

Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na Atenção Primária à Saúde

I¹ Annatalia Meneses de Amorim Gomes, ² Andrea Caprara,

³ Lucyla Oliveira Paes Landim, ⁴ Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos I

Resumo: A relação médico-paciente no contexto da atenção primária é um desafio para a implementação de práticas humanizadas em saúde, considerando sua relevância e a emergência da problemática da humanização como necessidade social. Para que se possa avançar nesse campo, faz-se necessário rever o que se tem produzido sobre o assunto, mapeando os limites e avanços dessa relação. Este estudo busca compreender o encontro no âmbito da atenção primária à saúde, pensando a relação médico-paciente em termos hermenêuticos, a partir da construção de novos horizontes normativos no plano dos valores morais e éticos, com vistas à humanização da saúde. O estudo foi realizado no período de 2008-2009 em duas unidades de Saúde da Família do Município de Fortaleza, Ceará. Utilizaram-se técnicas de entrevista aprofundada e observação participante, totalizando 11 encontros com médicos e 37 com pacientes, além da gravação de 53 consultas. Os dados foram organizados e analisados no *software Qualitative Solutions Research Nvivo (QSR)*. Pacientes e médicos ponderaram sobre três aspectos principais que influenciam a interação clínica na Estratégia Saúde da Família: as características pessoais do médico, o agir profissional e os problemas na organização dos serviços. Entre os resultados, apareceram três perfis do encontro médico-paciente: o encontro centrado no paciente, o encontro sem entendimento e o realizado a curto prazo. O estabelecimento de um vínculo requer apoio intensivo às mudanças na organização dos serviços, com ênfase numa formação profissional que valorize a cultura, o protagonismo e a reflexão filosófica da convivência humana, visando à qualificação da atenção primária.

► **Palavras-chave:** atenção primária à saúde; humanização da assistência; relações médico-paciente.

¹ Universidade Estadual do Ceará. Endereço eletrônico: annataliagomes@secrel.com.br

² Universidade Estadual do Ceará. Endereço eletrônico: andreacaprara1@gmail.com

³ Universidade Estadual do Ceará. Endereço eletrônico: lucylapaes@uol.com.br

⁴ Universidade Estadual do Ceará. Endereço eletrônico: mardeniagomes@yahoo.com.br

Recebido em: 13/11/2011.
Aprovado em: 19/08/2012.

Introdução

A relação médico-paciente no contexto da atenção primária ainda é um desafio para implementação de práticas mais humanizadas em saúde, considerando sua relevância e a emergência do problema da humanização como necessidade social. Para que se possa avançar nesse campo, faz-se necessário rever o que se produz sobre o assunto, mapeando os limites e avanços dessa relação.

Caprara e Franco (1999) abriram com uma epígrafe de Cassel um artigo relevante para se pensar a relação médico-paciente – “A tarefa da medicina no séc. XXI será a descoberta da pessoa [...]”. De modo geral, os estudos convergiram para a problemática do aparato tecnocientífico da medicina moderna, a necessária humanização da prática médica e os aspectos comunicacionais como fatores importantes do encontro clínico.

Estudos recentes mostram que a marca da abordagem na formação de residentes nos Estados Unidos e a prática médica são intensamente caracterizadas pela leitura dos dados eletrônicos dos pacientes, na observação das imagens diagnósticas e nos dados laboratoriais (VERGHESE, 2008). Os médicos ficam sentados em frente a monitores de computador, examinando os resultados de exames diagnósticos e laboratoriais, enquanto contato com o paciente é sempre mais redundante: ele é o centro da atenção, mas como ícone, como *iPatient* (VERGHESE, 2008). Em contrapartida, o trabalho de um grupo canadense de médicos de família descreve a evolução da relação médico-paciente, que foi acrescentando aos objetivos convencionais de diagnóstico e cura metas mais amplas de apoio e cuidado, considerando as mudanças na prática médica e a possibilidade de métodos clínicos centrados na pessoa (STEWART, 2005).

No Brasil, o tema da relação médico-paciente é explorado em variados contextos, que enfocam abordagens teóricas, como o artigo de Caprara e Franco (1999), aspectos institucionais e da formação médica (SUCUPIRA, 1981; 2007), a junção da ética e técnica no processo de tomada de decisão na clínica (SCHRAIBER, 1997), e perspectivas dos pacientes sobre a relação de cuidado humanizado (NATIONS; GOMES, 2007), para citar alguns. Poucos estudos, entretanto, estão relacionados à atenção primária, destacando-se o de Caprara e Rodrigues (2004) e de Franco, Bastos e Alves (2005), os quais abordam a relação médico-paciente no Programa Saúde da Família (PSF).

