



## Artigos Originais

## Cuidado e escuta: análise da relação médico e usuário a partir do Programa Mais Médicos no município de Florianópolis e Joinville<sup>1</sup>

Care and listening: analysis of the physician and user relationship from the More Medical Doctors Program in the city of Florianópolis and Joinville

Carlos Alberto Severo Garcia Jr.<sup>1</sup>  
Marta Verdi<sup>2</sup>  
Marcia Grisotti<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade do Vale do Itajaí

<sup>2</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

**Resumo:** O acesso à saúde da população brasileira é um tema de debate recorrente. No Brasil, com a implementação do Programa "Mais Médicos" (PMM) no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2013, tem-se evidência sobre o atendimento das demandas dos usuários em territórios em situação de vulnerabilidade e a tensão em relação aos obstáculos ao acesso da população aos serviços de saúde. Esse contexto tenta reduzir a insuficiência do acesso que torna necessário o debate do papel da Atenção Primária à Saúde (APS) na coordenação do cuidado. O presente artigo analisa as experiências vivenciadas no cuidado e na escuta no âmbito do PMM, sob o olhar da população, levando em consideração o contexto de vulnerabilidade social à qual está submetida. A pesquisa foi desenvolvida em dez (10) unidades de saúde nos municípios de Florianópolis e Joinville, ao longo do primeiro trimestre de 2015. Foram realizadas entrevistas em profundidade, com amostra de treze sujeitos atendidos por doze médicos vinculados ao PMM nos respectivos municípios. No processo de análise os resultados foram apresentados em três eixos temáticos: processo de comunicação na relação médico e usuário, escuta como evidência de atenção e medicalização da saúde. Conclui-se que a experiência da relação médico e usuário a partir do Programa Mais Médicos no município de Florianópolis e de Joinville reafirma a importância do cuidado e da escuta na garantia do direito das populações com acesso restrito ao atendimento médico no SUS e o reconhecimento da micropolítica do trabalho vivo e das tecnologias relacionais em saúde.

**Palavras Chave:** atenção primária, programa mais médicos, relação médico-paciente, medicina de família e comunidade, cuidado em saúde.

**Abstract:** Access to health of the Brazilian population is a topic of recurrent debate. In Brazil, with the implementation of the "More Medical" Program (PMM) in the Unified Health System (SUS) in 2013, there is evidence of meeting the demands of users in vulnerable areas and the tension regarding obstacles Access to health services. This context attempts to reduce the insufficiency of access that makes it necessary to debate the role of Primary Health Care (PHC) in the coordination of care. The present article analyzes the experience lived in the care and listening in the scope of the PMM, under the eyes of the population, taking into account the context of social vulnerability to which it is submitted. The research was developed in ten (10) health units in the municipalities of Florianópolis and Joinville, during the first quarter of 2015. In-depth interviews were conducted with a sample of thirteen subjects attended by twelve physicians linked to the PMM in the respective municipalities. In the process of analysis the results were presented in three thematic axes: communication process in the doctor and patient relationship, listening as evidenced by attention and medicalization of health. It is concluded that the experience of the physician and user relationship from the More Medical Doctors Program in the city of Florianópolis and Joinville reaffirms the importance of care and listening in guaranteeing the right of populations with restricted access to medical care in SUS and the The recognition of the micropolitics of work and relational technologies in health.

**Keywords:** primary care, more medical doctors program, physician-patient relationship, family and community medicine, health care.

<sup>1</sup> Produto da pesquisa estadual Impacto Social do Programa Mais Médicos em Santa Catarina: realidades e perspectivas, financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC), Edital 2014/1, Termo 2015TR363, e realizada com o apoio direto da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC).

## 1. Introdução

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) compreende as tecnologias de cuidado como aquelas que atendam às necessidades de saúde de um determinado território, observando suas características e atendendo as demandas a serem acolhidas levando em conta os critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência<sup>1</sup>. Cuidar é escutar. Escutar não é somente atrelar o ato da fala ou da língua, mas repercutir a qualidade do que se diz, às vezes, sem dizer. Está na nuance, no contraste e na transformação, no habitar do próprio exercício de comunicar-se. De tal modo, escutar torna-se peça-chave na produção de cuidado e vínculo. Portanto, o cuidado e a escuta dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) referem-se ao exercício de práticas humanizadas dirigidas à população.

Na saúde, é comum perceber médicos e enfermeiros usando um instrumento – estetoscópio – para a ausculta. A ausculta, parte do exame físico, sob a rubrica da medicina, é o ato de escutar os ruídos internos do organismo para controlar o funcionamento de um órgão ou perceber uma anomalia. A ausculta dos ritmos, ruídos e sons internos do corpo humano permite, por exemplo, constatar a presença de sopros cardíacos e sugerir malformações, auxiliando na construção de uma anamnese e de hipóteses diagnósticas. Contudo, o corpo produz barulhos internos capazes de serem ouvidos, mas nem sempre escutados.

Trata-se de escutar, no encontro entre profissional e usuário, o que o outro diz do seu corpo, como também com o seu corpo. No processo de escuta se observam as atitudes corporais, gestos, tom de voz, ritmo da fala, respiração, mímica facial e olhar. A capacidade de escutar exige a concentração da atenção e a inferência da importância sobre o que se diz. A qualidade da escuta produz na pessoa, naquela que emite a palavra, a sensação de ser compreendida, valorizando a confiança para tornar-se acessível e mostrar cada vez mais de si ou ocultar de si.

