

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGIA**

**A RELAÇÃO ENTRE PEDIATRAS E MÃES
USUÁRIAS DO SUS E DO CONVÊNIO**

ALINE DE OLIVEIRA KERBER

Porto Alegre
2009

ALINE DE OLIVEIRA KERBER

**A RELAÇÃO ENTRE PEDIATRAS E MÃES
USUÁRIAS DO SUS E DO CONVÊNIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da UFRGS, para obtenção do título de Bacharel em Sociologia, sob a orientação da Prof.^a Dra. Soraya Maria Vargas Côrtes.

Porto Alegre
Dezembro, 2009.

ALINE DE OLIVEIRA KERBER

**A RELAÇÃO ENTRE PEDIATRAS E MÃES
USUÁRIAS DO SUS E DO CONVÊNIO**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Ciências Sociais.

Porto Alegre, 09 de dezembro de 2009

PROF^a. DRA. SORAYA MARIA VARGAS CÔRTEZ.

PROFESSOR DR. MARCELO KUNRATH

PROF^a. ALCINDO FERLA

AGRADECIMENTO

Agradeço aos meus pais pelo amor e respeito às minhas escolhas de vida, ao meu irmão Leandro que é para mim a maior referência de pessoa, à melhor amiga que existe, a Kellen, que compartilha comigo uma visão de mundo semelhante, ao Giovani que serviu de inspiração para este trabalho e me deu o melhor presente do mundo: o Gui. Filho, este trabalho é nosso! Janine, obrigada pelo fino olhar neste trabalho. Soraya, minha orientadora, você é genial, obrigada. Não posso deixar de agradecer as pessoas que fizeram parte dessa história: médicos e pacientes entrevistados.

RESUMO

O objetivo do presente trabalho consiste em analisar a relação médico-paciente a partir do vínculo que se estabelece nos diferentes sistemas de atendimento à saúde analisados nesta pesquisa: público (SUS: ambulatórios de hospitais públicos e postos de saúde) e privado (convênio de saúde: hospital privado (ambulatório) e consultório individual privado). De início, contextualiza-se o debate sobre os modelos de atuação e práticas médicas e a relação médico-paciente - numa revisão de literatura e discussão de alguns conceitos fundamentais para a análise. Em seguida, apresenta-se o marco teórico conceitual do trabalho que é a questão da distância social na relação médico-paciente. Logo depois, apresenta-se uma discussão sobre algumas questões do SUS e do convênio. Por fim, dedicou-se um espaço à análise das entrevistas com médicos e pacientes, por onde se viu que o próprio sistema de atendimento à saúde contribui na relação entre tais agentes, bem como a distância social, que, em cada sistema, interfere de maneira diferente na relação médico-paciente.

Palavras-chave: relação médico-paciente, sociologia médica, sociologia da saúde, distância social, sistemas de saúde.

ABSTRACT

The present work aims to analyze the doctor-patient relationship from the link established between different health care systems analyzed in this research: public (SUS: public hospital ambulatories and health care stations) and private (health insurance plans: private hospital (ambulatory) and private individual doctor's office). From the beginning, the discussion about the performance models and medical practices, as well as the doctor-patient relationship are set up to its context – in a literature review and the discussion about some fundamental concepts for analysis. In following, the theoretical-conceptual basis of this work is presented, that is the question about the social distance in the doctor-patient relationship. Soon after, a discussion about some questions relative to the SUS and the health insurance plan is also presented. Finally, there is the focus on the analysis of the interviews with doctors and patients, where it has been evidenced that the health care system itself contributes to the relationship between such agents, as well as to the social distance which, in every system, interferes differently in the doctor-patient relationship.

KEYWORDS: doctor-patient relationship, medical sociology, health sociology, social distance, health care systems.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Classe Social X Imediatismo.....	41
Figura 2 - Classe Social X Contato com o Médico.....	44
Figura 3 - Classe Social X Paciente por Médico/Rotatividade de Médicos.....	47
Figura 4 - Classe Social X Comprometimento do Paciente.....	53

SUMÁRIO

<u>INTRODUÇÃO.....</u>	<u>9</u>
<u>CAPÍTULO I – O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO</u>	<u>14</u>
<u>1.1 Modelos de Atuação e Práticas Médicas.....</u>	<u>14</u>
<u>1.2Especialidades Médicas.....</u>	<u>16</u>
<u>CAPÍTULO II – A DISTÂNCIA SOCIAL NA RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE.....</u>	<u>20</u>
<u>2.1 A Relação Médico-Paciente.....</u>	<u>20</u>
<u>2.2 Distância Social Entre Médicos e Pacientes.....</u>	<u>22</u>
<u>CAPÍTULO III - SAÚDE BRASILEIRA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA DUAL.....</u>	<u>26</u>
<u>3.1 SUS – Sistema Único de Saúde.....</u>	<u>26</u>
<u>3.2 Sistema de Saúde Suplementar.....</u>	<u>30</u>
<u>CAPÍTULO IV – A VOZ DOS PEDIATRAS E USUÁRIAS.....</u>	<u>34</u>
<u>4.1 Perfil dos Médicos e Mães Entrevistados.....</u>	<u>35</u>
<u>4.2 Fatores Sistêmicos e a Distância Social Entre Pediatras e Mães... </u>	<u>37</u>
<u>CONCLUSÕES.....</u>	<u>55</u>
<u>REFERÊNCIAS.....</u>	<u>59</u>
<u>ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS MÉDICOS.....</u>	<u>62</u>
<u>ANEXO II – ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS USUÁRIAS.....</u>	<u>65</u>

INTRODUÇÃO

Este trabalho examina a relação médico-paciente, focalizando a distância social entre tais agentes em diferentes sistemas de saúde (SUS – Sistema Único de Saúde - e convênio). O SUS é um sistema de acesso universal, financiado pelo setor público, no qual a assistência ambulatorial de baixa complexidade é oferecida por provedores governamentais. O convênio, também chamado de sistema de saúde suplementar, é pago a uma instituição privada que garante assistência à saúde a seus conveniados e paga aos médicos pelo serviço de cada trabalho prestado.

A relação médico-paciente tem sido pensada como um elemento central para a melhoria da qualidade do serviço de saúde e desdobra-se em diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação (CAPRARA & FRANCO,1999).

A contribuição desta pesquisa é a de refletir sobre a relação médico-paciente em diferentes sistemas de saúde, questão muito pouco estudada. Além disso, ao focalizar a distância social entre médicos e pacientes, supõe que este vínculo pode influenciar de modo diferente dependendo do sistema de saúde no qual tais agentes se encontrem.

No sistema de atendimento ambulatorial de saúde público - particularmente nos ambulatórios hospitalares e os postos de saúde, que este trabalho analisa - o fato de os médicos e os pacientes apresentarem níveis de instrução e de classe social (poder econômico) diferentes, quando somados ao modelo de medicina “hospitalocêntrico” (especialidade médica, trabalho compartimentalizado e focado na cura da doença e não na prevenção e promoção de saúde), e à quantidade de pessoas que precisam ser atendidas, podem favorecer uma acentuação da distância social na relação médico-paciente. (BOLTANSKI, 1979).

Já a medicina do sistema privado de saúde - consultórios individuais e ambulatórios de hospitais - tem o mesmo modelo de medicina, no entanto, a relação que se estabelece entre os profissionais de saúde e os pacientes pode ser menos afastada.

O paciente, no sistema de saúde privado, se não for bem atendido, tem a opção de procurar outros médicos e hospitais com facilidade – porque sua relação é mediada pelo convênio médico escolhido. Além disso, nos consultórios privados, o paciente pode escolher o médico, marcar horário, obter um histórico de acompanhamento contínuo de um médico e não encontrar, normalmente, fila, o que acaba permitindo uma relação de menos distanciamento do que no atendimento realizado no SUS¹.