Com efeito, caracterizada pelo atendimento das demandas de saúde mais frequentes (STARFIELD, 2004), expressas na fronteira entre “os problemas da vida” e a “patologia” objetivamente definida (TEIXEIRA, 2005), a relação médico-paciente, no contexto da atenção primária à saúde, ganha relevância. Assim, o encontro sintetiza a produção de uma interseção das necessidades de saúde do paciente, suas experiências e expectativas, com os saberes e práticas do médico (MERHY, 2000). Segundo Houaiss e Villar (2001), “encontro” significa “ato de chegar um diante do outro”, “ação ou efeito de descobrir, de achar”, “unir”, mas também “chocar-se”, “estar em trajetória de colisão”, “opor-se a”, “discordar”. Assim, na dinâmica do encontro clínico, a interação não está dada, “o seu resultado é sempre incerto” (ONOCKO-CAMPOS, 2005), daí a necessidade de buscar a elaboração do comum entre os distintos interesses dos sujeitos (CAMPOS, 2003; 2007).

Este estudo busca a compreensão do encontro no âmbito da atenção primária à saúde, pensando a relação médico-paciente em termos hermenêuticos, a partir da construção de novos horizontes normativos no plano dos valores éticos e morais com vistas à humanização da saúde.

Metodologia

Trata-se de pesquisa qualitativa, que se caracteriza pela compreensão aprofundada dos fenômenos sociais (MINAYO, 2006), com intenso componente etnográfico, buscando os significados, sentidos, crenças, valores e experiências dos sujeitos (CAPRARA; LANDIM, 2008). Os dados foram coletados por meio de múltiplas técnicas, no período de setembro de 2008 a junho de 2009.

O campo de estudo foram dois Centros de Saúde da Família (CSF) do Município de Fortaleza, Ceará, no Nordeste brasileiro, espaços de formação para a residência médica em Saúde da Família e Comunidade, bem como campo de estágio de alunos dos cursos de graduação na área da saúde. Um dos centros é uma unidade de saúde mais antiga, com o maior número de Equipes de Saúde da Família na secretaria executiva regional à qual pertence. O outro centro foi construído na atual gestão para realizar atividades de média complexidade na atenção básica dentro da orientação da Estratégia de Saúde de Família (ESF), sendo o principal equipamento de atenção básica e ambulatorial da parceria entre o município de Fortaleza e a Universidade Estadual do Ceará.

Foram realizadas 11 entrevistas semiestruturadas com médicos, 37 com pacientes e 53 gravações de consultas diferentes, bem como a observação sistemática do cotidiano do serviço por todo o período da pesquisa, com registro em diário de campo. Todos os médicos das equipes da ESF dos CSF foram incluídos e os pacientes das entrevistas foram selecionados por sorteio dos prontuários da área de abrangência. Na observação e gravação das consultas foi solicitada a participação voluntária dos médicos e pacientes, respeitando-se a dinâmica dos atendimentos.

Para a organização dos dados, usou-se o *software Qualitative Solutions Research Nvivo (QSR)*, o qual se fundamenta no princípio da codificação e armazenamento de textos em categorias específicas (MORSE; RICHARDS, 2002). No processamento do *NVivo*, as categorias do estudo, nomeadas “nós”, foram codificadas e, em seguida, conceituadas e agrupadas, para enfim terem seus dados analisados. Após leituras exaustivas, foram identificados na fala dos sujeitos os principais temas de referência: a confiança e a escuta no contexto do encontro clínico, caracterizando os encontros experienciados na relação médico-paciente, e a importância da família para um cuidado contextualizado. Os resultados foram interpretados à luz da Antropologia Médica e Humanização do Cuidado em Saúde.

Foram observados todos os aspectos éticos envolvidos nas pesquisas com seres humanos, conforme a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos aceitaram livremente participar das entrevistas e da observação das consultas, com a subsequente assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conservou-se o anonimato dos participantes, utilizando-se as terminologias “médico” e “paciente” para sua identificação. O estudo faz parte de uma pesquisa mais ampla, realizada com apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e obteve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, com parecer de nº 08133455-9.

Resultados

A apresentação dos resultados foi organizada de forma dialógica. Cada temática é abordada baseando-se na voz dos pacientes, seguida da perspectiva dos médicos entrevistados, procurando assim estabelecer um diálogo imaginário entre ambos sobre a relação médico-paciente no encontro clínico.

Confiança e escuta no contexto do encontro clínico

Os dois sujeitos da relação médico-paciente ponderaram sobre três aspectos ou condições principais que influenciam a interação clínica na ESF: as características pessoais do médico, o agir profissional e os problemas na organização dos serviços.

Os pacientes destacaram que o médico deve ser sensível e aceitá-los como pessoas humanas:

É quando a pessoa se sensibiliza com a situação do outro [...] trata o outro como um ser humano. [...] não tem preconceitos, não vê barreiras. Ele é mais que um médico, ele é um anjo! (Paciente)

Por sua vez, os médicos relataram como atributos pessoais que devam possuir: educação, cortesia, saber clínico e paciência:

Minha relação é cordial, educada e, quando possível, integrativa. O conhecimento médico, a paciência e educação do profissional facilitam. (Médico)

O sustento indispensável da relação, expresso por ambos, foi a confiança, elemento que favorece o vínculo, a expressão da intimidade do paciente e o diálogo aberto.