O escutar também é uma tecnologia fundamental no cuidado em saúde. A escuta na relação médico-usuário possibilita uma vinculação entre ambos, pois sejam nas palavras ditas, nas expressões direcionadas ou nos silêncios sufocados, os detalhes e as sutilezas que se apresentam são importantes no reconhecimento entre o par. Ao mesmo tempo, os recursos linguísticos e cognitivos possibilitam reconhecer os contrastes do universo de cada indivíduo.

Ao se aperfeiçoar a capacidade de escuta na relação médico-usuário, ocorre uma ampliação da compreensão para a análise de aspectos subjetivos e objetivos, proporcionando um encontro de qualidade entre os atores. Nesse encontro, as características da atenção estão estabelecidas pela comunicação. As assimetrias e peculiaridades da manifestação do pensamento também poderiam colaborar para elucidar o modo constituído na produção de vínculos positivos e negativos entre médico e usuário. Assim, trata-se de um grande desafio na formação e na prática médica, pois, em geral, a relação com o usuário é assimétrica, na medida em que o médico detém um saber, enquanto o usuário na maioria das vezes está excluído deste conhecimento.

O presente artigo analisa as experiências no cuidado e na escuta à Atenção Primária à Saúde (APS) sob o olhar de uma população específica num dado território e de médicos atuantes e vinculados ao Programa Mais Médicos (PMM), levando em consideração o contexto de vulnerabilidade social à qual estão submetidos.

## 2. Percorso Metodológico

Trata-se de um fragmento da tese de doutorado intitulada “Médicos cubanos e usuários do Sistema Único de Saúde: análise da produção de vínculos a partir do Programa Mais Médicos”<sup>2</sup>, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina. Parte dos dados e análise aqui apresentada são desenvolvidos a partir de entrevistas com usuários e médicos atendidos no SUS levando em consideração todo o contexto de vulnerabilidade social e as características do PMM. Apresenta-se uma grande categoria temática do estudo citado, identificando a percepção dos usuários acompanhados por médicos cubanos na APS e as percepções dos médicos sobre os usuários acompanhados.

Trata-se de um estudo qualitativo, desenvolvido junto a usuários do SUS no âmbito da APS e acompanhados por médicos cubanos participantes do PMM nos municípios de Florianópolis e Joinville, Santa Catarina. Foram entrevistados treze (13) usuários da APS (mulheres e homens com idade acima de dezoito anos) e doze (12) médicos vinculados ao PMM com pelo menos três meses de experiência na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O processo de análise dos dados ancorou-se na análise de conteúdo e resultando em três eixos temáticos: processo de comunicação na relação médico e usuário, escuta como evidência de atenção e medicalização da saúde.

O projeto de pesquisa que originou este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP/SES/SC), tendo a aprovação, em 27/02/2015, sob o parecer de nº 966.957.

### **3. Sobre a Relação Médico-usuário a partir das Experiências do Programa Mais Médicos: resultados e discussão**

#### **3.1 Processo de comunicação na relação médico e usuário**

Na pesquisa identificamos que os médicos cubanos compreendem a importância desta relação ativa e da necessidade de ouvir para poder falar. Um dos médicos entrevistados esclarece: "Primeiro a gente aprende a escutar e depois a falar". Essa atitude permite compreender como este profissional se coloca diante do usuário e assinala, no domínio do que é dito, a abertura do processo substancial na produção de vínculo. A necessidade de aprender, no caso a língua portuguesa, também coloca o médico a se deslocar da certeza evidente por si só de saber como se comunicar, e noutra instância contrabalança a sua relação com o usuário, pois este detém um saber e um domínio sobre como transitar nos códigos e signos da sua língua materna.

MED9: Primeiro a gente aprende a escutar e depois a falar. Por isso que a criança, quando está se desenvolvendo, ela escuta a mãe, mas não consegue falar. O desenvolvimento da audição é mais rápido que o da fala. Nós [cubanos] estamos sendo crianças de novo no português [risada].

Nesse sentido, a atitude de se tornar acessível, sem a premissa do necessário distanciamento entre médico e usuário, produz um processo gradativo de vinculação, sejam eles com vínculos positivos ou negativos, sejam de solidariedade ou de compaixão. O médico cubano, ao aprender um novo idioma, necessita interagir com o usuário num processo de comunicação e aprendizado, no qual recebe e decodifica uma mensagem e adquire habilidades práticas para qualificar o seu atendimento clínico.

No exemplo a seguir, de acordo com o usuário existem alguns sinais que podem colaborar para a produção de vínculos positivos e negativos, reconhecendo algumas potencialidades e fragilidades no contato com o médico, que vão além da comunicação verbal.

USU1: Porque ela olha dentro dos meus [olhos] e a partir disso é que você está me dando atenção. Porque se eu estiver falando com você e você ficar só escrevendo, como você vai prestar atenção no que estou falando, ficar centrado nas duas coisas ao mesmo tempo? Eu não gosto quando vou conversar com um médico e ele fica escrevendo, porque tem o momento para ele ouvir e o momento para ele escrever, tem que saber dividir o tempo.

O usuário entrevistado identifica a importância da atenção e do interesse do médico para se sentir escutado e valorizado – "porque tem o momento para ele ouvir e o momento para ele escrever". A demonstração de que a atenção está centrada no indivíduo e naquilo que ele está expressando pode ser traduzida num gesto: o olhar ("ela olha dentro dos meus"). O olhar procura, busca, contempla e interpreta; diz. Também manifesta uma intenção no reconhecer o outro. A partir do olhar entendem-se expressões que se alteram dependendo do que, a quem, com quem e onde se olha. Trata-se de um olhar que interroga e coloca o indivíduo como evidência de si<sup>2</sup>.

