembro, se eu lembrar eu falo desse assunto.*
15. ACS Célia: *(Risos) (ininteligível)*
16. Pesquisadora: *Diante da assimetria que existe entre a relação de vocês, profissionais, com os pacientes e das/ e do possível constrangimento que pode ter da parte dele, como é que vocês podem melhorar essa assimetria? Como é que vocês fazem pra diminuir ou... qual as medidas de vocês?*
17. Enf. Lúcia: *eu-eu geralmente sou a mais sincera possível... certo, assim, e-eu explico... sendo*

humana, né? Assim, a gente tá vendo que o problema tem que ser solucionado, mas que muitas vezes não tem condição, e aí por esse motivo que existe o constrangimento, né, difícil de se romper. Mas é sempre utilizar de um bom português, claro, né, que ele entenda e queeee... a gente TENTA de alguma maneira viabilizar alguma solução e, quando não é possível, a gente conversando, trazendo um entendimento, às vezes o paciente chega bem exaltado, assim, a gente tem que relevar e-e entender, porque muitas vezes ele tem razão de tá exaltado... né, mas é a gente tem que mostrar pra ele que às vezes a função não é nossa... e tentar que...as coisas andem, né?

18. ACS Célia: eu também faço (ininteligível) não tem uma solução, uma alternativa, acaba voltando.

19. Enf. Lúcia: Conversa, português [ACS Célia: o mais sincera possível] se for inglês, a gente fala inglês também.

20. Todas: Risos

21. Pesquisadora: Como é que é o entendimento das receitas?

22. Enf. Lúcia: Agora tá melhor porque agora é digitado, né, é esse entendimento que você tá falando? [Pesquisadora: Isso] [ACS Célia: É] agora tá vindo digitado, então não tem problema de letra, caligrafia, né, mas anterior a isso, por exemplo, quando o sistema sai fora do ar... é bem complicado PRO paciente, especialmente paciente idoso, né, ééé a gente trabalha com população muito carente, que não tem o nível de escolaridade ADEQUADA então ele tem dificuldade d/pra compreender, a própria pessoa que tem capacidade, né, ééé não consegue às vezes entender a letra de algum profissional, então imagina o paciente, a letra é muito pequena, é muito... DEITADA, não tem dados na receita, maneira como toma, então é complicado.

23. ACS Célia: Na minha área às vezes eu vejo principalmente, assim, pra idosos, eles tem um pouquim de dificuldade só na questão de quando coloca de oito em oito horas ou quando coloca três vezes ao dia, (ininteligível) não sabe associar que de oito em oito horas é três vezes ao dia, seis em seis horas é quatro vezes ao dia. Mas éé coisa assim básica, né, ee mas não é culpa da receita, não, porque agora a gente fala, né?

24. Pesquisadora: E qual é/ com que frequência falta algum problema pra você imprimir, assim, é recorrente ou... (o ACS Pedro, que estava atrasado, chega) Podemos recomeçar? Porque já estamos no final.

25. Enf. Lúcia: Não, depois faz só com ele.

26. ACS Pedro: Depois faz só comigo, né, pra ficar junto.

27. Pesquisadora: é (risos)

28. Enf. Lúcia: Ééé, então, o que é a pergunta?

29. ACS Célia: A pergunta é [Pesquisadora: A pergunta é di/] se é recorrente, assim, se é recorrente esses problemas (ininteligível) [Pesquisadora: papel]

30. Enf. Lúcia: Sim, é, bastante. Não, é, que agora (ininteligível) impressoras chegaram há pouco tempo, então, tem, né, o sumo tem, né? tem papel, tem tinta, mas eu acho que vai ser só três meses, essa tinta vai acabar, entendeu? não vai ser repostada possivelmente, porque não vai ter VERBA, e aí a gente vai começar a escrever manual e vai começar os problemas de novo.

31. Pesquisadora: A pergunta primeira era assim [Enf. Lúcia: ininteligível] (risos) quais são as possíveis soluções para os problemas de infraestrutura do PSF?

32. ACS Pedro: Problemas de infraestrutura? É o seguinte, é mais medicação po-po paciente, né, que o médico vai lá, passa um...medicações, quando chega aqui na (ininteligível) não tem nada, e geral/ [Enf. Lúcia: ininteligível] e geralmente eles não consegue comprar porque são pessoas carente, né, realmente é contadinho pa comer, pa po/ às vezes nem faz o tratamento que o médico... queeee o médico passa pra ele.