A confiança que ele passa pra gente a ponto de você falar dos seus problemas mais íntimos [...] a gente se sente à vontade pra contar tudo. (Paciente)

A minha relação, eu tento que seja a de mais confiança possível, que o paciente se sinta confortável comigo e eu me sinta confortável com ele. Tento ouvir o paciente o máximo que eu puder, deixo-o com o discurso livre [...] as dores, as angústias [...] acabo ganhando maior confiança com ele e também pego mais facilmente as queixas pra poder chegar ao diagnóstico. (Médico)

Como segunda condição que repercute na interação clínica satisfatória, médicos e pacientes assinalaram que o agir profissional também perpassa a capacidade de escuta, comunicação e empatia, fundamentais para uma relação atenciosa:

O jeito que ele conversa com você, a simpatia dele. Como olha pra você [...] Ele só anota a receita depois que você entendeu tudo que ele explicou. Ele pergunta tudo. Eu gosto muito da maneira como ele consulta as pessoas. [...] Passa meia hora escutando, olhando, pegando na gente (Paciente).

Então o que tá faltando é isso: você tem que olhar pro paciente, pra ele sentir que ele tá sendo importante pra você, né? A pior coisa que tem é você chegar num lugar e ninguém lhe ouvir (Médico).

A terceira condição está relacionada aos problemas na organização dos serviços. Os pacientes citam como fatores desfavoráveis na relação médico-paciente o tempo de espera prolongado, a falta de profissional médico e o difícil acesso a consultas,

exames e medicamentos. Os médicos refletiram sobre essa situação e apontaram o excesso de demanda, o número insuficiente de médicos nas equipes, a sobrecarga de trabalho e o tempo de consulta (de menos de 15 minutos) como prejudiciais à humanização e à qualidade do atendimento dispensado aos pacientes.

O que atrapalha é a demora para ser atendido, conseguir exame, ou quando falta medicamento (Paciente).

Se numa unidade eu tenho equipes incompletas, eu acabo tendo que atender pessoas que não são da minha área e fico sobrecarregada e acabo tendo que atender com pressa e a qualidade do atendimento cai inevitavelmente. Vai dificultar a minha ida à comunidade, o acesso do paciente. Nem todos vão conseguir ser atendidos (Médica).

Acho que o mais humano para se ter uma relação boa é pelo menos 15 minutos, o que não acontece na ESF, que você tem que atender uma demanda muito grande. Você não consegue ouvir, porque ainda tem mais 30 pacientes pra consultar (Médico).

Outro aspecto crítico da organização do serviço diz respeito ao sistema computadorizado de marcação de consultas. Os médicos comentaram a precariedade dos equipamentos de informática e a desorganização no manuseio das informações. O relato a seguir retrata essas dificuldades:

O computador é antigo, vive dando problema e isso atrapalha totalmente o andamento do serviço e a satisfação do paciente (Médico).

Caracterizando os encontros experienciados na relação médico-paciente

O cruzamento dos registros em diário de campo das observações sistemáticas com os dados coletados pela entrevista possibilitou uma análise mais detalhada e uma melhor compreensão do fenômeno em estudo. Assim, foi possível descrever três perfis do encontro médico-paciente, resultados da repetição de comportamentos e das interações experienciadas pelos sujeitos. Esses perfis não significam uma classificação rígida, pois são uma disposição didática do repertório relacional. São eles: o encontro centrado no paciente, aquele sem entendimento e o realizado a curto prazo.

O **encontro centrado no paciente** é aquele no qual ocorre interesse pelo outro, e a conversa é conduzida para atender as necessidades trazidas pelos pacientes. O trecho de uma entrevista revela as características dessa interação almejada:

O meu atendimento é centrado no paciente. Eu só vou abordar alguma coisa depois que o paciente fala tudo que ele quer e isso ajuda, porque ele se sente à vontade, depois é que a gente direciona (Médico).

A observação da consulta de uma paciente de 51 anos, em acompanhamento de hipertensão e dislipidemia, sintetiza os elementos presentes na relação médico-paciente, quando orientada por essa interação. Aqui, a conduta médica valoriza os recursos do próprio sujeito e outras possibilidades terapêuticas:

Médica: *“Olá Dona Fátima, tudo bem com a senhora?”*.

Paciente: *“Tudo, doutora!”*.

Médica: *“Como é que a senhora está, Dona Fátima?”*.

Paciente: *“Eu tô bem. De vez em quando eu tô querendo sentir assim uma dorzinha de cabeça, mas eu acho que é devido à quentura. O que deu nos meus exames doutora?”*.

Médica: *“Tô olhando aqui. Esse aqui é o da tireóide.”*

Paciente: *“E o que é isso?”*.