Se no prontuário, no exame ou na tela do computador os médicos fixam os olhos com maior frequência do que no próprio usuário, está-se diante de olhar limitado ("se eu estiver falando com você e você ficar só escrevendo, como você vai prestar atenção no que estou falando, ficar centrado nas duas coisas ao mesmo tempo?"). Muitas vezes, trata-se de reduzir o processo de trabalho a um conjunto de tecnologias "duras". Por isso, o olhar pode se tornar um processo produtivo da relação entre médico e usuário na perspectiva das tecnologias "leves"<sup>3</sup>.

Olhar para o corpo, por exemplo, como uma medida de temperatura, o termômetro (tecnologia), isoladamente indicará unicamente a medida térmica do indivíduo, sem as possíveis

relações deste com sua experiência de adoecimento, ainda que no fim os números forneçam indícios fisiológicos que podem realçar a necessidade de intervir sobre a elevação ou diminuição da temperatura do corpo. Trata-se de estabelecer uma comunicação entre profissional e usuário sem que as ferramentas reduzam o olhar a uma medida ou norma anatomofisiológica, pois, se o instrumento se torna determinante na prática médica, restringe a noção de cuidado em saúde<sup>2</sup>.

O olhar e a escuta podem ser traduzidos como tecnologias no cuidado ao usuário. A ruptura com a atenção médica voltada para procedimentos e tomando o usuário como centro do cuidado esclarece a importância do olhar e da escuta como peças fundamentais no êthos do cuidado. Merhy<sup>3</sup> alerta para a necessidade de que não esqueçamos as diferentes capturas e interesses (capital e liberal) nos formatos tecnológicos instrumentalizados por saberes definidos, na tentativa de reduzir o trabalho vivo em ato de um encontro de vários interesses sociais sob a forma de necessidades de saúde.

Não são poucas as exigências para esta vertente da prática médica, especialmente ao assumir esse lugar de "tudo saber" e dominar as competências e pré-requisitos de ser especialista em famílias e comunidade. Essa visão pode instituir um modo de se relacionar que antes de tudo exige do médico dar conta de uma dinâmica complexa, repleta de transições e variações e que pode levá-lo a crer que o usuário não sabe nada de si, ou aquilo que sabe pode confundir-lo. Para o médico, como se observa no exemplo a seguir, o que se fala nem sempre é o que se quer dizer.

MED4: No primeiro instante o que você fala, o que você escuta, não quer dizer realmente o que a pessoa quer falar, por isso a pessoa tem que saber escutar, saber entender também a outra pessoa.

O "saber escutar" e "saber entender" se tornam elementos essenciais na construção da relação médico-usuário. As relações entre humanos, sejam individuais ou coletivas, sejam públicas ou privadas, sempre são relações de poder. O que ocorre na prática médica centrada em procedimentos e em tecnologias, sobretudo duras e leves-duras, é uma dissimetria de poderes, com a consequente desqualificação do poder do usuário. Num só tempo, o encontro entre dois universos com posicionamentos ideológicos, culturais e afetivos distintos e suas próprias intenções em jogo. Trata-se de apreender um universo, seu contexto, suas marcas culturais, seus valores, suas prudências e suas liberdades no ato de se comunicar<sup>2</sup>.

O próprio processo de comunicação médico e usuário, além das situações de comunicação de más notícias ou de emergência, possui diferentes elementos em conexão que se alteram por diferentes motivos. O encontro entre médico e usuário pode avivar incertezas, inseguranças e sentimentos, em ambos os indivíduos. De tal modo, esse processo adentra esferas pessoais e culturais, podendo ou não, dependendo da posição ocupada na relação, atenuar as distâncias existentes entre o idioma e a cultura do médico e do usuário. Portanto, não se trata mais de uma escuta neutra, imparcial e impessoal, mas situada entre saberes e poderes da prática médica, capaz de se envolver e desenvolver justamente no contato subjetivo, interessado e sensível.

USU6: Ela [médica] me deu total liberdade para conversar. Inclusive coisas que não falei com outro médico, falei com ela. Ela me acalmou bastante.

A liberdade para se expressar, sem filtros ou seleções, significa acreditar que o conteúdo daquilo que se transmite não será depreciado. Ao expressar, "Ela me deu total liberdade para conversar", duas questões chamam a atenção: a obediência e o destemor. No primeiro, o médico teria consentido o usuário a falar, portanto, um discurso de dominação do médico, como se houvesse um consentimento definido previamente sobre o que se pode ou não dizer. No segundo, a coragem de falar sem uma construção regrada e regular, um destemor do caráter imprevisível daquilo que se diz<sup>4</sup>. Nota-se na fala do usuário que o componente "conversar", sinaliza um movimento de transcender uma lógica da relação entre médico e usuário neutra e imparcial, suscetível a escutar o que diz o doente de seu adoecimento. Nestas situações, o médico, a partir do vínculo produzido, torna-se uma referência no cuidado<sup>2</sup>.

MED5: Quando cheguei aqui as pessoas começaram a falar: com a senhora podemos conversar, porque os outros médicos nem olham no rosto. Em alguns países são assim, não só no Brasil, Venezuela também.

É possível que a diferença no cuidado em saúde do trabalho do médico cubano esteja, entre outros, em seu método: "podemos conversar". Contudo, não se trata de dizer que o médico

cubano é "especial" ou "melhor" do que os médicos brasileiros. Ainda que exista a inegável influência sociocultural na sua história, parece-nos que o desenvolvimento da atenção e do trabalho dedicado aos usuários ultrapassa essas diferenças, prevalecendo um compromisso ético de estabelecer um contato mais amplo do que o acesso propriamente dito ao serviço de saúde, ratificando a promessa e interesse de ajudar o outro por meio de vínculos solidários.