33. ACS Célia: *Ããã, outra coisa pra dizer, AS CONSULTAS ESPECIALIZADAS... é COMPLICADÍSSIMO, porque nunca tem vaga, as pessoas passam meses e meses e meses esperando e não tem consulta, né, não tem nenhuma.*

34. Pesquisadora: *E quanto à assimetria entre a relação de vocês, profissionais da saúde, com os pacientes e o constrangimento que pode causar por causa dessa assimetria, o que vocês fazem pra poder melhorar?*

35. ACS Célia: *Ela tá falando assim, Pedro, em relação por exemplo o paciente quer uma coisa, a gente não pode oferecer, que por conta do dentista a gente passou SETE MESES aí SEM TER MATERIAL para o dentista, o que a gente [ACS Pedro: ne/] faz nesse momento/*

36. ACS Pedro: *Nesse momento a gente... fala pra ela que tá acontecendo a realidade/ a realidade que tá acontecendo, a falta de material, que a prefeitura não tá fazendo o papel dela, e se você quiser chamar a ouvidoria, qualquer coisa pra reclamar, pode reclamar, porta tá aberta, eu digo desse jeito, porque eu não posso fazer (ininteligível) paciente, eu não gosto assim de dizer ã, tal dia vai chegar o material, sem saber de nada, não gosto nem de botar falsa ilusão na cabeça do povo, eu digo que tá faltando, que a gente não tem previsão quando chega e quando chegar é que a gente começa a trabalhar com as ocorrências.*

37. Enf. Lúcia: *Uhum, na velha conversa mesmo, não tem outro jeito.*

38. ACS Pedro: *E... fica difícil, né, a gente (ininteligível) todas as informações pa... pa/pros/ pacientes todos da nossa área, né, infelizmente é assim.*

39. ACS Célia: *É, infelizmente às vezes acontece o quê?, a gente chega, fala, olha, é bom você ir ao médico, você tá com pressão alta, aí o paciente vira pra gente e fala, ééé mas de que adianta eu ir lá? NÃO TEM REMÉDIO. Né, então (ininteligível) insulina, na farmácia, você pode ir lá, que na farmácia o remédio tá disponível de graça, mas muitas vezes não tem, tem alguns medicamentos que não tão disponível na farmácia, então assim é complicado, aí as vezes você fala olha, mas no posto tal (ininteligível) tem, á, mas é essa coisa, mas lá é longe, (ininteligível) são pessoas que tem dificuldade de se locomover, então fica achando que é mentiroso, que a pessoa (ininteligível) não tem jeito né... só aumentando, acontece muito isso.*

40. Pesquisadora: *E como é o entendimento das receitas?*

41. ACS Célia: *O pessoal entende bem as receitas? O pessoal (ininteligível) [ACS Pedro: entende, entende] escrito como [ACS Pedro: tá, tá] tomar?*

42. ACS Pedro: *A minha médica, a doutora Dione, também a letra bem legível, não tem muita dificuldade de entender... o que (ininteligível) não.*

43. Pesquisadora: *Eu tô me lembrando de uma coisa que a gente percebeu durante as entrevistas em todo Ceará, é que alguns.. alguns pacientes tem medo de falar com o profissional [ACS Célia: tem, no meu caso tem] é, eu queri/ por que como é que funciona aqui e como é que poderia melhorar isso?*

44. ACS Célia: *Olha, eu tenho paciente que realmente elas pedem, principalmente algumas senhoras, elas pedem pra eu ficar na sala junto com elas na hora da consulta, porque não, porque elas não falam determinadas coisas (ininteligível) acho que elas ficam nervosa, não conseguem lembrar, e aí acaba eu falando o que é que tá acontecendo, que quando eu tô na casa delas, elas com/ elas me falam tudo, conversam tudo, falam tudo, quando chega, (ininteligível) muitas vezes (ininteligível) que eu não estou, eu chego em casa, (ininteligível) fazer visita, e aí, aquele problema que você falou, contou pra doutora? Aí, minha filha, me esqueci. Então assim TEM ISSO, tem isso mesmo, com certeza, na minha área tem.*

45. ACS Pedro: *Às vezes, assim... (ininteligível) tem paciente meu que a gente passa consulta, conta tudo pra gente, quando a gente chega lá pra fazer a visita, passou-passou uma medicação que não tem nada a ver com o que contou pra gente, certo.*

46. *Enf. Lúcia: E, e eu vejo muito isso porquee ééé agora tão querendo mudar isso, né, porque (ininteligível) consulta não é pra ser assim, mas os postos eles tem profissionais que atendem pra-pras chamadas caixinhas, então assim o médico que atende só hipertensão e diabete, então, e diabetes, então o paciente ele sabe que aquele médico só atende isso daí, então ele vai chegar lá, ele pode tá com dor na coluna, mas ele não vai falar com médico, porque ele vai tratar só a pressão, o médico é cardiologista, ele vai falar só sobre o coração, mas ele não vai falar que tá com diarreia, entendeu [ACS Pedro: e-e-e] então assim, mas isso até pela questão da rotina do serviço... e também pela questão, como eles falaram, o próprio paciente, às vezes, ele se constrange um pouco na presença de um-um profissional que é mais autoritário, mais as/ num tem aquela... aquela capacidade mais humana de tá lidando, e acaba que INTIMIDA e aí eles não falam tudo que eles tão sentindo.*