Médica: *“Tireóide é uma glândula que a gente tem aqui [apontando pro pescoço] e é bom que a gente veja se tá tudo bem em toda mulher na menopausa. E quando ela tem algum problema, os hormônios se alteram, mas os seus estão normais. Nos seus exames de sangue, só o colesterol que está alto e nem é muito alto. Então, eu não vou passar remédio. Eu vou passar o quê? Atividade física que você não faz e eu tenho certeza que se você fizesse você baixava esse danado. E também a questão da alimentação, que você vai passar a comer mais frutas, mais legumes, folhas verdes, berinjela é muito bom pra baixar o colesterol.”*

O segundo perfil foi denominado **encontro sem entendimento**. Ele se caracteriza por uma linguagem permeada por expressões técnico-científicas incompreensíveis para a maioria dos pacientes, e por uma consulta centrada na doença, no tratamento e nos exames diagnósticos. Tal encontro é exemplificado no seguinte trecho de observação de consulta de uma paciente de 40 anos, com queixa de dor de cabeça:

Médico: *“Quero ver o nível do cortisol. Vou pedir TSH e o T4 pra ver o eixo hipotálamo-hipófise. Pronto! Vamos agora pensar em tratar! [...] Tá tendo aquelas ondas de calor?”*.

Paciente: *“Só quando faz calor mesmo!”*.

Médico: *“5-HTP. Cinco Hidróxido Triptofano. São cinquenta miligramas. Eu posso fazer de cinquenta a duzentos, a dose máxima. E vitamina C duzentos miligramas. Eu associo aqui, porque a vitamina C vai evitar que o aminoácido destrua o suco gástrico! Isso é tudo uma fórmula ortomolecular.”*

E, por último, o **encontro a curto prazo**, marcado por uma consulta rápida e pelo tempo da consulta direcionado para uma resolução prescritiva, limitada ao sintoma. O trecho de uma observação de consulta de paciente do sexo feminino, de 56 anos, com queixa de dor nas costas, mostra esse tipo de encontro:

Médico: “O que a senhora está sentindo?”.

Paciente: “Muita dor nas costas, na coluna. É porque eu cuidava de menino, né! Ai eu saí, por que eu dei dois jeitos na minha coluna. Nem eu deitada melhorava. Ai, eu tava sentada ali, tava morrendo de dor na cabeça.”

Médico: “Dor de cabeça?”.

Paciente: “É.”

Médico: “Você já fez R-x da coluna?”.

Paciente: “Não.”

Médico: “A dor é no meio da coluna ou no final da coluna?”.

Paciente: “Toda.”

Médico: “Toda a coluna?”.

Paciente: “Toda.”

Médico: “Tá tomando algum medicamento?”.

Paciente: “Não.”

Médico: “Vou prescrever um anti-inflamatório. Diclofenaco. E você vai pegar na farmácia.”

Paciente: “Tá. Obrigada.”

O tempo das consultas na unidade variou de 4 a 44 minutos, com média de 18 minutos e 42 segundos. O paciente tende a valorizar o médico que dedica maior parte do seu tempo a escutá-lo e examiná-lo (“Examina a gente dos pés à cabeça”). Esse tempo é utilizado também para outros membros da família consultados ou que participam na relação de comunicação com o médico.

Entre os profissionais, observaram-se dificuldades na relação com pacientes de nível de escolaridade insuficiente. Houve, em alguns casos, angústia e esforço para arranjarem as palavras certas e se fazerem entender, conforme ilustra o relato de um médico:

O que dificulta é quando às vezes eu vou explicar uma receita, e a mãe tem uma escolaridade limitada ou uma compreensão limitada, que preciso explicar, explicar, explicar e depois ela pergunta de novo [...] Nossa, eu tenho que ter uma paciência tão grande e, às vezes, eu não tenho não! (Médico)

A importância da família para um cuidado contextualizado

Outro elemento que agrega facilidades ou dificuldades para o encontro clínico é a interação com a família. Os médicos em sua prática reconhecem a importância da participação desta no cuidado, sobretudo nos casos de doença crônica ou

“maligna” (câncer) e na abordagem com crianças. Assim, as pessoas da família podem tornar-se apoio, incentivo e fonte de informações sobre o paciente, o que ajuda o médico no tratamento; porém, em algumas situações, podem atuar em sentido contrário, dificultando o trabalho dos clínicos.

A análise das entrevistas com médicos desvendou facilidades – e desafios – na relação médico-paciente-família, tais como: ajuda dos componentes familiares na terapêutica, conhecimento da pessoa doente e da dinâmica familiar e respeito ao seu sofrimento. A família é, pois, para o médico, um elemento importante no restabelecimento da saúde do paciente, fundamental no fornecimento de informações.

É importantíssima a presença dos familiares tanto para contar a história, como para você poder saber o contexto [...] E tem outra coisa: por a gente conhecer a família como um todo, acaba sendo um pouco da família também. Então isso ajuda no nosso acesso, nosso vínculo. (Médico)

Outro aspecto revelado pelos médicos é a importância de compreender as relações da pessoa sob seus cuidados com outros membros da família, suas condições de vida, principalmente quando se trata de criança.