No enunciado abaixo, pode-se perceber um médico que apresenta e compartilha seus sentimentos e sentidos para os fatos da vida. O encontro do comum entre indivíduos, neste caso, médico e usuário.

MED7: Se falo que tenho saudade, eles [usuários] começam a dar exemplos de saudade, dos filhos, dos pais... Todo mundo tem saudade. Dizem para eu não sofrer, não chorar, que não será sempre assim. Tenho o apoio das pessoas da comunidade que me aconselham. Conversamos durante a consulta, visitas domiciliares e nas horas vagas.

O cuidado como fenômeno do cuidar do outro cuidando de si em um coletivo, também corresponde a uma estratégia na produção de vínculos solidários, seja para reduzir distâncias, seja para minimizar sofrimentos. A comunidade inventa um sentido para um coletivo. Este se torna fundamental para a constituição de uma rede de vínculos, sobretudo, no próprio processo de produção de cuidado de si<sup>2</sup>.

Ao conseguir expressar fraquezas e dificuldades, o médico também descobre seus problemas como qualquer outra pessoa. Ao trazer à tona os sentimentos, reações e reflexões envolvendo o par médico-usuário, ambos podem apresentar suas interrogações e afirmações, propondo questionamentos e esclarecimentos, descortinando a relação médico-usuário como um campo de análise e intervenção. Assim, amplia-se a concepção de cuidado como um encontro e produção de vínculos coletivos, em que as influências das relações entre indivíduos podem deslocar as premissas do saber-poder.

Ao identificar a posição do saber na relação estabelecida entre médico e usuários se configuram os limites da própria relação de poder exercida de um sobre o outro. Trata-se da dissolução dos enigmas enunciados pelos problemas ditos. Vejamos abaixo a exposição do usuário sobre a valorização de seu médico:

USU5: Tem médico que já fui que mal responde quando a gente pergunta alguma coisa. Tem médico que nem olha para gente.

O "médico que nem olha para gente", olha para o que? Olha para a doença, para seus sintomas, para o diagnóstico, como já analisamos em outros momentos. A doença passa ser constituída como um "ser", e o diagnóstico, a tarefa da medicina. Para reconhecer as manifestações de uma doença, o doente deve ser afastado para restar a verdadeira doença. O domínio da medicina sobre as doenças reconhece o doente também suscetível a fatores extrabiológicos. Contudo, afirma Camargo Jr.<sup>5</sup>, subjugado a referenciais biológicos.

Deve-se levar em consideração que a prática e a formação médica estão interligadas. Têm-se uma formação voltada para a sustentação da concepção biologicista/organicista do processo saúde-doença, como aponta Cutolo<sup>6</sup>, uma concepção de que quem fala é um doente desconhecido e irrelevante. Trata-se de um indivíduo "impreciso" e portador de incertezas, nas quais a doença não justificaria um modo de viver e adoecer.

Não obstante, o ensino médico tem uma intensa influência do modelo flexneriano. Este toma como objeto de estudo o corpo humano manifesto por seus sistemas e órgãos isolados. Além disso, traduz a doença como um processo biológico e natural, desconectado dos aspectos sociais. O alcance da proposta flexneriana é amplo nas escolas médicas da América Latina. Nelas, a perspectiva do "Ciclo Básico" nos dois primeiros anos do curso de medicina (anatomia, histologia, embriologia, fisiologia, bioquímica, farmacologia, patologia, bacteriologia e diagnóstico físico) e, posteriormente, do "Ciclo Clínico", organiza uma "medicina científica", contudo, sem a problematização do homem e da sociedade, afirma Cutolo<sup>6</sup>. Contudo, há de se relativizar o "produto" pela sua "origem". De onde vêm esses médicos? De qual extrato social? Qual ideologia "trazem" consigo? Quais os motivos explícitos e implícitos que engendraram a decisão pelo ofício?

Por isso, não é de se estranhar a fala do usuário: "Tem médico que já fui que mal responde quando a gente pergunta alguma coisa". Ora, se quem "fala" e o que se procura é a doença, porque se preocupar com o indivíduo?

MED5: Eles precisam de quem escute. Todos têm muitos problemas econômicos e familiares. Isso faz com que o paciente fique mais estressado e deprimido. Por exemplo, na minha área, tem muita doença por trabalho, pois quase todos trabalham com faxina, fazem muito esforço físico.

O médico ressalta a importância de escutar os usuários considerando as formas de organização social que envolvem diretamente o processo de saúde-doença, pois “o homem sadio que se adapta silenciosamente às suas tarefas, que vive sua verdade de existência na liberdade relativa de suas escolhas, está presente na sociedade que o ignora”, de acordo com Canguilhem<sup>7</sup>. Se considerarmos a liberdade e a saúde a depender das escolhas que se pode fazer, podemos dizer que o adoecimento não é um fator isolado.

O usuário que busca cuidados, notadamente, o cuidado médico, além de ser escutado como indivíduo e suas necessidades individuais, precisa ser escutado como um indivíduo dentro de um coletivo, sobretudo relacionando à produção de saúde com suas condições de trabalho, habitação, educação, emprego, lazer, transporte, alimentação, renda, acesso e posse de terra, acesso a serviços de saúde e liberdade. De tal modo, a produção de cuidado em saúde reside no permanente contato e movimento entre as dimensões macro e micropoliticamente constituídas nas relações entre profissionais e usuários, assim como nas políticas de saúde. Portanto, “a saúde não é somente a vida no silêncio dos órgãos, é também a vida na discricção das relações sociais”, considera Canguilhem<sup>7</sup>. Conforme Merhy<sup>8</sup>, trata-se de um ato produtivo em defesa da vida individual e coletiva, submetido a processos sociais e históricos. Com efeito, neste caso, os médicos cubanos, conscientemente ou não, procuram considerar, de modo geral, a indissociabilidade entre as questões da determinação social e da saúde. Uma das potencialidades dos médicos cubanos está na capacidade de reconhecer os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais na vida dos usuários do SUS.