47. *ACS Pedro: (ininteligível) assim, uns dois anos atrás peguei um-uma paciente recém-nascida, quatro meses, a mãe me contou que ela tava com diarreia e com a obra vai/ com mau cheiro. Pois tá, você vá pra doutora Cleane, que é a melhor que tem aqui (ininteligível) quando eu cheguei na casa dela, a doutora tinha passado paracetamol e soro, eu pensei que era um encaminhamento pro hospital, cheguei aqui, doutora, assim assim assado assim assim, Pedro tem que internar, peguei o guia, porque a mãe nã/ não (ininteligível) porque a mãe ficou com medo... da médica recriminar porque ela tinha dado leite... em pó pra criança (ininteligível) a gente tomar, (ininteligível) diarreia (ininteligível) só uma diarreiazinha, aí a doutora, mau cheiro, não, só diarreiazinha normal, doutor passou paracetamol e (ininteligível) soro pa criança tomar*

48. *ACS Célia: Na minha área como é um lugar (ininteligível) e diabetes, então assim, ela não fazia a medicação corretamente, e aí ela tinha medo de voltar pro médico, e o médico, Regicleia, eu não vou não se não ele vai me (ininteligível)... eu dis/ não, tem nada a ver/ NÃO, ele vai me dar um carão (ininteligível) médico atende só hipertenso e diabético aqui, então a gente (ininteligível) melhor ela não ir, então assim pra convencer (ininteligível) não tinha médico na equipe, então era complicado, que ela tinha mesmo medo que o médico chegasse (ininteligível) dar um carão nela, não tinham quem dissesse [ACS Pedro: e não/] e NÃO FOI PRO MÉDICO.*

49. *ACS Pedro: quando eu vou (ininteligível) com papel, papelzim... com (ininteligível) não ia tá (ininteligível) dinheiro com passagem, aí por causa de pegar elas lá no ônibus (ininteligível) cheguei lá um horror de criança (ininteligível) entrar POR TRÁS pra falar com a médica, entrar por trás (ininteligível) com o pediatra, o doutor pediatra encaminhou ela po hospital Albert Sabin pra ser internada, (ininteligível) rapidamente, porque senão num ia nem chegar lá.*

50. *Pesquisadora: Mais alguma coisa que vocês queiram falar.. que achem pertinente?*

51. *Enf. Lúcia: Organização do (ininteligível) do NAC.*

52. *ACS Célia: É.*

53. *Pesquisadora: O que é NAC?*

54. *Enf. Lúcia: NAC é o Núcleo de Apoio ao Cliente [ACS Célia: ao Cliente uma coisa assim (ininteligível)] (falas simultâneas ininteligíveis) é o/a primeira/ é a recepção por onde o paciente entra na unidade, né, o sistema tá sendo implantado, o NAC ainda não tá totalmente organizado, fazendo confusões nas agendas dos profissionais e dos próprios pacientes, né, assim, não tão sendo bem orientados com relação aos atendimentos e acaba que traz aborrecimento pra nós e para eles.*

55. *ACS Pedro: Eee eu queria assim que a prefeitura investisse mais aqui, Saúde da Família, certo, porque a-a-as cinco equipes que tem aqui não tá dando pra suportar a demanda que tem no posto [Enf. Lúcia: (ininteligível) exatamente] investisse mais no PSF, mais equipes, aí ficava melhor/*

56. *ACS Célia: é, (ininteligíveis) mais agentes de saúde, tá, porque nossa equipe necessitaria de mais três, né, é três?*

57. *ACS Pedro: Não (ininteligível) botar agente de saúde (ininteligível) equipe, né, médico/*

58. ACS Célia: Não, digo assim, nossa área precisaria de mais três agentes de saúde no caso, é um (ininteligível) saúde, num interessa se foi dividido ou não, eu sei que nossa área necessitaria de mais ou menos, de cinco a dez (ininteligível) pra cobrir toda a área.

59. ACS Pedro: Porque assim, (ininteligível) todas as equipes são muito boas, certo, se desdobra mesmo pra atender a área deles e a área que não tem cobertura do PSF, então assim, todas equipes tão de parabéns, porque nenhuma se limita a atender área de cobertura, todos atendem (ininteligíveis), num fica, á eu vou ter que (ininteligível), num tem isso, aqui todo mundo atende todo mundo.