É necessário buscar entender os porquês de, apesar do número expressivo de médicos que se formam anualmente, há carências, sobretudo, de médicos generalistas. Uma das causas pode ser o modelo de medicina praticado, altamente especializado que não foca no atendimento integral à saúde, afastando os médicos do humanismo, voltados para um trabalho individual e compartimentalizado. A cura das doenças é o principal foco do ato médico, que investe pouco na prevenção e promoção de saúde (LAMPERT, 2002), o que, de certa forma, superlota certos serviços de atendimento à saúde oferecidos pelo SUS.

Porém, para além disso, é importante refletir sobre os contrastes sociais entre médicos e pacientes enfrentados nos diferentes sistemas de saúde. É possível perceber, através de dados muito significativos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) 2001, que o salário médio de um médico era de R\$ 2.973,00, enquanto um professor das séries iniciais do ensino fundamental recebia R\$ 462,00 e um professor do ensino médio, R\$ 866,00. São famílias das classes sociais mais abastadas que direcionam seus esforços e recursos para cursos como o de Medicina,, que exigem dedicação exclusiva de seus alunos e que oferecem maior retorno econômico.

¹ O serviço ambulatorial hospitalar vem sendo muito procurado pelas mães que levam seus filhos ao pediatra.

A carreira médica, oferecendo salário compensador e vagas limitadas para o ingresso no curso, torna a concorrência acirrada, razão suficiente para que a entrada na carreira médica se dê por pessoas que se encontram em uma posição de destaque, até mesmo dominante, quanto ao capital econômico ou cultural, o que contrasta com o capital econômico e cultural das pessoas que utilizam o SUS.

As questões neste trabalho investigam as semelhanças e diferenças na relação médico-paciente no sistema privado de atendimento à saúde (convênio) e no sistema único de saúde (SUS), analisando as percepções de médicos e pacientes. Existem duas formas de o paciente acessar um hospital privado ou uma clínica privada: por convênio ou pagando diretamente à clínica pelo atendimento prestado pelo médico. A última forma é muito rara, nos dias de hoje, conforme os relatos dos médicos entrevistados.

Com isso, a problemática deste trabalho é se a relação médico-paciente nos distintos sistemas de saúde - SUS (ambulatórios de hospitais públicos e postos de saúde) e privado (ambulatórios hospitalares particulares e consultórios particulares, acessados por convênio) - pode revelar diferentes relações entre os agentes (médico e paciente), e se esta relação que se estabelece em contextos diferentes pode também deflagrar distâncias sociais diferentes.

Para a coleta dos dados que embasam este trabalho foram entrevistados cinco médicos pediatras que atendem em consultórios privados e ambulatórios hospitalares (públicos e privados) e somente um médico que atende atualmente em posto de saúde. As usuárias que fizeram parte da análise deste trabalho foram quatro mães que levam, ou tenham levado, os seus filhos ao pediatra nos dois sistemas de saúde: público e privado. Os médicos pediatras foram escolhidos porque, dentre as especialidades médicas, esta é a que *a priori* tende a ser a especialidade mais próxima da medicina integral e geral e, com isso, mais propensa às práticas humanistas na relação médico-paciente.

Compreende-se o usuário, neste trabalho, como toda pessoa que se coloca na situação de paciente e requer atendimento médico-pediátrico em algum momento. A mãe, neste caso, não poderia ser considerada paciente, mas sim a mediadora da relação entre seu filho e o pediatra. Porém, como a relação entre médicos e pacientes depende da intermediação das mães, elas são consideradas usuárias. Entrevista-se somente as mães porque, segundo os médicos entrevistados, elas são as responsáveis por levar seus filhos ao pediatra, mesmo que, recentemente, tenha aumentado o número de homens que estejam levando os seus filhos a um atendimento médico.

As entrevistas foram semidirigidas, ou seja, dispôs-se de uma série de perguntas-guias, relativamente abertas, em uma lista de tópicos a abordar. Segundo Quivy (1995), as entrevistas semidirigidas têm por objetivo analisar o impacto de um acontecimento ou de uma experiência vivida, o que cabe muito para o entendimento desta problemática. Os roteiros de entrevistas estão no anexo I e II deste trabalho.

Dos médicos selecionados, três foram entrevistados nos seus consultórios privados e dois nos hospitais públicos em que faziam plantão. As mães foram entrevistadas nas suas casas. As entrevistas duraram, em média, de 40 minutos a uma hora.

As pessoas entrevistadas, tanto pacientes como médicos, foram selecionadas através de um plano amostral por “bola de neve”. Este plano amostral é o conjunto de dados ou observações recolhidos a partir de um subconjunto da população, estudado com o objetivo de tirar conclusões para a população de onde foi recolhido. Segundo Vicente (1996), “o plano amostral é o momento da sondagem onde se selecionam os elementos a partir dos quais se vão recolher os dados necessários”. A técnica utilizada no plano amostral por “bola de neve” é não aleatória, e significa entrevistar pessoas indicadas por pessoas já entrevistadas ou pessoas indicadas por outras conhecidas do entrevistador. Essa técnica é usada quando não se tem informações precisas sobre o universo a ser estudado, ou em entrevistas semidirigidas em que o rigor estatístico não é tão

indispensável. As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados, transcritas e, em seguida, analisadas.

A análise dos dados foi feita através da “Análise das Práticas Discursivas” (SPINK & LIMA, 1999). Neste método, coloca-se toda a entrevista em um mapa de associação de idéias, por categorias pré-definidas e depois se faz uma árvore de associação de idéias em que se usam, somente, fragmentos da entrevista que fizeram parte da hipótese do trabalho.

No primeiro capítulo, contextualiza-se o debate sobre os modelos de atuação das práticas médicas e as especialidades médicas. No segundo capítulo, apresenta-se a relação médico-paciente - numa revisão de literatura e discussão de alguns conceitos fundamentais para a análise, como o marco teórico conceitual do trabalho, a questão da distância social na relação médico-paciente. Já no terceiro capítulo, apresenta-se uma discussão sobre algumas questões do SUS e do convênio. Por fim, dedica-se o quarto capítulo à análise das entrevistas com médicos e pacientes, visando esclarecer que o próprio sistema de atendimento à saúde pode contribuir na relação entre tais agentes. Além disso, a distância social pode interferir na relação médico-paciente de maneira diferente em cada sistema e, dependendo da posição social de cada agente, as distâncias sociais podem ser minimizadas em contextos desfavoráveis ao vínculo médico-paciente.

CAPÍTULO I – O MODELO HOSPITALOCÊNTRICO

Neste capítulo apresentam-se algumas discussões acerca dos modelos de atuação e práticas médicas e o quanto isso interfere na relação médico-paciente. Justifica-se também o porquê da escolha dos médicos pediatras como objeto de estudo deste trabalho.

1.1 Modelos de Atuação e Práticas Médicas

A função do médico, até o final da Idade Média, era de salvar almas e, se possível, dar uma sobrevida aos que apresentavam alguma enfermidade. Apenas no século XVII, o papel dos médicos e dos hospitais foi alterado, tendo o foco na cura física dos doentes, incorporando na prática médica os valores da moral cristã (REGO, 2003).

Desde 1832, a “arte de curar” ficou restrita aos médicos formados nas faculdades de medicina. Os médicos passaram a ser consultados para assinar laudos médicos, origem de paternidade e, inclusive, autorizações para casamentos. A profissão médica, com isso, passa a ter posição social de destaque e de suma importância, adquirindo status, prestígio e mercado de trabalho assegurado (SANTOS, 1995).

Sob encomenda do governo americano, a partir de 1910, foi elaborado o relatório Flexner, que buscou organizar a medicina nos moldes do desenvolvimento capitalista vigente. O “modelo flexneriano”, ou “modelo hospitalocêntrico”, passou a definir várias questões como: padrões de admissão para os cursos, ampliação do número de anos de formação, utilização do ensino clínico nos hospitais, vinculação das escolas médicas às universidades e estímulo às especializações e ao controle do exercício profissional pela própria corporação médica (SANTOS, 1995).