### 3.2 Escuta como evidência de atenção

USU3: A gente percebe porque cada vez que a gente fala com ela, mais ela escuta. Escuta as pessoas e a gente vê que ela está entendendo. E passa a receita certa.

A relação entre escuta e prescrição remete a um possível marcador de estratégias de cuidado. Se a escuta é a porta de entrada para saber o que habita no outro, também é capaz de prescrever caminhos. A eficácia prescritiva está parte na capacidade de compreensão dos problemas enfrentados pelo usuário, parte na confiança no ato prescritivo.

MED2: Às vezes vêm pacientes que estão doentes, e só em você ouvir resolve tanto quanto o remédio. Doenças que os remédios não curam. Precisa de atenção, de se sentir importante para alguém. E a pessoa já se sente melhor. E cada paciente é importante mesmo. Esse é nosso trabalho.

Escutar pode ser um remediar, segundo o entrevistado: “você ouvir resolve tanto quanto o remédio”. Trata-se da possibilidade da atenção médica de alguma maneira colaborar com outras ideias para atenuar o sofrimento do usuário. Ao ser escutado, de acordo com o médico, “a pessoa já se sente melhor”. Ele, ao escutar/remediar, pode reparar um possível dano? Este, ao recontar sua história de adoecimento, pode reelaborar a sua própria compreensão sobre si, ao mesmo tempo em que o médico pode colaborar para a reconexão do indivíduo com seus próprios descontentamentos e dificuldades – “Precisa de atenção, de se sentir importante para alguém”. “Doravante, em se tratando de remédios, a maneira de os dar vale mais, por vezes, do que o que é dado”, conforme Canguilhem<sup>7</sup>. A escuta também se torna uma terapêutica no processo de saúde-doença, pois estabelece, por interação e aproximação, uma atitude na dimensão do cuidado em saúde<sup>2</sup>.

USU2: Ela está todo ouvido ali se a gente quer conversar. Mas eu não converso, só falo mesmo o que tenho, ela passa remédio e já saio da consulta.

Escutar estabelece um acordo comum entre interlocutores. Não basta apenas confiar, pois o encontro se produz na capacidade de se arriscar e se concentrar no acontecimento em ato. É importante demarcar e habitar outras posições, compartilhar divergências, delimitar os conflitos existentes, compreender as limitações e perceber as ambiguidades. Do contrário, a relação estará regularizada por outras intencionalidades, como afirma o usuário: “eu não converso, só falo

mesmo o que tenho". Ao arriscar-se a falar – *parreshia*<sup>4</sup> – de si e de seus problemas, pode abrir a possibilidade da coordenação do cuidado assim como a construção de soluções. Esses riscos também podem representar deslocamentos e rupturas do cuidado de si.

Como interromper um determinado hábito ou modo de funcionar depois de tantos anos de vida? "Considerada como um acontecimento na relação entre o doente e o médico, a cura é, à primeira vista, o que o doente espera do médico, mas nem sempre o que o doente obtém dele" para Canguilhem<sup>7</sup>. A cura está amparada no próprio efeito da terapêutica prescrita. A afirmação: "Ela passa remédio e já saio da consulta", traduz um método curativo fundamentado num ideal de doença. A resposta do remédio é na doença e não necessariamente no doente. Nesse sentido, o usuário ao ambicionar somente o remédio, permanece anônimo ao cuidado de si. Torna-se uma voz passiva que aposta no "fora" já que o "dentro" pode ser obscuro e perigoso demais, teme arriscar iniciar uma conversação com esse indivíduo desconhecido de si mesmo.

O modelo hegemônico do processo investigativo na racionalidade médica, como já apontamos, está centrado na doença e no procedimento. O médico representa o profissional capaz de revelar as obscuridades do corpo e, portanto, apresenta ao usuário o valor da evidência científica para executar as suas instruções. Resumidamente, parece-nos possível pensar uma prática médica que também retroalimenta a lógica prescritiva e a tomada de decisões sem compartilhamento e produção de graus de autonomia na relação com o usuário.

Contudo, em determinadas situações, o médico aposta em alternativas onde não há uma garantia de resultados, assume um compromisso, um trabalho vivo e um agir protetor e curativo, aceitando e tolerando os riscos e danos de escutar o usuário.

MED11: A gente sente que eles se sentem melhor falando. Às vezes, falar é melhor que qualquer remédio. Não precisam de remédio, precisam falar com a gente.

O médico atribui importância ao compartilhamento de vivências do usuário que fala sobre elas como uma atitude libertadora. Compreende o entrevistado: "falar é melhor que qualquer remédio". Ademais, escutar o doente se verifica como uma tecnologia oportuna no cuidado médico, especialmente, ao considerar o sentido de cuidado como anterior à noção de prevenção (remediar). O médico profere: "Não precisam de remédio, precisam falar com a gente". No entanto, ainda que exista uma aposta na redução do uso de medicamentos como resposta ao que está passando o usuário, também há um invólucro que circula a tecnologia pastoral de uma estratégia de poder que fundamenta uma obediência, pois não é para qualquer um que o usuário precisa falar (poderia ser um curandeiro, um padre, um vizinho e outros), mas sim ao representante da medicina. A estratégia de falar para cuidar conviria para o "equilíbrio" da singularidade do indivíduo, ao mesmo tempo em que sancionaria esse mesmo cuidado pela moderação e controle das liberdades no governo de cada um<sup>2</sup>. De outro modo, em vez de "libertar", "aprisona".