60. ACS Célia: Mas aqui o atendimento (ininteligível) porque a demanda é muito grande.

61. ACS Pedro: Porque sobrecarrega os profissionais, tem que cuidar da área deles né, de-de extrema responsabilidade, né, (ininteligível) tudo e se preocupar ainda com a necessidade da OUTRA área, então fica assim uma coisa SUPER sobrecarregada pra eles, que tudo que acontece com a região daquela, tem que ficar responsável, pré-natal, acompanhamento, ver se tá faltando leite, por não ter um agente de saúde, fica difícil manter o controle dessa paciente, porque quando a paciente falta, não veio ao pré-natal, se ela tiver um aborto espontâneo, não vem avisar nem a unidade de saúde, então a gente que tá fazendo acompanhamento, acompanha duas vezes e (ininteligível) então num sabe se foi embora pro interior, num sabe se teve um aborto, num sabe de NADA, então fica aí em aberto, entendeu, a ficha dela, porque não tem uma resposta de volta, porque se tiver um agente de saúde vai nesse endereço lá e vê o que foi que aconteceu com essa pessoa, aí sim, aí tem controle, mas (ininteligível) não tem como ter como, porque tem, tive que ver do Cocó, da Aldeota (ininteligível) contato, né.

62. Pesquisadora: Muito obrigada todos vocês.



## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para usuários



Universidade Federal do Ceará

Programa de Pós Graduação em Linguística – PPGL

Av. da Universidade, 2853 - Benfica Fortaleza - CE, 60020-181 (85) 3366-7300

#### PESQUISA ETNOGRÁFICA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **O DIÁLOGO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA RELAÇÃO COM PACIENTES**

Pesquisador(a): \_\_\_\_\_

Documento de Identidade Nº : \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

**1.** Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação neste estudo é muito importante, porque queremos saber se você fala de suas necessidades de saúde com os profissionais do Programa de Saúde da Família. Consideramos que o diálogo entre os profissionais e você seja um dos instrumentos importantes para que você possa cumprir as orientações, a maneira de tomar os remédios, e assim manter bem sua saúde. Suas respostas nos ajudarão a conhecer quais as dificuldades que você encontra para conversar com os profissionais e como essas dificuldades podem ser superadas.

#### **2 . OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS**

Entrevista (20 a 30 minutos), observação (20 minutos) e uma reunião chamada de grupo focal (60 minutos), com registros fotográficos e audiovisuais.

## **2.1 Entrevistas**

O propósito das entrevistas é conversarmos sobre o atendimento pelos profissionais de saúde aqui no posto; se você entende as orientações, as receitas; se sabe tomar os remédios; se faz em casa as coisas que eles pedem para você fazer. Quero também saber se você tem alguma coisa que tem vontade de dizer a eles e não diz; se tem alguma vergonha quando está sendo atendido(a) nas consultas, na prevenção; se você tem medo quando está diante de médicos ou médicas, de enfermeiros ou enfermeiras aqui no posto de saúde.

As entrevistas que vou fazer são organizadas de modo que eu anote seu nome, a idade e o seu endereço.

Depois que eu anotar seus dados, vou fazer as seguintes perguntas:

1. Comente sobre o atendimento que o senhor (a senhora) recebe aqui no posto.
2. Como o senhor (a senhora) avalia as orientações que os profissionais lhe dão aqui?
3. Como é sua relação com os profissionais que o(a) atendem no posto?
4. Qual dos profissionais que o senhor (a senhora) considera ser mais fácil de conversar?
5. Qual deles é o mais difícil?
6. Comente sobre o atendimento do posto diante de suas necessidades de saúde.
7. Sobre a resolução das coisas relacionadas a sua saúde, que nota o senhor (a senhora) dá ao posto? (1 a 10)
8. Se dependesse do senhor (da senhora), o que deveria ser mudado no atendimento?

## **2.2 Observações**

O procedimento observação é um momento da pesquisa em que eu ficarei ao seu lado, acompanhando você nas suas consultas, só olhando, sem me meter em nada, e nem abrir a boca para nada. Ficarei assim na hora de seu atendimento, na farmácia, no consultório de



enfermagem, no consultório médico. É que eu quero ver como você conversa e como é o atendimento. O interesse é estudar como é a comunicação entre você e as pessoas que atendem você aqui.

### **2.3 Grupo focal**

O grupo focal é uma reunião em que convidarei você e todos os voluntários deste projeto, para que juntos possamos discutir quais as questões que identificamos importantes nas análises das entrevistas, e que podem ser debatidas coletivamente, isto é com todos os voluntários aqui da Unidade Básica de Saúde. O interesse nesse debate é o de discutir como as coisas que não estão bem podem melhorar. Esta reunião só será marcada após as entrevistas e as análises das observações, em momento adequado a ser negociado com a gerente do posto, sem sacrificar o agendamento e nem os atendimentos.