Lampert (2002) ressalta que, nos últimos 50 anos, a medicina de “modelo hospitalocêntrico” foi incentivada e subsidiada também pelo Estado Brasileiro, mais precisamente, pela cultura do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Os hospitais públicos internalizaram esta cultura, centrada na especialidade médica, no trabalho compartimentalizado e focado na cura da doença e não na prevenção e promoção de saúde. Com isso, o hospital passa a ser a instituição fundamental para a reprodução das especializações, para a aplicação de tecnologias de alto custo e para absorção de profissionais formados nas escolas médicas.

Esse modelo de medicina, adotado no Brasil, passou a ser reconhecido como uma prática médica “cientificamente fundamentada” (SCHRAIBER, 1989), sendo que, nele, o médico adquire um papel social central.

O médico ganhou dimensões importantes na sociedade, por exercitar tarefas estratégicas na esfera das relações de produção. A manutenção da força de trabalho, a administração do ambiente urbano passaram a ser identificados como temas exclusivos da profissão, que se conformava para tal. Esta conformação da prática e da teoria, bases da profissão médica, deram as qualidades gerais diferenciadoras em relação às demais ocupações (SANTOS, 1995, p. 99).

O modelo de saúde, inspirado no relatório Flexner, passou a estimular a prática médica em uma perspectiva individual e restrita de atuação. Segundo Feuerwerker (1998), a ideologia do modo de produção capitalista transfigura as relações de produção em relações que se estabelecem devido à competência técnica individual, sendo a qualificação técnica do trabalhador confundida com a qualificação do trabalho.

No entanto, ao longo das duas últimas décadas, tem ocorrido a ampliação da rede pública ambulatorial, voltada para serviços básicos, que cresceu aproximadamente 80% após 1988, bem mais do que o crescimento dos estabelecimentos com internação que tiveram uma expansão de aproximadamente 42% (AMS/IBGE, 1988, 1989, 1990, 1992, 1999, 2002). Isso demonstra um

começo de inversão na lógica do “modelo hospitalocêntrico” ou pelo menos uma minimização do foco do hospital.

Entretanto, a matriz que permanece é a inspirada no relatório Flexner, cuja característica é centrada na cura de doenças, em que o lugar por excelência é o hospital. Com isso, o trabalho médico reconhecido é o do especialista. Conforme Schraiber (1989), os médicos, ao imprimirem na sua prática um tipo determinado de desenvolvimento técnico e científico, possibilitam o progressivo monopólio de saberes específicos, impondo, tendencialmente, a produção e a distribuição do trabalho médico como trabalhos cada vez mais especializados.

1.2 Especialidades Médicas

Estabelecem-se na prática médica trabalhos distintamente qualificados, isto é, trabalhos caracterizados tecnicamente, e socialmente valorizados, de maneira diferente. Porém, enquanto trabalho intelectual, os distintos trabalhos médicos têm globalmente uma mesma forma de participação na sociedade, situando-se seus agentes, de um modo geral, como trabalhadores intelectuais e destacados dos outros.

Contudo, através da valorização/desvalorização diferenciada das especialidades, internamente ao trabalho do médico, marcam-se, na situação social de seus agentes, delimitações hierárquicas: as relações que se estabelecem entre os médicos são também relações de dominação/subordinação, exercidas através da autoridade do saber (SCHRAIBER, 1989).

O padrão dominante da formação escolar do médico assenta-se amplamente na incorporação, pelas escolas médicas e seus centros hospitalares, de uma tecnologia bastante diversificada e, em grande parte, elaborada no exterior. À importância adquirida na estrutura fora da escola por algumas áreas de especialização somam-se mecanismos de valorização informal que têm favorecido uma orientação relativamente

precoce dos alunos em direção às especialidades. Parece claro, entretanto, que os reflexos desse padrão na composição da força de trabalho já integrada no mercado dependem, em alto grau, de condições favoráveis à especialização no interior desse mercado (DONNANGELO,1975).

Qualificar o trabalhador significa, neste modelo de medicina, capacitá-lo em conhecimentos específicos, ao mesmo tempo em que, nesta profissionalização, lhe é retribuída uma valorização social diferenciada, mediante a posse de tipos de conhecimentos (SCHRAIBER, 1989).

Segundo Feuerwerker (1998), no hospital das clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo - FMUSP, até 1973, aproximadamente 50% dos formandos ingressavam nos programas de residência médicas oferecidos pelo hospital. A partir de 1975-76, essa taxa passou a variar entre 90% e 95%. O Estado, desde 1988, passa a estimular financeiramente os programas de residência médica com o objetivo inicial de criar estímulos à integração dos hospitais universitários aos SUS, favorecendo melhorias nos serviços prestados e na capacitação dos profissionais.

Educação e Medicina como práticas sociais originam, portanto, ao se articularem com as demais práticas na estrutura social capitalista, determinações específicas, em cuja consubstancialidade é reconstituída a educação médica. Esta não resulta de uma simples agregação de determinações específicas e particulares, mas, exatamente, da fusão globalizadora das partes, na constituição de uma nova totalidade – que é todo o processo educativo médico. Com isso, o hospital passa a ser central, pois ele concentra todas as partes fundamentais para a compreensão da saúde.

O fato de a medicina estar voltada muito mais para as especialidades médicas do que para uma visão integral de atenção à saúde limita os médicos a estabelecerem relações superficiais com os seus pacientes. O ato médico se foca num problema específico, fato

ocasionado pela sua especialização e, mesmo em condições de estabelecer uma relação com maior vínculo com o paciente, acaba limitado por este condicionante.

Particularmente relevante na análise desse modelo de medicina é o estudo de Schraiber (1993), o qual sugere que a medicina teria passado pela universalização de seus atos, tendo como objeto da sua ciência o doente que, nesta condição, deixou de ser visto a partir das suas diferenças sociais para ser objeto do saber reconhecido cientificamente. Assim, o ato médico se configura como ato repetidor dos conhecimentos habilitados pela ciência, tendo, dessa forma, entrado no universo das séries de produção, aquelas que marcam a sociedade industrial-tecnológica.

As análises dos dados da pesquisa de campo de Donnangelo (1975) demonstram claramente, não somente o aumento da divisão do trabalho médico, como também a incorporação de tecnologias elaboradas e custosas à produção de serviços de saúde, evidenciando um modelo de medicina voltado para a cura das doenças ao invés da prevenção e promoção de saúde.

Optou-se, nesta monografia, por entrevistar somente médicos pediatras, pois representam a especialidade médica que reúne o maior número de profissionais ocupando postos de trabalho dentre as especialidades clínicas (DONNANGELO, 1975) e, segundo uma médica entrevistada, são muito treinados a aprender a ouvir. Além disso, podem ser, dentre os médicos especialistas, aqueles com mais chance de estabelecerem vínculos com os pacientes, independente do sistema no qual se encontram e das distâncias sociais existentes, até pela visão globalizadora e valorização de aspectos subjetivos do paciente.

“Quando tu ouve o médico tu já sabe a especialidade dele. Quem faz procedimentos não cria vínculo com o paciente se não fecha o consultório. Eles só dizem: eu só vou operar. E, além disso, eles não querem ninguém na casa deles – coisa que pediatra não pode escolher” (Médica pediatra há 30 anos, 59 anos de idade e divorciada)

Os pediatras representam uma especialidade *sui generis* em vários aspectos: não se envolvem com procedimentos, fazem muito plantão, têm dificuldade de ter o próprio consultório em função do quadro evolutivo muito rápido das crianças. As consequências geradas pela maior inserção das mulheres no mercado de trabalho, segundo o relato de entrevistados, faz com que as mães tenham preferência pelas emergências hospitalares - que atendem em qualquer horário, com conforto e agilidade. Um dos pediatras entrevistados fala um pouco de algumas questões que envolvem o trabalho do médico pediatra.