Na prevenção quaternária, por exemplo, a palavra, de acordo com Norman e Tesser<sup>9</sup>, é compreendida como a maior ferramenta para evitar técnicas com potencial de estigmatização e medicalização. Os autores aludem à imprescindível atenção dos médicos ao escolherem as palavras para melhor se adaptar à cultura das pessoas, zelando pela sua utilização para facilitar o acolhimento e atenuar as complexidades inerentes ao processo do cuidado.

É no próprio exercício de comunicação que a relação entre médico e usuário se constitui. Mas, a comunicação a partir de um ato prescritivo pode ser considerada como uma burocratização do cuidado. No exemplo abaixo, o usuário se mostra insatisfeito com a abordagem do médico (brasileiro, neste caso) na consulta, além do estabelecimento de tempo insuficiente para o atendimento, com a restrição da prescrição medicamentosa como fim último. Trata-se de um entendimento que põe em evidência o jogo de interesses e de poder encontrado na relação entre médico e usuário, superlativo na modalidade "queixa-conduta", comum nos serviços<sup>8</sup>.

USU3: Para vir atender uma pessoa doente, com problema, olhar para a pessoa, perguntar "o que é que você tem?" e em dois ou três minutos, logo ir embora, para passar o remedinho e "está bom!", não te ajuda. Você tem que estar preparado para escutar e entender.

Na APS, a presença do médico como fonte habitual de cuidado, assim como o acesso ao serviço de saúde, ao longo do tempo pode influenciar a maneira como o usuário se coloca na relação. Por isso, o momento do atendimento é fundamental na produção de vínculos, pois

trata da intensidade e da extensividade da relação, capazes de proporcionar alterações no processo de saúde-doença e no cuidado em saúde<sup>2</sup>. O usuário enfatiza: "você tem que estar preparado para escutar e entender".

O processo de trabalho médico tem relação com os momentos de operações de seu saber, concebido como tecnologias imateriais, ao mesmo tempo, com seus instrumentos físicos, proporcionados pelas tecnologias materiais, pondera Merhy<sup>3</sup>. Vejamos exemplos desta operação: estabelecer a gestão do tempo, organizar o ambiente da consulta, revisar informações do prontuário, evitar termos técnicos, adaptar a linguagem à compreensão do usuário, entre outros tantos. Este processo pode estabelecer ofertas e facilidades bem como empecilhos e obstáculos ao acesso das pessoas ao médico. De tal modo, o usuário compreende que "estar preparado" também expõe a composição tecnológica do trabalho em saúde e da produção do cuidado. Escutar é mais uma parte da preparação e da elaboração de um projeto de cuidado e compartilhamento de ideias, expectativas, interesses e preocupações mútuas.

MED5: Às vezes, por exemplo, encaminho o paciente para diferentes lugares. Muitos pacientes quando voltam na consulta comigo leio o prontuário e não está nada escrito. Não sei nada do que aconteceu com esse paciente, só o que o paciente fala e, muitas vezes, o paciente não sabe explicar. Nós [médicos] temos terminologias médicas que não são comuns para o paciente.

No processo de comunicação, o uso de terminologias médicas pode, além de promover um distanciamento mútuo, manter o usuário alienado de sua própria posição. O conjunto de termos específicos, ao mesmo tempo em que constitui uma barreira na transmissão e recepção das mensagens entre médico e usuário, também atende ao discurso médico "científico" e "verdadeiro", como salienta Camargo Jr.<sup>5</sup>. O médico entrevistado enfatiza a noção de que o usuário é aquele que "não sabe explicar" aquilo que o profissional transmitiu e reconhece o vocabulário médico como excludente. Contudo, não é meramente o vocabulário (palavra), mas o discurso que foi limitado pelos diversos mecanismos (princípios) de exclusão de ambas as partes. A relação assimétrica entre médico e usuário abriga na comunicação, com suas diversas especificidades (abreviaturas, códigos e referências), o discurso médico como expressão da "verdade"<sup>4</sup>. Se o médico se torna o "especialista em pessoas" (embora se possa considerar que cada vez mais especialista em doenças), representante e sinônimo de conhecimento e de objetividade sobre a vida, restaria ao usuário ser um "especialista em especialistas"?

O monopólio médico-científico se alicerça em tecnologias que asseguram a administração da vida das pessoas, especialmente com a comunicação e a informação, que inevitavelmente indicam normas e direções<sup>10</sup>.

### 3.3 Medicalização da saúde

USU4: Ela fala pausadamente, se expressa bem, olha nos olhos quando fala. É quase uma psicóloga.

Ao se comunicar, as características que potencializam o encontro entre médico e usuário são anunciadas, por exemplo, com as seguintes declarações: "fala pausadamente" e "olha nos olhos quando fala". Falar e olhar são maneiras de entender a experiência singular do adoecimento.

A associação do médico a um profissional da psicologia deve-se ao fato de que este tem como função olhar e escutar, enquanto aquele supostamente não faria uso das mesmas funções. O surpreendente para o usuário é ser visto e escutado. A experiência do usuário de verbalizar sua queixa e apresentar o traço singular do seu sofrimento pode acomodar com profundidade a produção de vínculo na relação médico-usuário.