Tem muita mãe aqui que fala dos problemas dela, que o marido usa droga, ou é alcoólatra, ou que o casamento não está bom. Ela já entra pela porta dizendo: doutora, eu vim só conversar com a senhora. Às vezes eu pego algumas crianças somatizadas aqui que tem distúrbios emocionais. É muito importante você conhecer a família, principalmente quando você cuida de criança. (Médica)

Embora a família seja fonte de suporte emocional para o paciente, os médicos consideram que alguns entes queridos dificultam a relação com o paciente, pois atrapalham na terapêutica e lançam desafios éticos. Observam-se essas dificuldades no relato:

São resistentes, não querem que o paciente saiba disso ou daquilo outro, querem só fazer o que seja paliativo, enquanto você sabe que pode ser curativo. É complicado quando a família quer se livrar do paciente que tá dando trabalho ou tem interesse financeiro, acaba dificultando um pouco mais a relação quando há interesse diverso do interesse do bem-estar do paciente. (Médico)

Discussão

Uma interação satisfatória do médico com o paciente comporta a noção do aceite desse último na diferença, em sua singularidade, história acumulada e dimensão subjetiva. Com efeito, à medida que aponta para a atenção como requisito, o paciente

amplia a dimensão da ação do cuidador, do aspecto técnico para o comunicacional e da assistência para a Educação em Saúde, não se limitando a uma assistência técnica a um indivíduo portador de um sintoma (GOMES et al., 2008).

As qualidades de “educação”, “cortesia”, “paciência”, “conhecimento” e “empatia”, ressaltadas pelos médicos associados aos atributos pessoais de “sensível”, “atencioso” e “que o aceite [ao paciente] como pessoa humana”, fundamentais na opinião do paciente, concorrem para uma relação de cuidado e de confiança mútua. O atendimento digno, sem discriminação, é direito do paciente (BRASIL, 2006A), entendendo-se este como um cidadão portador de direitos inerentes a toda pessoa, o que corrobora as perspectivas dos participantes do estudo, além de chamar a atenção para as questões subjetivas e éticas (AYRES, 2005) na composição de uma relação clínica satisfatória.

Para que o paciente fale abertamente sobre sua história, “chegue a falar de seus problemas mais íntimos”, o médico necessita estabelecer a confiança para o diálogo, permitindo um “discurso livre” do paciente. Na perspectiva de Groopman (2008), o modo como o médico faz perguntas e reage às emoções de seus pacientes é a chave para que eles se encontrem à vontade na interação e forneçam as pistas de algo em que o médico poderia não estar pensando para a efetivação de um diagnóstico eficaz. Além disso, o paciente precisa sentir que o médico está realmente interessado em ouvir o que ele tem a dizer, disponibilidade traduzida na linguagem dos gestos e posições que comunicam para além da expressão verbal (“Ele olha a gente da cabeça aos pés” ou “[...] pega na gente”). Uma interação positiva e adequada traz benefícios para ambos. Tal como assinala Maguire (2002), pacientes ficam mais satisfeitos ao serem cuidados com atenção, e os médicos podem identificar os problemas do doente com maior precisão, melhorando seu próprio bem-estar.

Essa escuta atenta, que reconhece o outro como pessoa humana e dispõe de uma capacidade de acolher sua dor e sofrimento, é importante condição para formar o vínculo e a confiança (SCHIMITH; LIMA, 2004). Como ensina Teixeira (2005), quando um campo de confiança se forma entre os sujeitos, um já se pode mostrar para o outro com todos os traços de singularização que marcam o corpo e a alma de cada qual, sem medo de ser rotulado como louco, fraco ou perdedor. Nota-se que há um deslizamento sutil do afeto de *confiança* para o de *acolhimento*. Em sentido contrário, as relações impessoais e pouco

interativas não contribuem para formação de vínculo e atenção cuidadosa, criando dificuldades para dispensa de informações claras e acessíveis ao paciente (CAPRARA; FRANCO, 1999; SCHRAIBER, 2010).

Os aspectos relacionados às condições de trabalho, bem como à organização dos serviços no contexto estudado, também nem sempre favoreceram a relação médico-paciente no encontro clínico. Uma inadequada organização da rede de serviços e da demanda, a escassez de profissionais médicos, a lógica de atendimento centrada no número de procedimentos e o predomínio do modelo biomédico focado na doença, com forte componente de “medicalização” e uso de tecnologia dura (MERHY, 2000), todos esses são fatores decisivos para situações de longa espera e difícil acesso ao serviço. Assim, criam-se situações incongruentes com a proposta de ESF, voltada para a promoção e prevenção da saúde, além de aumentarem os conflitos e configurar-se desrespeito aos direitos dos cidadãos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; BRASIL, 2006a; 2006c).

Outro problema revelado no contexto em estudo foi a gestão dos equipamentos da informática e do sistema de informação, os quais, em vez de contribuírem para apressar o atendimento e facilitar a interação, retardam procedimentos necessários e causam desgastes de deslocamento do paciente, fato constatado em outros serviços de saúde pública, conforme estudos de Nations e Gomes (2007) e Souza e colaboradores (2008).