“Pediatra é um cara que optou por aquilo porque gosta, sabidamente os últimos que entraram na profissão sabiam que não iam ganhar dinheiro. Os pediatras são os caras que fazem muita emergência para sobreviver ou se sujeitam a ganhar pouco e num trabalho desgastante, muito grito de criança resistente, a mãe é ansiosa, é um tipo de relação específica”. (Médico pediatra há 24 anos, 51 anos de idade e casado)

Com o estudo da relação médico-paciente, que tende a ser tensa e conflituosa em razão da posição dos agentes e do modelo de prática médica adotado no Brasil, busca-se elucidar como se estabelece esse vínculo, mesmo em situações em que o médico tem formação mais globalizadora e humanista da saúde - como é o caso dos médicos pediatras.

CAPÍTULO II – A DISTÂNCIA SOCIAL NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Neste capítulo aborda-se a questão da relação médico-paciente e do conceito principal de análise entre os agentes: a distância social.

2.1 A Relação Médico-Paciente

Apresenta-se, a partir daqui, várias perspectivas sobre a relação médico-paciente, questão principal da problemática deste trabalho.

No que se refere aos estudos desta relação, Jaspers (1991) enfatiza a necessidade de a medicina recuperar os elementos subjetivos da comunicação entre médico e paciente, assumidos impropriamente pela psicanálise e esquecidos pela medicina, perseguindo um caminho baseado exclusivamente na instrumentação técnica e na objetividade dos dados.

Segundo Caprara & Franco (1999), na área da sociologia da saúde os trabalhos de Talcott Parsons foram pioneiros na análise da questão da relação médico-paciente. O consenso intencional, chamado de consentimento informado – originado da atenção à defesa dos direitos dos consumidores – é uma necessidade ainda muito recente de reduzir os efeitos nocivos de comportamentos inadequados do médico no contato com o paciente. Buscando reduzir os gastos com a saúde, têm sido desenvolvidos diversos estudos a respeito da qualidade dos serviços nesta área e das diretrizes de reorganização do modelo assistencial, incluindo o ponto de vista dos usuários a respeito do fornecimento do serviço prestado pelo sistema de saúde (ARDIGÒ, 1995).

O novo Código de Ética Médico aprovado (BRASIL, 2009) busca dar conta de alguns temas amplamente discutidos, como o grau de satisfação do usuário do serviço de saúde, o aconselhamento, a

comunicação médico-paciente, o sofrimento do paciente, a finalidade da biomedicina e o consentimento informado. O texto anterior sobre código de ética médico era de 1988, o que estava, de certa forma, defasado em relação à nova realidade da saúde. Neste novo código, o médico é proibido de abandonar o paciente “portador de moléstia crônica ou incurável”. O novo código determina os cuidados paliativos para esses casos, reforça a proibição da eutanásia, mas admite, com consentimento do paciente, a “suspensão de ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas (ortotanásia)”.

A questão da relação médico-paciente também esteve presente em Boltanski (1979), ao falar da comunicação entre o doente e o médico presente em diferentes regiões da França. Este autor discute diferenças do conhecimento médico-científico e do conhecimento médico-familiar e relaciona tais diferenças à relação médico-paciente. Tal interação é considerada como produtora de ansiedade, principalmente para as pessoas de classe popular, porque não possuem critérios objetivos de avaliação. Enfatizam-se, com isso, as dificuldades com o padrão comunicacional.

Pereira (2000) analisa o trabalho das ouvidorias hospitalares, que tem como estratégia o gerenciamento do trabalho interno da instituição e do usuário, num contexto em que os hospitais passam a assimilar as idéias de satisfação da clientela e da qualidade total em torno da década de 1990. As ouvidorias teriam a função de mediar o conflito entre o usuário do sistema e o profissional. As reclamações recebidas pela ouvidoria dos hospitais estudados pela autora repercutiam em processos internos de disciplinamento e de envolvimento institucionais.

Segundo Pereira (2000), no hospital Fêmea de Porto Alegre, a categoria de funcionários da saúde que mais recebeu reclamações foi a dos médicos, com 67% das ocorrências – a maioria destinada aos médicos residentes. O primeiro problema institucional detectado foi o tempo de espera para conseguir a primeira consulta e a reconsulta, e esta dificuldade está associada 29% das vezes aos médicos. Em relação às

áreas, os principais problemas são o da internação, a dificuldade de realizar exames e o tempo de espera para conseguir a baixa hospitalar. Contudo, as reclamações citaram mais os trabalhadores em saúde do que as áreas, o que, conforme conclui a autora, parece ultrapassar os problemas institucionais. Em relação às reclamações das falhas nos procedimentos técnicos, 78% dos usuários consideram os médicos como responsáveis por tais erros. As falhas de relacionamento humano também são reclamações destinadas principalmente aos médicos.

Como se pode ver, a relação médico-paciente vem sendo estudada e pensada como elemento chave para entender o funcionamento do sistema de saúde. Boltanski (1979) e Pereira (2000) abordam perspectivas interessantes sobre a relação entre tais agentes. O primeiro sugere que médicos e pacientes encontram dificuldades nesta relação quando há diferenças de classe social, que implicam em distâncias sociais. Para isto, é necessário buscar entender a distância social entre médicos e pacientes, que pode revelar alguns elementos implicados nesta relação. A segunda verificou que as reclamações de pacientes, recebidas nas ouvidorias hospitalares, dirigem-se principalmente aos médicos, constatando que as causas de tais reclamações são mais do que organizacionais. Eles envolvem também a relação do vínculo médico-paciente que influencia em tais reclamações.

2.2 Distância Social Entre Médicos e Pacientes

Para analisar a questão da relação médico-paciente este trabalho apóia-se na teoria de distância social trazida por Boltanski (1979). O autor exemplifica a relação “médico-doente” como uma relação de classe social – que em última análise estaria associada à cultura, nível de instrução, nível econômico, hábitos, linguagem etc. Para ele, os detentores de categorias de pensamento semelhantes ao do médico estariam na mesma classe social destes, e os das classes inferiores

estariam desprovidos de tal “habitus” e, portanto, se estabeleceria uma distância social. Como o contexto de saúde pública da França é diferente do brasileiro, para pensar a distância social no Brasil, faz-se a comparação entre os distintos sistemas de saúde que existem no país – público (SUS) e privado (convênio). Acredita-se que a distância social entre médicos e pacientes manifesta-se, em cada sistema, de forma peculiar, pois os perfis sociais dos pacientes que acessam SUS e convênio diferem entre si, além de haver condições sociais diversas em relação aos médicos – que em geral são de classe social privilegiada. Sendo o SUS o sistema público de saúde, ele é usado principalmente por uma maioria desprovida de recursos financeiros para pagar um plano de saúde.

De acordo com Boltanski (1979), a distância social é intrínseca à interação entre pacientes e médicos. As próprias características técnicas da relação terapêutica e os papéis dos atores nessa relação, quais sejam, o médico como sujeito de atividade e o doente no papel passivo de “paciente”, isto é, no papel de objeto do outro, por si só, já implicam uma relação de assimetria.

A relação entre médicos e pacientes nos diferentes sistemas de saúde não é determinada exclusivamente pela classe social, ligada ao nível de instrução, “habitus” e nível econômico. Algumas pessoas com nível de instrução elevado, por exemplo, utilizam o SUS, e pessoas com nível de escolaridade baixo acessam o atendimento através de plano de saúde, simplesmente por serem funcionárias de alguma empresa que lhes concede este benefício. O que se sabe claramente é que detentores de classe social superior usam plano de saúde. Neste sentido, o próprio sistema de saúde possibilitaria aos médicos estabelecer relações diferentes com os seus pacientes e/ou “clientes”, possibilitando, inclusive, minimizações de distâncias sociais que apareceriam mais acentuadamente em outro contexto.

Em função de o Brasil ser um país em que a pobreza e a miséria são preponderantes, os usuários do SUS são a grande maioria, e isso faz com o sistema seja sobrecarregado e não se possa dar um atendimento

tão humanizado e individualizado aos usuários. Dados do trabalho de Pereira (2000) mostram que, além disso, a lógica atual é a diminuição do número de funcionários do SUS, incluindo médicos, e que isto pode estar ocasionando um número maior de pacientes por médico.