Além disso, a fala do usuário – "é quase uma psicóloga" – remete a um sistema representacional no qual o médico não figura como sujeito que escuta. A fala fica remetida para fora do corpo e o espaço da mente isolada que necessita de um especialista em escuta e na mente – o psicólogo. Parece que o usuário já incorpora a segmentação entre mente e corpo, devidamente medicalizado. Esta é uma manifestação crua do processo de medicalização da sociedade e dos sujeitos<sup>2</sup>.

MED2: Muitas pessoas vêm por uma doença e falam coisas que não têm nada a ver com a doença. Às vezes eu acho que eles pensam que somos psicólogos deles. Vêm pela doença e contam o problema de toda a família. E não tenho como resolver sua situação.

Inicialmente, o médico parece identificar no usuário uma busca por cuidados relacionados a uma doença que, no entanto, se revela como um tipo de sofrimento psíquico que ultrapassa a esfera do biológico. Nas palavras do entrevistado: "vêm pela doença e contam o problema de toda a família". O motivo inicial da queixa deflagra outra dimensão: a relação familiar. Trata-se da potência para desenvolver uma estreita relação com o usuário, sua família e do desafio de lidar com efeitos desta ligação, aceitando as incertezas e permanentes permutações destas relações.

Em momentos em que se pactua a possibilidade de falar/escutar do sistema correlacionado à situação-problema é que a relação médico-usuário produz vínculos em meio ao estado natural das aflições e anseios, da liberdade e coragem da verdade, da ausência de disfarces entre as duas partes<sup>2,4</sup>.

MED9: Uma pessoa doente não é igual a uma pessoa que quer ficar doente. Porque tem pessoas que vêm na consulta, falam que têm doenças, mas só precisam de atestado ou querem fazer um check up por alguma outra coisa, e isso se percebe. Faz vinte anos que faço atendimento, então acho que a prática diária faz a gente entender o paciente, perceber o que eles sentem. O que ele fala se é verdade. Tem uns que enganam e que são muito bons contando aquilo que não é verdade.

Se a doença pode "falar" do indivíduo e pelo indivíduo, às vezes, "uma pessoa que quer ficar doente" para se colocar neste lugar de "pessoa doente". Nesta "disputa" de quem fala – a doença ou a pessoa – derivam as narrativas da relação e a própria produção de vínculo. A doença pode falar por um corpo oprimido. A pessoa pode ter dificuldades para acessar formas de expressar sua dor e seus sentimentos. Por isso, o próprio corpo é uma ferramenta, tanto para induzir quanto para reduzir uma doença. Quando o corpo sinaliza fraquezas ou fragilidades, pode ser um indício da necessidade de (re)posicionar o cuidado de si<sup>4</sup>. Quando o indivíduo projeta em si a doença que ainda não existe, mas que poderia existir, o controle e a pretensão de segurança pode alterar um falar de si a partir daquilo que poder vir a ser, ou seja, a partir do próprio discurso do risco<sup>2</sup>. Um futuro revestido por revelações e profecias, especialmente de doenças e sobre o tempo que "resta" de vida<sup>10</sup>.

Ademais, assim como a prática médica pode colaborar na identificação das necessidades e demandas dos usuários, os usuários também podem anunciar seus anseios ao médico sob as mais diversas formas. A própria relação pode estar circunscrita entre o que é dito e o não dito. Na entrevista, parece-nos que o médico indiretamente sinaliza um disfarce das queixas iniciais dos usuários subjacentes a uma intencionalidade ("atestado" e "check up"). Considera que sua experiência ("faz vinte anos que faço atendimento") auxilia na compreensão do que sentem e desejam os usuários, entretanto, "tem uns que enganam".

O usuário que conta "aquilo que não é verdade", além de enganar a si mesmo, confunde o que o médico supõe saber. Se tomarmos como referência o pedido de atestado ou check up, vislumbra-se um cuidado do usuário consigo mesmo ou uma busca de suposta salvação? De acordo com o entrevistado o pedido do usuário teria maior conotação de iludir do que alcançar um acesso a si. A própria percepção de ser enganado sugere o modo de operar o vínculo na relação. Se a relação estivesse consolidada, qualquer acometimento na vida do usuário seria compartilhado, ainda que o seu conteúdo pudesse trazer à tona um conjunto de valores morais e controversos a serem colocados em análise.

Em se tratando de cuidado em saúde, o tratamento, se reconhecido como parte da própria relação entre médico e usuário, pode permear a responsabilidade compartilhada na transformação do adoecimento do indivíduo, assim como pode representar a relação desigual entre poder-saber e afastar e desconectar a construção de um plano de ação comum. A relação médico-usuário sem o aspecto da responsabilidade recíproca no processo de cuidado, corresponde a um jogo ambivalente e, em algumas situações, oposto<sup>2</sup>.

Tratar não necessariamente é sinônimo de cuidado médico. Uma prática pautada unicamente no tratamento do corpo da pessoa, sem considerar uma abordagem integral do indivíduo frente a seu ambiente familiar, profissional, comunitário e cultural, sem articular outras práticas de cuidado tais como saúde, educação, assistência social e a rede de vínculos do usuário, pode correr o risco de tratar somente uma parte do todo que se revela do indivíduo<sup>2</sup>.

Consideremos o relato do MED9 alguns parágrafos acima. Ele fala do lugar de uma verdade; da sua verdade. O atestado. Qual significado teria para o usuário? Preguiça, outro

compromisso, cansaço físico, cansaço da vida etc.? Check up. Medo, valor pelo consumo de tecnologia armada? Todas as assertivas emergem como reflexo da produção de verdades sobre o corpo e sua enunciação.