Em decorrência das condições vivenciadas pelos sujeitos no cotidiano dos serviços, acrescidas da formação acadêmica, das relações e afetos produzidos e do modo de pensar e agir pela experiência, o médico desenvolve estratégias comportamentais que resultarão em diferentes perfis de encontro com o paciente. No denominado “centrado no paciente”, o profissional consegue uma interação que valoriza a livre expressão do interlocutor e a compreensão de sua dinâmica familiar, fortalecendo o vínculo (HALL et al., 2002). Observa-se que a prática desses médicos parece direcionar-se ao modelo da integralidade do cuidado (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006) e ao de uma clínica ampliada (CAMPOS, 2003), quando propicia a utilização de recursos pessoais e comunitários, estimulando o autocuidado e a autonomia do paciente. Aponta, pois, para uma superação da clínica tradicional, ao incluir, além dos elementos orgânicos (biológicos), os fatores subjetivos e sociais do processo saúde-doença por meio da ampliação da escuta aos pacientes e da deslocamento da intervenção

terapêutica do uso quase exclusivo de medicamentos para o emprego de recursos como a “atividade física”, “alimentação” etc.

De outro modo, na ESF, médicos e pacientes ainda reproduzem em sua relação comportamentos do modelo biomédico, ferindo os princípios da atenção primária. Ele dificulta o entendimento do paciente, pois realiza uma comunicação em linguagem científica incompreensível (“pedir TSH e o T4”, “cinco hidróxido triptofano”, “fórmula ortomolecular”), baseada no modelo cognitivo dos médicos ou mesmo consultas “a curto prazo”, do tipo queixa-conduta, com perguntas dirigidas, corroborando estudos de Schraiber (1993; 2010).

Em estudo semelhante a este, Marvel e colaboradores (1999) mostraram que os pacientes que visitam um médico nos Estados Unidos eram interrompidos em média após 22 segundos do início de sua fala, para em seguida o profissional assumir a liderança. Segundo os pesquisadores, os médicos, muitas vezes, reorientavam as descrições iniciais dos pacientes sobre suas preocupações. Depois do redirecionamento, as descrições raramente eram concluídas pelo paciente. As consequências dessas descrições iniciais incompletas incluem oportunidades perdidas para reunir dados do paciente que poderiam ser potencialmente importantes. Recorre-se à citação de Osler (1904): “escute o paciente e ele lhe dirá o diagnóstico”.

Foi observado neste estudo que os médicos possuíam dificuldades na comunicação relacional com pacientes de baixo nível de escolaridade, prejudicando o vínculo entre ambos, particularmente quando o encontro estabelecido é do tipo “sem entendimento” ou “a curto prazo”. Algumas pesquisas exprimem que a qualidade da relação pode ser afetada pelas percepções dos médicos sobre seus pacientes e vice-versa. Por exemplo, os médicos que pareciam gostar dos pacientes tiveram avaliações positivas quando estes respondiam às avaliações de satisfação com os atendimentos (HALL et al., 1993; 2002).

Nos casos em que os profissionais não gostam dos pacientes, ou nos de dificuldade de comunicação devido ao baixo nível escolar destes, os médicos podem assumir gestos formais e distantes, pouco receptivos, facilmente percebidos pelos pacientes como descaso, contribuindo para a dificuldade na obtenção de informações e, conseqüentemente, levando a um diálogo malsucedido (HALL et al., 2002).

As pesquisas de Hall e seus colaboradores (2002) sobre abordagem da dimensão emocional do diálogo entre médico e paciente revelaram que ambos

percebem o grau de simpatia pelo comportamento não verbal, corroborando os dados deste estudo: “O jeito que ele conversa com você [...] a simpatia dele”. Outro exemplo foram reações positivas e atitudes de simpatia dos profissionais no trato com as crianças durante as consultas.

A percepção do médico está, portanto, relacionada à forma como trata o paciente (AMIR, 1987; BEACH et al., 2006; GERBERT, 1984) e também ao contexto sociodemográfico e às características raciais dos pacientes, conforme van Ryn e Burke (2000). Para os autores, é prematuro assumir um caminho causal da percepção à comunicação; entretanto, é preciso considerar a comunicação do paciente e os atributos pessoais do profissional de saúde, fatores que parecem influenciar tanto a percepção deste como suas habilidades comunicacionais.

Esse aspecto é fundamental quando se trata de atuar na perspectiva da ESF, de abordagem abrangente, em que há forte determinação dos contextos socioeconômico e cultural no processo saúde-doença, que devem ser considerados, juntamente com o modo como as pessoas vivem a experiência do adoecimento, e não só a doença como manifestação somática (KLEINMAN, 1980).

Observou-se que, se o médico não conhece bem as pessoas de sua área de abrangência – por exemplo, ao iniciar suas atividades profissionais em um território –, tem sua abordagem dificultada, embora possa com facilidade relacionar-se com elas. Outro aspecto importante é que, nas populações menos favorecidas e com menor nível de escolaridade, há menos saúde. Isso significa dizer que, nos serviços de saúde, sobretudo os de atenção primária, esses sujeitos mais vulneráveis precisam ser mais bem cuidados, visando diminuir as desigualdades sociais, perspectiva a ser refletida pelos profissionais e incorporada nos processos educativos.