## **2 AVALIAÇÃO DOS RISCOS DA PESQUISA, DESCONFORTOS ESPERADOS E MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS**

Os desconfortos que este estudo poderá trazer para você estão em atrapalhar um pouco seu cotidiano, além de um desconforto psicológico nos momentos da observação nas consultas e durante o seu atendimento aqui na Unidade Básica de Saúde. Você pode se sentir resistente quanto às gravações das entrevistas e das minhas observações. Não se sinta desconfortável, por favor, e por isso peço-lhe desculpas. Normalmente, em pesquisas desse tipo, alguns voluntários não se sentem à vontade para conversar, desabafar sobre alguma coisa que os aborrece. Para minimizar tais desconfortos, pautamos nossas condutas no mais alto critério ético, de forma a respeitar seu espaço, como também dos profissionais que estão lhe atendendo.

As entrevistas serão realizadas de forma privada no consultório, sem o acesso de outras pessoas para que você sinta-se à vontade. Em nenhum momento sua identidade será revelada, nem no momento das transcrições nem em futuras publicações. Utilizaremos nomes fictícios. As entrevistas serão realizadas no momento que você decidir.

Quanto às observações durante as consultas, ficarei no consultório de forma discreta, sem interrupções.

Para as reuniões do grupo focal, convidarei você no dia que todos os voluntários decidirem e que não irá atrapalhar o agendamento de seu atendimento e nem o deles. Falarei com a chefia

do posto para ceder a sala de reunião e lá iremos conversar sobre o que eu identifiquei de importante nas entrevistas e na observação, que merecem destaque para que possamos pensar coletivamente, isto é, todos os voluntários.

### **3.1 Duração dos procedimentos:**

Um encontro para a entrevista (20 a 30 minutos), um encontro para a observação em seu atendimento (20 minutos), uma reunião de grupo focal (no máximo 1 hora).

### **3.2 OS BENEFÍCIOS DESTE ESTUDO TANTO PARA VOCÊ DE FORMA INDIVIDUAL COMO PARA A COLETIVIDADE**

Sua participação neste estudo é de grande importância, pois as questões apontadas por você podem contribuir com o debate da atenção primária na estratégia da saúde da família. Os benefícios deverão ser discutidos com os gestores (chefes) locais, para que possam tentar realizar melhor o atendimento assistencial de saúde de vocês tanto de forma individual como coletiva, isto é, de todos os voluntários, e das outras pessoas que precisem ser atendidas aqui na Unidade de Saúde.

### **3.3 PROCEDIMENTOS ALTERNATIVOS QUE POSSAM SER VANTAJOSOS PARA O SUJEITO DA PESQUISA.**

Você não receberá nenhum dinheiro para participar desta pesquisa.

<b>ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR OU PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA</b>
--

- Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade da assistência.
- Você tem a salvaguarda da confidencialidade, do sigilo e da privacidade.
- Você tem acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas (endereço e telefone para contato com o pesquisador ou pesquisadora):

<b>ATENÇÃO: SE VOCÊ TIVER ALGUMA CONSIDERAÇÃO OU DÚVIDA SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA, ENTRE EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC –</b>
---

**RUA CORONEL NUNES DE MELO, 1127- RODOLFO TEÓFILO,  
TELEFONE 3366--8344.**

**OUTROS ENDEREÇOS IMPORTANTES ESTÃO A SEGUIR  
DESCRITOS COM INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E  
TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA.**

### **COORDENADORA DO PROJETO**

Nome: Maria Izabel Santos Magalhães

E-mail: [mizabel@uol.com.br](mailto:mizabel@uol.com.br)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
LINGUÍSTICA – PPGL.** Av. da Universidade, 2853 - Benfica Fortaleza-CE,60020-181.  
Telefone (85) 3366-7626

### **CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido/a pelo/a pesquisador/a e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

O(A) ABAIXO-ASSINADO(A) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
anos,

RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário/a da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do/a voluntário/a \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador ou da pesquisadora \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Nome da testemunha \_\_\_\_\_

(Se o/a voluntário/a não souber ler.)

Assinatura\_\_\_\_\_

## ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde



Universidade Federal do Ceará

Programa de Pós Graduação em Linguística – PPGL

Av. da Universidade, 2853 - Benfica Fortaleza - CE, 60020-181 (85) 3366-7300

PESQUISA ETNOGRÁFICA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **O DIÁLOGO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA RELAÇÃO COM PACIENTES**

Pesquisador (a): \_\_\_\_\_

Documento de Identidade Nº : \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) M ( ) F

Cargo/Função: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

1. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação neste estudo é muito importante, porque queremos estudar a relação entre você e seus pacientes no Programa de Saúde da Família. Consideramos que o diálogo entre profissional e paciente seja um dos instrumentos importantes para a adesão às prescrições e orientações das ações de saúde. Suas respostas nos ajudarão a conhecer como esse processo comunicacional é pautado.