MED6: O médico fica um tempo nesse lugar e vai conhecendo, e obrigatoriamente tem que se relacionar com o paciente, obrigatoriamente tem que conversar com esse paciente no dia a dia. Porque é um trabalho constante e você tem que se relacionar com o usuário, com a família. Você faz um atendimento. Você vai se relacionando e interagindo com o usuário. Não há outra forma de ser.

Se a interação se transporta e se transforma no diálogo, como o médico faz dessa prática uma tecnologia para o cuidado? É possível atuar num serviço de saúde como a ESF sem estabelecer uma interação? Um médico como “coordenador do cuidado” e referência para uma população, necessariamente teria que constituir uma relação com os usuários para cuidá-los ou não? É “obrigatório” relacionar-se? Para quê? Depende!

Primeiramente, depende de com quem se dialoga. Se o diálogo está voltado às doenças, a interação está na determinação do patológico através da leitura dos sinais e sintomas, fenômenos de uma doença. Diferente da concepção do diálogo com um indivíduo adoecido ou em processo de adoecimento, interagindo com a sua própria experiência de adoecimento. Em segundo lugar, depende do modo como o usuário se relaciona com o próprio sofrimento e a forma como o médico acolhe e escuta as aflições narradas.

Os protocolos e procedimentos existentes para atender a determinadas doenças são indispensáveis para muitas situações (difícil imaginar um atendimento de um usuário politraumatizado em um serviço de urgência e emergência sem eles!), contudo, são incapazes de abranger de forma integral o sujeito que fala de sua experiência com a sua doença. O protocolo, conforme Castiel<sup>10</sup>, é um conjunto de instruções para orientar, a partir das decisões mais indicadas quais respostas podem servir para enfrentar determinados aspectos, inclusive, na ausência de diagnóstico conclusivo. Em certo sentido, uma uniformização dos procedimentos de assistência à saúde.

Portanto, mesmo que os indícios das doenças sejam repetitivos em muitas circunstâncias, ainda assim a maneira como o usuário vive sua própria experiência é indispensável para compreender a forma de se relacionar consigo e a maneira própria de se relacionar com o médico. Para o médico entrevistado, “não há outra forma de ser” que não a procura por uma relação. O que refere como “obrigatoriamente tem que conversar com esse paciente no dia a dia” expõe uma das potencialidades do trabalho na APS, o necessário momento para o diálogo e o cuidado.

Trata-se de uma responsabilidade e compromisso ético de problematizar a saúde do indivíduo com o indivíduo. O cuidado ultrapassa barreiras tais como o idioma e permite a construção de saídas e estratégias para o encontro entre usuário e médico. Apesar de elementar, poderíamos arriscar dizer que nem sempre as ações e decisões no cuidado são compartilhadas. O cuidado e a dimensão relacional do encontro entre médico e usuário colocam em questão a relação hierárquica, muitas vezes alimentada por ambas as partes<sup>2</sup>.

#### 4. Considerações Finais

O cuidado e a escuta pode indicar direções e atitudes sobre si mesmo e ressoar nas ações sobre o outro. A própria capacidade de escutar se atrela à disposição e consciência sobre si na relação produzida no contato com o outro. Esse espaço de interferências possibilita um *êthos*<sup>4</sup> do cuidado.

O processo de saúde-doença interroga a própria produção de saberes. Se a escuta for compreendida como um fim em si mesma, sem se supor uma condição provisória, dinâmica e inerente ao indivíduo e suas relações, ela pode recomendar uma pretensiosa e audaciosa separação entre adoecer e modos de viver.

Portanto, é necessário reafirmar o cuidado de médicos na APS na própria relação com o usuário. Tanto na tomada de decisões quanto na responsabilidade pelo tratamento, a interação entre médico e usuário potencializa a produção do vínculo e considera as práticas terapêuticas nas dimensões singular e contextual.

A experiência da relação médico e usuário a partir do Programa Mais Médicos no município de Florianópolis e de Joinville reafirma a importância do cuidado na garantia do direito e ao reconhecimento das populações com acesso restrito ao atendimento médico no SUS. Assim,

pode-se considerar a possibilidade de um reordenamento do pensar e do agir em saúde, sobretudo, acerca da luta dos usuários pelo acesso à saúde, enfatizar um ensino médico centrado no modelo de atenção à saúde coerente com o SUS e valorizar a perspectiva das tecnologias relacionais em saúde entre profissional e usuário. O cuidado e a escuta reafirmam uma micropolítica do trabalho vivo<sup>10</sup>.

### Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional da Atenção Básica. Brasília: MS; 2012.
2. Garcia Júnior CAS. (Tese). Médicos Cubanos e Usuários do Sistema Único de Saúde: Análise da Produção de Vínculos a partir do Programa "Mais Médicos". Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas/UFSC, Florianópolis. 2016.
3. Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface (Botucatu)* 2000; 4(6): 109-16.
4. Foucault M. A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982). 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
5. Camargo Jr KR. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis* 1992; 2(1): 203-28.
6. Cutolo LRA. (Tese). Estilo de pensamento em educação médica um estudo do Currículo do curso de graduação em Medicina da UFSC. Programa de Pós-Graduação em Educação, Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. 2001.
7. Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 4ª. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
9. Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária: as bases para sua operacionalização na relação médico-paciente. *Rev Bras Med Fam Comunidade* 2015; 10 (35): 1-10.
10. Castiel LD. A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

---

Artigo Recebido: 02.05.2017

Aprovado para publicação: 19.07.2017

#### **Carlos Alberto Severo Garcia Jr.**

Universidade do Vale do Itajaí

Rua Uruguai, 458

CEP: 88302-901 Itajaí, SC – Brasil

Email: carlos.garcia@univali.br

---