Na relação com o terceiro sujeito do encontro clínico – os familiares dos pacientes –, os médicos reconhecem a sua importância para a prestação de informações. É também importante a dinâmica familiar na história do paciente, a qual, quando favorável, concorre para o bem-estar do doente. Os médicos não destacam, entretanto, outras formas de participação familiar no cuidado ou mesmo no controle social dos serviços, como preconizado pela política da atenção primária (BRASIL, 2006B). Tal circunstância pode indicar que alguns médicos deste estudo pouco reconhecem as potencialidades terapêuticas das relações familiares e das redes sociais da comunidade. Não referiram lançar

mão dessas estratégias para enfrentamento das questões percebidas, como o “alcoolismo”, “uso de droga” ou casos de “crianças somatizadas”. Eles parecem assumi-las como sendo de responsabilidade exclusiva deles, médicos, “resolver” a questão (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

Em razão da complexidade desse contexto da ESF, em que se relacionam médicos, pacientes e componentes familiares, os profissionais pouco sugeriram para a melhoria da interação, referindo-se, primordialmente, a características pessoais que precisam ser desenvolvidas por eles mesmos. Como um jardineiro que cultiva o seu jardim, talvez rendido diante da impotência em transformar estruturas e modos de vida. Eis o desabafo de um médico:

Que eu regue mais a minha paciência! Para atender 90% da clientela dos postos de saúde, é necessário excesso de paciência e compreensão.

Considerações finais

Entre o desejável por médicos e pacientes e o que é possível realizar na experiência clínica dos CSF da atenção primária existe uma relação marcada pelo interesse de ambos em estabelecer um encontro autêntico, apesar das condições desfavoráveis que enfrentam: a baixa cobertura assistencial da ESF, equipes incompletas, excesso de demanda, falta de estrutura física, organização do serviço com baixa função de acolhimento, nível educacional e socioeconômico dos pacientes – problemas gerais do SUS, atualmente em debate na Saúde Coletiva.

A relação médico-paciente ocorre na dinâmica dos processos subjetivos e sociais onde habitam os sujeitos, e comporta uma multiplicidade de fatores políticos, pessoais, relacionais, científicos, comunicacionais, organizacionais e macroestruturais. Ela não se detém, no entanto, em nenhum deles de forma isolada.

Entre a oferta de uma relação baseada em respostas tecnocientíficas, centrada nos riscos, medicamentos e disfunções, que vimos predominar na prática médica da APS, e o mundo da vida dos sujeitos, reside a necessidade de ampliar os horizontes normativos, para que assim transcorra a humanização inscrita no plano dos valores morais e éticos que nos apontam os médicos e os pacientes, em cada momento da ação profissional, e que possa ir ao encontro dos projetos existenciais de ambos. Trata-se, portanto, de associar medicamentos e técnica a cuidados, conversas e possibilidades de estabelecer uma relação dialógica. Como realizar essa difícil tarefa sem cair em um discurso moralizador ou fundamentalista?

Destaca-se ainda o campo deste estudo consistir em centros de formação para residência médica em Saúde da Família e para estágio em graduação de cursos da saúde. Embora haja avanços em direção a uma perspectiva de abordagem integral que favoreça médicos e pacientes no encontro clínico, ainda persistem comportamentos que privilegiam a queixa de origem orgânica como a forma de linguagem prioritária. Questões sociais e psicológicas são negligenciadas, o que nos leva a nos interrogarmos: até que ponto os processos formativos podem desenvolver os sujeitos para o estabelecimento da relação médico-paciente conjugando as perspectivas ética e técnica? O bom encontro dos sujeitos na relação de cuidado requer ainda o apoio intensivo às mudanças na organização dos serviços, a reflexão crítica e o engajamento dos sujeitos e maior comprometimento político com a felicidade, a saúde e o oferecimento de uma vida digna para a população¹.

Agradecimentos

Agradecemos a Josiane Vasconcelos Rodrigues, que tem acompanhado o projeto de pesquisa e colaborou com sugestões valiosas na versão final deste artigo. Nosso carinho aos estudantes de Medicina Camila Herculano Soares Rodrigues, Rafael Andrade, Karine Lustosa Augusto, Jussie Correia, Leonardo Bezerra e Diego Morais, que participaram na coleta e nas primeiras análises dos dados. Um agradecimento particular ao CNPq, pelo apoio fornecido na realização desta pesquisa.