Já no sistema privado, o usuário tem a possibilidade de escolher o médico entre as alternativas oferecidas pelo convênio, ou seja, o usuário tem o poder de optar pelo médico que mais lhe agrada, que lhe pareça mais competente, fazendo com que o médico busque de certa forma “conquistar” o paciente, tentando agradá-lo e facilitando o vínculo. Estabelece-se, com isso, uma relação mercantil que pode acarretar uma maior humanização da relação, devido ao poder de barganha que o “cliente” tem sobre o prestador de serviço.

E neste sentido, Boltanski (1979) sugere que a relação entre médicos e pacientes é uma relação comercial, uma relação de forças, de mercadoria

[...] que ele produz e da qual faz comércio e que tem como característica principal receber todo o seu valor (inclusive no sentido econômico) do valor que lhe é atribuído, enfim, de sua legitimidade e da raridade de seus produtos legítimos; o médico que vende seus “serviços”, ou seja, seus atos e seus discursos, seus “conselhos” e suas “prescrições” fica coagido a fazer tudo para que o doente reconheça o valor de seus “serviços”, aceite sua autoridade e se dobre à sua vontade, mas também para limitar tanto quanto puder o controle que o doente venha a ser capaz de exercer sobre seus atos, enfim, se prevenir contra o perigo de uma apropriação, sempre possível do doente, de uma parte de sua própria competência e seu próprio discurso (...) que permitisse ao doente substituir-se a ele em certas ocasiões e assim dispensar seus serviços tornando-se médico de si próprio. (p. 137)

O médico, segundo esta mesma análise, sabe que os mais aptos a se apropriarem dos seus saberes e discursos são os pacientes das classes superiores; no entanto, são os que recebem mais atenção e informações, para que o médico não sofra pressão e não perca o reconhecimento da legitimidade da ciência médica e do médico – e não por receio de perder o paciente para outro médico. No caso brasileiro, as classes mais abastadas utilizam os sistemas privados de saúde e, desta forma, conseguem se envolver com o médico numa relação de barganha: caso o

médico não corresponda às expectativas do paciente ele poderá ser substituído, ao contrário do que usualmente acontece no SUS.

Para buscar esse entendimento, faz-se necessário avaliar os dois sistemas de atendimento à saúde (público e privado). Para além das distâncias sociais existentes entre médicos e pacientes e das assimetrias intrínsecas a essa relação, os arranjos organizacionais diferem, o que deve possibilitar relacionamentos diferentes entre médicos e pacientes.

CAPÍTULO III - SAÚDE BRASILEIRA E A CRIAÇÃO DO SISTEMA DUAL

Este capítulo aborda os diferentes sistemas de saúde brasileiros que fazem parte da problemática do trabalho: público (SUS) e privado. A atenção à saúde se configura em um sistema dual e que apesar de um sistema de acesso universal existe outro de acesso diferenciado e que oferece assistência diferenciada.

3.1 SUS – Sistema Único de Saúde

A origem da previdência social no país, na qual se inseriu a assistência médica, não foi o resultado da constituição prévia do sentimento de pertencimento a uma comunidade, mas uma forma de o governo getulista buscar apoio de setores até então excluídos do jogo político pela via da corporativização das demandas dos trabalhadores (MENICUCCI, 2004).

Menicucci (2004) ressalta que as conquistas ou concessões de benefícios sociais diferenciados faziam parte do jogo político e eram usadas como moeda de troca, não tendo se constituído em um projeto de cidadania inclusiva.

Entre a abertura política do regime militar e a aprovação da Constituição em 1988, o diálogo com parlamentares e partidos políticos integrou as diversas estratégias para ocupar espaços de divulgação, debate e consolidação de um novo sistema nacional de saúde (BAIHA, 2007).

Os constituintes, numa tentativa de resgate da imensa dívida social brasileira herdada do regime militar e de avanço em termos de proteção social, procuraram introduzir na Constituição direitos básicos e universais de cidadania, assegurando o direito à saúde pública, à

assistência social, ao seguro desemprego e avançando na cobertura da previdência social. Essas conquistas referiram-se à seguridade social, consolidando a interligação entre a saúde, a previdência e a assistência social. (MARQUES & MENDES, 2005).

Na área da saúde, a mudança em direção à incorporação da cidadania é marcadamente reconhecível: antes o serviço público era voltado apenas para os trabalhadores contribuintes do mercado formal, agora todos têm esse direito. (MARQUES & MENDES, 2005).

O Art. 196 da Constituição Federal define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]” Com isso se define a universalidade do sistema de saúde proposto. No Parágrafo Único do Art. 198, determina que: “o sistema único de saúde será financiado, nos termos do Art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”. A Lei 8.080/1990 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera de governo, e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. Esta Lei, no seu Capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabeleceu entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”. Isto constitui uma grande alteração da situação, até então, vigente. O Brasil, a partir desse momento, passa a contar com embasamentos legais para a formação de um sistema público de saúde, único e universal.

Em 1996 foi instituída a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), que definia que a receita proveniente dessa arrecadação deveria ser destinada integralmente para o financiamento das ações e serviços de saúde. No entanto, os grupos financiadores dessa receita não eram os que comumente são beneficiados pelo SUS, o que gerou inconformidade. Porém, o que deveria ser um recurso supletivo se transformou em substitutivo, na medida em que passaram a ser eliminados recursos de outras fontes do orçamento da Seguridade Social, que em grande parte se destinava para o setor saúde,

como o COFINS e a Contribuição Social sobre o Lucro de Pessoas Jurídicas. (MENICUCCI, 2004)

Esta indefinição de recursos financeiros para a área da saúde levou à busca de uma solução mais definitiva: o comprometimento de recursos orçamentários das três esferas de poder. A construção de um consenso no âmbito da vinculação de recursos levou muitos anos, até que, em agosto de 2000, o Congresso aprovou a Emenda Constitucional nº 29 (MARQUES & MENDES, 2005).

O grande problema para o cumprimento e efetividade da EC 29 é que alguns Estados e Municípios consideram como gastos e serviços de saúde despesas como: inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, hospitais de “clientela fechada”, como hospitais de servidores militares e programas de alimentação. No entanto, para a definição de ações e serviços de saúde pública, foram construídos parâmetros claros, nesses últimos anos, sobre quais são os gastos e serviços de saúde a serem considerados como despesas – questão acordada entre o Ministério da Saúde, os Estados e seus Tribunais de Contas. (MARQUES & MENDES, 2005).

Todavia, de acordo com Marques & Mendes (2005), no projeto encaminhado – LDO/2006 – as despesas com assistência médica hospitalar dos militares e seus dependentes (sistema fechado) ainda seriam consideradas no cálculo de ações e serviços de saúde. Dessa forma, os recursos destinados para o Ministério da Saúde diminuiriam em cerca de R\$ 500 milhões. Contra isso o Conselho Nacional de Saúde (CNS) manifestou sua aversão publicamente, reafirmando que os serviços prestados aos militares não são caracterizados como sendo de acesso universal e, portanto, não podem ser considerados ações e serviços públicos de saúde.

Naquele momento, a insistência das Leis de Diretrizes Orçamentárias em considerar como recursos da saúde os juros, as despesas com inativos, o programa de combate à pobreza, entre outros,

não se concretizou por força da mobilização de movimentos sociais e da Frente Parlamentar da Saúde.

Outras questões que inviabilizam a universalidade do SUS referem-se à economia: problemas relativos ao endividamento interno e externo, a manutenção das elevadas taxas de desemprego e o crescimento do mercado informal de trabalho (MARQUES & MENDES, 2005).

Conforme Marques & Mendes (2005), a intenção do governo federal é colocar um fim aos preceitos constitucionais que obrigam as três esferas do poder a gastarem em saúde um percentual de todo os recursos arrecadados, o que significaria o descumprimento da Emenda Constitucional 29/2000.