### 2 . OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS

Entrevistas (20 a 30 minutos), observações (20 minutos), participação em reuniões de grupo focal (60 minutos), com registros fotográficos e audiovisuais.

#### 2.1 Entrevistas

O propósito das entrevistas é gerar dados sobre como você se relaciona no processo interacional com os seus pacientes. As questões levam à autorreflexão sobre as práticas no âmbito da saúde pública, relacionadas no espaço micro institucional e macro institucional. Perguntarei sobre como você se relaciona com seus pacientes, e se há um vínculo terapêutico satisfatório. O modelo de entrevista semiestruturada é dividido em duas partes: a primeira é destinada às informações sobre o nome, a idade, e o tempo em que trabalha no Programa de Saúde da Família.

Na segunda parte, estão as seguintes perguntas:

1. Na sua experiência, comente sobre o atendimento do Programa de Saúde da Família.
2. Comente sobre as especificidades clínico-preventivas em relação às demandas do Programa de Saúde da Família.
3. Comente sobre sua relação com os usuários.
4. Comente sobre casos específicos relacionados ao retorno dos usuários.
5. Se dependesse do(a) senhor(a), o que deveria ser mudado no atendimento?
6. Comente sobre o atendimento domiciliar.
7. O que acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza no atendimento?
8. Se dependesse do(a) senhor(a), o que deveria ser mudado no Programa de Saúde da Família?

## **2.2 Observações como participante**

No papel de observador(a) como participante, ficarei em silêncio, para posteriormente, fora do atendimento, tomar notas. Farei observações durante breves períodos durante as consultas, visando identificar como é o processo relacional entre você e os usuários no evento assistencial consulta. A observação pretende identificar como você atua como profissional na relação com os usuários. O interesse nesse processo observacional é estudar como é a interação entre você e os usuários.

## **2.3 Grupo focal**

O grupo focal é uma reunião em que discutiremos as questões que identificamos como importantes nas análises das entrevistas, que podem ser debatidas coletivamente com o grupo de colegas profissionais da saúde da Unidade Básica de Saúde. O interesse nesse debate é o de favorecer uma imersão nessas questões, com o propósito de coletivizar as boas práticas de interação entre usuários e profissionais. Essa reunião só será marcada após a geração das entrevistas e as análises das observações, em momento adequado a ser negociado com a gerente do posto, sem sacrificar o agendamento dos seus pacientes.

## **2.4 Acompanhamento na visita domiciliar**

O propósito de acompanhá-lo(a) na visita domiciliar será o de identificar como é que você pauta sua prática assistencial no cotidiano doméstico, junto ao(à) paciente e seus familiares. Queremos identificar como é esse processo.

## **2.5 Avaliação, minimização dos riscos da pesquisa e desconfortos esperados**

Os desconfortos que este estudo poderá trazer para você estão em atrapalhar um pouco o seu cotidiano aqui na Unidade Básica de Saúde, além de suscitar um desconforto psicológico nos momentos da observação nas consultas e na visita domiciliar.

Você pode sentir-se resistente quanto às gravações das entrevistas e minhas observações. Normalmente em pesquisas qualitativas alguns participantes não se sentem à vontade para expor temas e problemas do campo de pesquisa. Para minimizar tais riscos pautamos nossas condutas no mais alto critério ético, de forma a respeitar seu espaço, como também do seu paciente.

As entrevistas serão realizadas de forma privada no consultório, sem o acesso de outras pessoas para que você sintase à vontade. Em nenhum momento, sua identidade será revelada, nem no momento das transcrições nem em futuras publicações. Utilizaremos nomes fictícios. As entrevistas serão realizadas no melhor momento para os sujeitos dos postos de saúde.

Quanto às observações durante as consultas, ficarei no consultório de forma discreta sem interrupções, e somente fora desse ambiente registrarei minhas anotações.

Quanto ao acompanhamento na visita domiciliar, faremos do mesmo modo, ou seja adotaremos um comportamento discreto e ético.

### **2.5.1 Duração dos procedimentos**

Um encontro para a entrevista, uma reunião de grupo focal, e um acompanhamento da visita domiciliar. Quanto ao tempo de observação acompanhando as consultas, observarei o atendimento de acordo com o cronograma estabelecido na Unidade Básica de Saúde: pacientes hipertensos/diabéticos, saúde da criança, saúde das mulheres, gestantes, e atendimento de demanda livre, acompanhando as consultas em seus 20 minutos.