Referências

- AMIR, M. Considerations guiding physicians when informing cancer patients. *Soc Sci Med*, v. 87, n. 4, p. 741-748, 1987.
- ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W.S. ET al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p.783-836.
- AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 10, n. 3, p. 549-560, 2005.
- BEACH, M.C. et al. Are physicians' attitudes of respect accurately perceived by patients and associated with more positive communication behaviors? *Patient Educ Counseling*, v. 62, p. 347-354, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Carta dos usuários da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006A.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006B.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
- CAMPOS, G.W.S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p. 301-306, 2007.
- _____. *Saúde paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L.O.P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface Comun Saúde Educ.*, Botucatu, v.4, 2008.
- CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.V. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.
- CAPRARA, A.; FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad Saúde Pública*, v. 15, p. 647-54, 1999.
- FRANCO, A.L.S.; BASTOS, A.C.S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 1, p. 246-255, jan-fev. 2005.
- GERBERT, B. Perceived likeability and competence of simulated patients: influence on physicians' management plans. *Soc Sci Med*, v. 18, n. 12, p. 1053-1059, 1984.
- GOMES, A.M.A. et al. Code of rights and obligations of hospitalized patients within the Brazilian National Health System (SUS): the daily hospital routine under discussion. *Interface Comun Saúde Educ*, v. 12, n. 27, p. 773-782, 2008.
- GROOPMAN, J. *Como os médicos pensam*. Rio de Janeiro: Agir; 2008.
- HALL, J.A. et al. Physicians' liking for their patients: more evidence for the role of affect in medical care. *Health Psychol*, v. 12, p. 140-146, 1993.
- HALL, J.A. et al. Liking in the physician-patient relationship. *Patient Educ Counseling*, v. 48, p. 69-77, 2002.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press, 1980.
- MAGUIRE, P. Improving the recognition of concerns and affective disorders in cancer patients. *Ann Oncol*, v. 13, supl. 4, p. 177-181, 2002.
- MARVEL, M.K. et al. Soliciting the patient's agenda: have we improved? *JAMA*, v. 281, p. 283-87, 1999.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface Comun Saúde Educ*, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2006.

MORSE, J.M.; RICHARDS, L. *Readme first for a user's guide to qualitative methods*. Thousand Oaks: Sage, 2002.

NATIONS, M.K.; GOMES, A.M.A. Cuidado, “cavalo batizado” e crítica da conduta profissional pelo paciente-cidadão hospitalizado no Nordeste brasileiro. *Cad Saúde Pública*, v. 23, n. 9, p. 2103-2112, 2007.

ONOKO-CAMPOS, R. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 573-783, 2005.

OSLER, W. *Aequanimitas-with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*. Philadelphia: P. Blakistone, 1904.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, v. 20, p. 1487-1494, 2004.

SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v. 1, p. 123-138, 1997.

_____. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.

SOUZA, E.C.F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 100-110, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

STEWART, G.B. *Em busca do valor: o guia de Eva para estratégias*. Porto Alegre: Bookman, 2005.

SUCUPIRA, A.C. *Relações médico-pacientes nas instituições de saúde brasileiras*. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1981.

_____. A importância do ensino da relação médico-paciente e das habilidades de comunicação na formação do profissional de saúde. *Interface Comunic, Saúde, Educ*, v. 11, n. 23, p. 619, set-dez 2007.

TEIXEIRA, R.R. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 585-589, 2005.

VAN RYN, M.; BURKE, J. The effect of patient race and socio-economic status on physicians' perceptions of patients. *Soc Sci Med*, v. 50, p. 813-828, 2000.

VERGHESE, J. et al. Self-reported difficulty in climbing up or down stairs in nondisabled elderly. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 89, p. 100-104, 2008.

Nota

¹ A.M.A. GOMES participou de todas as fases de elaboração do manuscrito: concepção, planejamento, análise dos dados e elaboração do corpo do artigo; A. CAPRARA participou da concepção, planejamento, análise dos dados e elaboração do corpo do manuscrito; L.O.P. LANDIM contribuiu com a coleta de dados, análise e redação do corpo do manuscrito; M.G.F. VASCONCELOS participou da análise dos resultados e elaboração da redação do corpo do artigo.

Abstract

Doctor-patient relationship: between desire and possibility in Primary Health Care

The doctor-patient relationship in the context of primary health care challenges the implementation of humanized health practices, considering their relevance and the emergence of humanization as a social need. In order to advance in this field, it is necessary to review what has been produced on this issue, mapping the boundaries and advances of this relationship. This study seeks to understand this relationship as part of primary health care practices, thinking the doctor-patient relationship in hermeneutic terms, from the construction of new horizons in terms of normative ethical and moral values in order to obtain a more humanized health. The study was conducted from 2008-2009 in two family health units in the city of Fortaleza, state of Ceará. Techniques of in-depth interview and participant observation were applied, totaling 11 interviews with doctors and 37 with patients, in addition to the recording of 53 consultancies. Data were organized and analyzed using the software NVivo *Qualitative Solutions Research (QSR)*. Patients and doctors reflected about three main aspects that influence the clinical interaction in the Family Health Strategy, which are: personal characteristics of the physician, professional acting and problems in the services organization. Among the results, three profiles of the physician-patient encounter emerge: the patient-centered encounter, the consultations “without understanding” and the short-term encounter. Establishing a relationship requires intensive support to change services organization, emphasizing training that values culture, leadership and philosophical reflection of human society, aiming at the qualification of primary care.

► **Key words:** Primary Health Care; humanization of care; physician-patient relations.