O fato de a política pública ser apresentada como ação predominante do governo, gerida pelo Executivo, é um dos sinais de despolitização do debate sobre a saúde. Com isso, detecta-se que os temas emanados do Poder Executivo e, em especial, de certos órgãos do Ministério da Saúde, como as normas sobre repasses de recursos, nomeações e definição de investimentos, praticamente monopolizam o debate corrente sobre as políticas de saúde.

E conforme Baiha (2007), o Ministério da Saúde tem sido incapaz de exercer a missão institucional de coordenação nacional do sistema de saúde.

“O Brasil apresenta elevado déficit de articulação dos interesses coletivos no setor saúde por força da especialização das funções governamentais do SUS à esfera pública, delegando, para o mercado, as profissões da saúde e, para a Agência Nacional de Saúde Suplementar, a regulação da atividade privada” (p.1816).

Em suma, o Governo Federal, sendo o principal financiador de repasses para as esferas municipais e estaduais para a saúde, faz com que exista, ainda, uma dependência grande dos recursos federais, o que também dificulta o processo da política pública de atenção à saúde. O SUS, com isso, acaba sendo desarticulado pelas próprias instituições públicas de gestão desse sistema, que dificultam a vinculação do orçamento da saúde e/ou vínculo de despesas que não poderiam se referir

à saúde. Além disso, o fato de existir um sistema privado de saúde, o SUS ainda hoje é dependente dele, especialmente para importação de tecnologias de alto custo.

3.2 Sistema de Saúde Suplementar

Entre os benefícios indiretos que muitos trabalhadores foram capazes de conseguir na década de 70 e 80, figuraram os planos de saúde, potencializando o desenvolvimento de uma oferta diferenciada e estratificada de serviços para os segmentos de maior poder de barganha, de encontro ao projeto universalista e gerando uma tensão com essa agenda publicista (COSTA, 1995).

Desde a década de 80 e de forma crescente nos últimos anos, a demanda por assistência médica diferenciada da assistência pública transformou-se em item da agenda de negociação coletiva (MENICUCCI, 2004).

Em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, os movimentos sociais uniram-se para se opor ao setor privado e às mudanças no sistema de saúde brasileiro. No entanto, logo em seguida à criação do SUS, trabalhadores de diferentes segmentos e funcionários públicos representados pelo sindicalismo, já tinham planos privados de saúde. Obviamente, esses grupos não iriam trocar os planos privados de saúde pelo SUS, cuja marca fixada é a falta de recursos e uma demanda por serviços que supera a oferta (BAIHA, 2007).

Dessa forma, percebe-se uma contradição ideológica: de um lado, a concepção de direitos sociais para todos e, de outro, os interesses corporativos que acessam recursos e benefícios privados e fechados e não conseguem se desvincular deles. Como destaca MENDES (2001), o SUS assimilou concomitantemente os valores individualistas e auto-interessados aos valores coletivos.

Com esse contexto, o financiamento privado da atenção à saúde no Brasil tem tido um acentuado crescimento na organização da oferta e na compra de serviços e produtos. Este financiamento tem sido por desembolso direto e/ou pela associação voluntária de indivíduos e empresas aos planos privados de assistência de saúde (MENICUCCI, 2004).

O Brasil é, por conseguinte, um dos poucos países – se não for o único – onde a criação de um sistema público de saúde, de acesso universal e atenção integral (SUS), tem coincidido com o crescimento do setor de planos privados de assistência à saúde e dos gastos por desembolso direto (consulta particular, por exemplo) dos grupos de menor renda (BAIHA, 2007).

O setor de planos privados de assistência à saúde tem como clientela principal a população inserida do mercado formal de trabalho, isto é, com vínculo empregatício. Sendo assim, a vinculação de indivíduos e famílias aos planos de saúde privados no Brasil está fortemente associada ao perfil de renda (BAIHA, 2007).

A enorme diferenciação em termos da abrangência geográfica e de estrato de renda do mercado de planos de saúde parece comprovar os presságios pessimistas para a política pública universalista de saúde brasileira formalizada na CF 1988.

E segundo Baiha (2007), a experiência de regulação fragmentada e irracional da assistência à saúde privada é característica do arranjo institucional do sistema de saúde dos Estados Unidos – o mesmo país que criou o modelo hospitalocêntrico que o Brasil importou. O padrão de regulação pontual observado nos Estados Unidos tem ampliado a fragmentação, inibindo a universalização, não controlando a expansão dos gastos e nem a alocação ineficiente de recursos. Este é o cenário que precisa ser entendido pelo o Ministério da Saúde para a consolidação e manutenção das instituições do SUS.

DaMatta (1979) sugere que há uma inversão simétrica das sociedades americana e brasileira. Enquanto na cultura norte-americana

há um rito igualitário de relação entre as pessoas, no sentido de “quem você julga que é”, no Brasil se observa o reverso dessa expressão com a frase “cada qual deve saber o seu lugar ou “você sabe com quem está falando”. O Brasil está fundado na fórmula de que cada um pensa ser superior que o outro e merecedor de privilégios diferenciados. Essa expressão revela a natureza hierarquizada da sociedade brasileira. No entanto, mesmo que a cultura americana esteja pauta em ritos igualitários, na saúde nota-se o contrário.

Ao contrário de experiências em outros países, pelo menos no caso da saúde, o sistema público brasileiro não encontrou nos servidores públicos defensores importantes das políticas sociais, já que grande parte deles estava coberta, há muito tempo, por políticas diferenciadas, especialmente de saúde (MENICUCCI, 2004).

Além disso, outras decisões governamentais não aludiram a uma postura de fortalecimento do setor público, como a regulamentação dos planos e seguros de saúde (MENICUCCI, 2004).

Outra característica importante na manutenção do sistema de saúde suplementar é a abertura para clientelas privadas, via convênios de hospitais públicos, particularmente os universitários, como forma de arrecadar recursos adicionais e que tem como consequência a diminuição de vagas para pacientes do SUS. O projeto de transformar os hospitais públicos em organizações sociais juridicamente privadas, com vistas a torná-los mais eficientes e auto-sustentáveis, também fortalece o sistema privado de assistência à saúde (MENICUCCI, 2004).

Na década de 60, começou a existir um favorecimento na compra de serviços privados no sistema público, o que não teve apenas o efeito de desenvolver a rede privada, principalmente hospitalar, mas, ao se dar paralelamente ao desenvolvimento de formas privadas de provimento de serviços de saúde, impediu que o setor público pudesse ter na rede prestadora privada a garantia da prestação de serviços públicos (MENICUCCI, 2004).

Dados da PNAD/IBGE (1998) já demonstravam que mais de 70% da população brasileira era usuária exclusiva do SUS, contudo o desenvolvimento paralelo de um sistema público e de um privado significou a sobreposição do acesso privilegiado à assistência via planos privados de saúde.

Embora o SUS seja voltado para as populações de menor renda, não se limita a isso, pois, quando convém, parte dos usuários do sistema privado se faz usuário do SUS. E, segundo Menicucci (2004), a imagem do SUS, de certa forma, provoca o acesso à saúde pelo sistema privado, pois:

“Expressões das restrições ao acesso são as queixas reiteradas sobre filas e demora para os atendimentos, elementos que acabam por caracterizar o sistema público em contraponto à imagem explicitada a respeito do sistema privado, cujas principais qualidades identificadas são exatamente a comodidade e a presteza do atendimento” (p.24).

“A diferença entre a imagem e a realidade do atendimento se expressa de forma mais aguda entre aqueles que não são usuários do sistema público, que, em geral, são os que têm a pior opinião sobre ele, o que é a justificativa para a inserção no sistema privado para quem tenha condições para isso” (p. 24).