### **2.6 Os benefícios deste estudo tanto para você de forma individual como para a coletividade**

Sua participação neste estudo é de grande relevância social, pois as questões suscitadas por você podem contribuir com o debate político da atenção primária na Estratégia de Saúde da Família. Os benefícios podem ser discutidos com os gestores locais e com a comunidade acadêmica, comunidade com a qual nós pesquisadores temos o dever ético de compartilhar os debates e novas teorizações e epistemologias da prática assistencial para uma melhor atuação da saúde pública nas demandas da população, como também uma melhor resolução das questões de comunicação entre profissionais e usuários nos postos de saúde.

Um bom diálogo nem sempre é fácil entre profissionais e usuários, mas pensamos que há formas de torná-lo melhor, o que tanto poderá ajudá-lo(a) de forma individual, como coletivamente, pois o processo interacional institui um vínculo terapêutico entre profissionais e usuários, o que pode favorecer uma melhoria na qualidade do atendimento e nas respostas às demandas de saúde dos usuários do SUS aqui na Unidade Básica de Saúde.

### **2.7 Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o sujeito da pesquisa**

Você não receberá nenhum dinheiro para participar desta pesquisa.

**ESCLARECIMENTOS DADOS PELO(A) PESQUISADOR(A) SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA**

1. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo à continuidade do trabalho.
2. Você tem a salvaguarda da confidencialidade, do sigilo e da privacidade.
3. Você tem acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas, no endereço e telefone para contatos com o (a) pesquisador(a):

**ATENÇÃO: SE VOCÊ TIVER ALGUMA CONSIDERAÇÃO OU DÚVIDA SOBRE SUA PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA ENTRE EM CONTATO COM O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFC – RUA CORONEL NUNES DE MELO, 1127- RODOLFO TEÓFILO, TELEFONE 33668344.**

**OUTROS ENDEREÇOS IMPORTANTES ESTÃO A SEGUIR DESCRITOS, COM INFORMAÇÕES DE NOMES, ENDEREÇOS E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA.**

COORDENADORA DO PROJETO:

Nome: Maria Izabel Santos Magalhães

E-mail: [mizabel@uol.com.br](mailto:mizabel@uol.com.br)

Universidade Federal do Ceará – Programa de Pós Graduação em Linguística-PPGL

Av. da Universidade, 2853 – Benfica

Fortaleza-CE,60020-181

Telefone (85) 33667626

**CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo(a) pesquisador(a) e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

O(A) ABAIXO-ASSINADO(A) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos,

RG: \_\_\_\_\_, declara que é de livre e espontânea vontade que está participando como voluntário(a) da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a



pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Declaro, ainda, estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do(a) voluntário(a)\_\_\_\_\_

Assinatura\_\_\_\_\_

Nome do(a) pesquisador(a)\_\_\_\_\_

Assinatura\_\_\_\_\_

## ANEXO C – Anuência do Comitê de Ética e Pesquisa Municipal para UBS de Pacatuba-CE




PREFEITURA MUNICIPAL DE PACATUBA  
SECRETARIA DA SAÚDE

### DECLARAÇÃO

Ciente, que **Rebeca Sales Pereira**, irá realizar a pesquisa: **Estratégias Discursivas na Construção das Identidades de Profissionais de Saúde e Usuários do Programa de Saúde da Família**. Desenvolvido pelo Programa de Pós Graduação em Lingüísticas - Universidade Federal do Ceara. Com analise dos dados no ano de 2015.

Pacatuba, 30 de junho de 2015.

Cristiane Araujo Vieira Alves  
Secretária de Saúde  
Prefeitura Municipal de Pacatuba

  
Cristiane Araujo Vieira Alves  
Secretária da Saúde

## ANEXO D – Anuência do Comitê de Ética e Pesquisa Municipal para UBS de Fortaleza-CE



PREFEITURA DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

### DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P527334/2015**

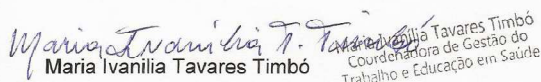
Título do Projeto de Pesquisa: **ESTRATÉGIAS DISCURSIVAS NA CONSTRUÇÃO DAS IDENTIDADES DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E USUÁRIOS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.**

Pesquisadores Responsáveis: **REBECA SALES PEREIRA E MARIA IZABEL SANTOS MAGALHÃES.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGTES, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 5 de junho de 2015.