Com isso, a opção pelos planos de saúde privado se apresenta não como uma alternativa, mas como uma necessidade frente à baixa qualidade do SUS. A manutenção do sistema privado é reforçada pelo baixo apoio ao sistema público de saúde. A configuração atual de atenção à saúde passa a ser dual, em que o SUS deixa de ser excludente, como acontecia com o INAMPS, e passa a ser universal, coexistindo com um sistema de saúde que oferece assistência à saúde diferenciada, voltado especialmente aos trabalhadores e classes sociais mais abastadas – excluindo as classes populares.

As análises das entrevistas a seguir seguem a problemática deste trabalho: a relação médico-paciente nos diferentes sistemas de saúde: público e privado.

CAPÍTULO IV – A VOZ DOS PEDIATRAS E USUÁRIAS

O desejo de estudar a problemática da relação médico-paciente, no âmbito desse sistema dual, surgiu da discussão que existe no campo da sociologia da saúde, que considera como um elemento central para a melhoria da qualidade do serviço de saúde diversos componentes, como a personalização da assistência, a humanização do atendimento e o direito à informação, também chamado de consentimento informado. Então, busca-se analisar como se dá o funcionamento desses dois sistemas existentes (público e privado) em relação ao vínculo médico-paciente.

Houve dificuldade para as usuárias entrevistadas entenderem a variável distância social, porque, normalmente, o paciente que já teve ou tem plano de saúde, como é o caso das entrevistadas, vem de uma classe social mais favorecida, pois os planos privados de assistência à saúde tem como clientela principal pessoas inseridas no mercado formal de trabalho, empregadas em empresas ou instituições públicas ou privadas. No entanto, o conceito de distância social não é restrito a distância socioeconômica, isso porque além da distância social de classe, a distância entre médicos e pacientes também decorre da relação entre os atores.

Somente mães foram entrevistadas para esta pesquisa, pois, segundo relato dos médicos, são as que mais levam os seus filhos a um atendimento médico. Foi difícil selecionar entrevistadas porque se buscou usuárias que tivessem sido atendidas nos dois sistemas: tem ou já tiveram plano de saúde e usam ou já usaram o SUS.

As percepções dos médicos sobre a relação com os pacientes diferem segundo sua especialidade, já que cada área da medicina possui procedimentos e condutas específicas que ajudam a configurar a interação com os pacientes. Pensando nisso, se escolheu entrevistar médicos pediatras que *a priori* exercem um vínculo mais humanizado,

porque é mais geral, e próximo ao paciente, que neste caso é uma criança, para ver se, mesmo assim, a distância social existiria.

Os quadros 1 e 2, a seguir, apresentam o perfil dos médicos e usuárias participantes dessa pesquisa. Utilizam-se codinomes para identificar os entrevistados.

4.1 Perfil dos Médicos e Mães Entrevistados

QUADRO 1 - Perfil dos Médicos

Médicos				
Mulher, 57 anos, casada com médico, irmã de médica, um filho, atende no hospital Presidente Vargas e em consultório particular e individual (Codinome Bia) .	Mulher, 59 anos, divorciada, filha de médico, mãe de dois filhos, atende no hospital Parque Belém, no Centro Clínico Gaúcho e em consultório particular e individual (Codinome Júlia) .	Homem, 60 anos, filho de médico casado com médica, pai de duas filhas, ginecologista, mas atende pediatria, atende no Posto de Saúde Santa Martha e em consultório particular e individual (Codinome Felício) .	Homem, 51 anos, casado com médica, pai de dois filhos, atende no Hospital Parque Belém, no Posto de Saúde da Lomba do Pinheiro, HPS Zona Sul e em consultório particular e individual (Codinome Juarez) .	Homem, 60 anos, filho de médico, divorciado, pai de duas filhas, uma delas médica, atende pediatria e clínica geral, atende pelo Hospital Psiquiátrico São Pedro e Hospital Conceição, além de já ter atuado por mais de 20 anos com consultório particular (Codinome Dráusio) .

A escolha da medicina como profissão, na maioria das vezes, vem da admiração por algum parente próximo (pai, irmão, tio) que é médico. Dos médicos entrevistados, quatro deles disseram ter escolhido medicina porque, dentre as opções que existiam, essa era a mais rentável na época. A motivação para a escolha da medicina veio de forma natural, como se a opção pela profissão já estivesse dada desde o momento em que eles nasceram.

“Desde os seis anos eu ia para o hospital. Eu vi a primeira criança nascer com seis anos de idade. Talvez pela proximidade de ver todos os dias aquela função. Meu pai era médico alemão, ele era farmacêutico também. Toda a família estava envolvida, meu irmão não, porque muito cedo saiu de casa. Até sempre, sempre, sempre envolvida. E eu nunca pensei em fazer outra coisa. Tipo assim: eu vou continuar fazendo...” (Médica Júlia, 59 anos, foco do trabalho mais no consultório)

Foram entrevistados três homens e duas mulheres. A faixa etária dos entrevistados variou entre 51 e 60 anos. Todos eles já atenderam ou atendem em consultório particular e sempre trabalharam pelo SUS. Os médicos que fazem menos atendimento em hospitais públicos são os se sentem com menos dificuldades para manter o consultório particular, talvez pela disponibilidade e flexibilidade. Somente um entrevistado não é ou foi casado com médico, sendo que os filhos de dois deles já são médicos. Os pais dos médicos entrevistados têm ensino superior e são de classe social mais abastada, sendo que três deles são filhos de médico.

QUADRO 2 - Perfil das Usuárias

Usuárias			
Mulher, 28 anos, separada, uma filha de três anos, estudante de graduação da UFRGS, vendedora de natura, já usou Unimed e, atualmente usa o SUS – posto de saúde e ambulatório de emergência (Codinome Maria).	Mulher, 35 anos, uma filha de nove anos, separada, estudante de graduação da UFRGS, promotora de eventos, já usou Unimed e, atualmente, usa o SUS em ambulatórios de emergências hospitalares. (Codinome Lorena).	Mulher, 39 anos, um filho de três anos, casada, estudante de curso técnico, desempregada, já usou o SUS no posto de saúde e, atualmente, utiliza Unimed em consultórios e atendimentos ambulatoriais em emergências hospitalares (Codinome Vitória).	Mulher, 26 anos, um filho de três anos, separada, estudante de graduação da PUC, desempregada, já usou o posto de saúde e, atualmente, tem GEAP e consulta em consultórios e emergências hospitalares. (Codinome Carla)

As usuárias entrevistadas são de classe média. A idade delas varia de 26 a 39 anos. Todas têm somente um filho, sendo que os filhos delas têm três anos de idade, fase em que os filhos vão mais ao pediatra. Três delas são separadas, e uma é casada. As mães são estudantes de terceiro grau e trabalham com atividades autônomas. O plano de saúde normalmente mencionado foi da Unimed.

4.2 Fatores Sistêmicos e a Distância Social Entre Pediatras e Mães

O relato das usuárias deixa evidente que na relação médico-paciente há muita interferência do lugar onde ele é atendido. Todas as usuárias demonstraram que se incomodam com o ambiente dos hospitais e postos de saúde públicos. Os médicos também mencionam aspectos sistêmicos, todavia não consideram este fator como o fator mais relevante a interferir na relação com o paciente. Para eles, o fator que mais interfere é a distância social. Os dados resultados das entrevistas são classificados, neste trabalho, como fatores sistêmicos, organizacionais ou institucionais através da comparação entre: público X privado; posto de saúde X emergência SUS; consultório X emergência convênio.

A maioria dos pacientes avalia que o SUS, em comparação com o atendimento de saúde por convênio, é deficitário em função de muitos fatores, como a demora no atendimento médico e a dificuldade de poder escolher o médico e os hospitais. No atendimento privado de saúde, há uma rede de médicos e hospitais à disposição do conveniado, além de poder escolher os médicos e os hospitais com maior facilidade.