  
Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

## ANEXO E – Parecer consubstanciado do CEP projeto-macro

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes

**Pesquisador:** Maria Izabel Santos Magalhães

**Área Temática:**

**Versão:**

**CAAE:** 31634414.0.0000.5054

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Linguística

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 751.107

**Data da Relatoria:** 26/06/2014

#### Apresentação do Projeto:

Este é um projeto multidisciplinar, e multicêntrico envolvendo pesquisadores e formadores de recursos humanos, envolvendo a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Estadual do Ceará (Uece) e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa), com o propósito de realizar uma pesquisa empírica para, em uma primeira etapa, descrever, interpretar e explicar o diálogo que se operacionaliza na práxis relacional entre profissionais da saúde e pacientes no Programa de Saúde da Família, e de que forma esse diálogo contribui para a qualidade de saúde da população. Na segunda etapa, o projeto propõe realizar oficinas formadoras, com vistas à construção de uma reflexão para desenvolver novas práticas dialógicas entre profissionais e usuários na Saúde da Família do Ceará. Trata-se de uma proposta de amplo escopo de aplicação, constituindo modelo teórico-metodológico aberto ao tratamento de diversas práticas sociais, capaz de mapear relações entre os recursos linguísticos utilizados por atores sociais e grupos sociais e aspectos da rede de práticas em que a interação discursiva está situada. Os conceitos centrais são o discurso e a prática social da saúde coletiva que também podem ser alcançados pela investigação da relação entre profissionais da saúde e usuários. A pesquisa com enfoque qualitativo será realizado em seis municípios das três macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri) do Estado do Ceará. Os sujeitos do estudo serão profissionais e

**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

Continuação do Parecer: 751.107

usuários do Programa de Saúde da Família - PSF. A coleta e a geração de dados serão realizadas por meio de entrevistas, notas de campo, observações, artefatos e grupos focais, visando compreender o significado da experiência vivida e a responder aos objetivos do estudo. Para a análise dos dados serão adotadas as seguintes categorias analíticas: intertextualidade e interdiscursividade; significados representacionais, acionais e identificacionais do aporte teórico da Análise de Discurso Crítica (Fairclough, 2003, 2010; Van Leeuwen, 2008)

#### **Objetivo da Pesquisa:**

objetivo geral: Investigar o diálogo, as práticas discursivas e sociais na interação entre profissionais de saúde e pacientes no contexto do Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará e contribuir com uma reflexão sobre a práxis comprometida com o fortalecimento do vínculo terapêutico resolutivo e cidadão de usuários do Sistema Único de Saúde.

objetivos específicos: 1 Analisar o atual modelo interacional-dialógico entre profissionais de saúde e pacientes, com vistas ao fortalecimento dos vínculos terapêuticos dos usuários e controle de agravos, morbidade e prevenção de mortalidades evitáveis; 2 Promover oficinas locais para avaliação de ações de promoção de saúde e diálogo interacional da equipe multidisciplinar e usuários, para facilitar a realização de metas desejáveis nas diversas políticas da estratégia de saúde da família, tais como a adesão e o vínculo terapêutico às ações de cuidado e controle de: hipertensão, diabetes, pré-natal, aleitamento materno, ações de puericultura, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde do homem, atendimento a transexuais, gays e lésbicas, questões de gênero e sexualidade; 3 Fortalecer o vínculo terapêutico como objeto responsivo às demandas de prevenção/controle das doenças crônicas (diabetes, hipertensão) e demais políticas institucionais das principais morbidades no âmbito da saúde coletiva adstritas ao Programa de Saúde da Família nas macrorregiões de saúde do Ceará; 4 Examinar a presença da escrita e como ela se manifesta na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Não apresenta riscos aos sujeitos, pelo contrário, o diálogo entre profissionais da saúde e pacientes é um processo essencial no estabelecimento de um vínculo terapêutico responsivo e integrado ao contexto. Favorece a autorreflexividade e o agenciamento de ideias, convicções que mobilizem/recuperem/ os avanços no campo das discussões da saúde como direito e dever do Estado.

**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



Continuação do Parecer: 751.107

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa é de largo espectro e aborda um tema além de interessante, grande relevância social, não apenas para a clínica médica. Propõe contribuir para que as relações entre profissionais e usuários possam ser repensadas nos termos das práticas mais humanas que considerem a realidade dos sujeitos usuários do sistema de saúde da saúde, o que está em sintonia com uma nova proposta de práxis na saúde coletiva.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos apresentados e de acordo com as exigências. Cabe aqui uma ressalva ao TCLE, por estar muito detalhado, chegando a minúcias sobre cada um dos procedimentos, inclusive com roteiro da entrevista. Para os usuários, principalmente, isso não faz muito sentido.

**Recomendações:**

Sugiro simplificar o TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

TCLE muito longo e com detalhes desnecessários, principalmente, para os usuários que serão entrevistados. Entretanto, acredito que este não seja motivo para não aprovação

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

FORTALEZA, 14 de Agosto de 2014

---

**Assinado por:**  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

**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