“No plano de saúde tu tem a vantagem de ir em qualquer lugar, tu tem uma rede de médicos e hospitais a tua disposição. Já no SUS tu só pode ir em determinados lugares que te atendem. No plano de saúde tu pode demorar um pouco, mas não é uma eternidade como no SUS”. (Usuária Lorena, 35 anos, atualmente só usa emergências hospitalares)²

No âmbito do convênio, a relação que se estabelece é melhor em comparação com o que ocorre nos serviços do SUS, devido a existência de prontuário, de marcação de consulta e de contato telefônico com o médico. A percepção das usuárias é de que os médicos, no consultório particular, a conhecem muito bem e no posto de saúde, não se estabelece um vínculo.

² Os entrevistados serão apresentados dessa forma: citação e codinome do entrevistado, além da informação do perfil.

Desde que eu comecei a ter convênio, notei o quanto o médico é interessado em me conhecer, saber da minha vida, meus familiares, parece que ele guarda o meu prontuário na ponta da língua – lembra tudo. (Usuária Carla, 26 anos, atualmente tem convênio)

...aqui [no consultório] ele pode marcar hora, tem meus telefones, não precisa ficar em fila e pode me escolher. (Médica Júlia, 59 anos, foco do trabalho mais no consultório)

Nota-se também que a imagem construída do SUS pelas usuárias entrevistadas não advém da experiência delas com este sistema, mas sim, de um imaginário coletivo³, o qual faz com que demonstrem claramente que não cogitem a hipótese de ir a um posto de saúde e não tolerem ficar em filas de emergência do SUS. Os postos de saúde têm uma imagem negativa, de “cheiro ruim”, de fila. As entrevistadas não se identificam com esse universo; preferem se distanciar do mesmo. Em função disso, elas optam ou por uma consulta particular numa emergência hospitalar ou numa consulta na emergência do SUS – mesmo não sendo caso de emergência. Embora não se estabeleça um vínculo com o profissional de medicina nas emergências hospitalares, as mães confiam mais nesse atendimento do que nos postos de saúde. As mães relatam que preferem medicar seus filhos em casa para questões que consideram simples, a levá-los a uma consulta no posto de saúde. As mães, por conseguinte, preferem levar os seus filhos nas emergências hospitalares, seja no SUS, seja de convênio, por vários motivos, tais como: comodidade - “tem lugar para estacionar”, flexibilidade de horário - “eu não preciso faltar o trabalho”; e por não confiarem nos postos de saúde. A relação médico-paciente é determinada por fatores sistêmicos para os usuários da saúde.

“Eu lembro que a 1ª vez que levei ela [a filha] pelo SUS, eu cheguei ali no hospital X na parte do SUS. A gente chega, se apresenta e eles mandam tu esperar [...] e a gente fica esperando, esperando, é uma multidão de gente naquela sala [...] não chamavam nunca [...] e quando chegamos na parte que era particular, nossa, a diferença é gritante, começa pelo ambiente.” (Usuária Lorena, 35 anos, atualmente só usa emergências hospitalares)

“Eu não levo no Posto, eu medico em casa e se não melhorar eu levo na emergência, principalmente particular.” (Usuária Lorena, 35 anos, atualmente só usa emergências hospitalares)

³ Imaginário coletivo é usado aqui no sentido de se formar uma idéia através do senso comum sobre alguma situação, mesmo que não seja algo vivido pelas pessoas.

Segundo o médico Felício, os postos de saúde têm uma imagem de falta de resolutividade para as pessoas mais humildes e, por isso, as pessoas acabam deixando as situações de saúde se agravarem e acabam usando os serviços dos ambulatórios hospitalares, principalmente do SUS.

“[...]existe um sentimento na população mais humilde que o posto não resolve nada. E de fato está bem sucateado mesmo. E as pessoas deixam as coisas chegarem no extremo e daí vão para aonde? Pro hospital. Lá tem toda a aparelhagem e estrutura para atender qualquer caso mesmo. O problema é que estão usando os hospitais para questões que poderiam ser resolvidas no posto ou no consultório. A questão toda é educar as pessoas, não tem outro jeito”. (Médico Felício, 60 anos, foco do trabalho no Posto e no consultório)

Além disso, essa imagem negativa dos postos de saúde não é somente das pessoas mais humildes, porque as pessoas de classe média, que foram entrevistadas neste trabalho, também compartilham desta idéia.

“Eu me sinto um peixe fora d’água só de pensar em levar meu filho num posto de saúde, eu nunca fui, mas aquele ambiente não me passa coisa boa, não me identifico com aquelas pessoas, tem cheiro ruim, fila e o médico parece que faz questão de não te olhar”. (Usuária Carla, 26 anos, atualmente tem convênio)

Existe também uma preferência pelo atendimento médico através do hospital. Mesmo a pessoa que tem convênio vê o hospital como resolutivo e seguro – “porque sei que, se for algo grave, ele já faz todos os exames e eu saio com tudo resolvido”. A sofisticação no atendimento médico que existe nos hospitais deixa as mães mais seguras em relação ao tratamento dos filhos.

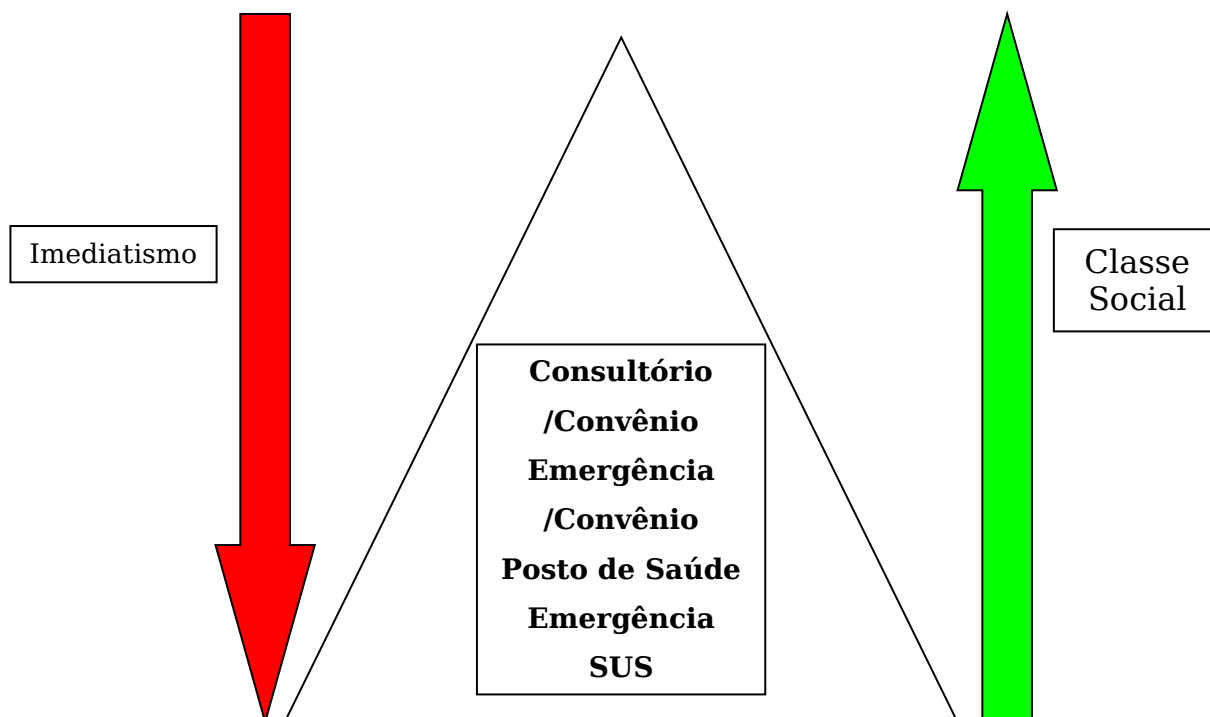
“Numa clínica particular, mesmo sendo particular eles só receitaram uma pomadinha, já no SUS, pelo hospital X, mesmo com aquele caos, eles se preocuparam em resolver a situação, essa é a grande diferença”. (Usuária Lorena, 35 anos, atualmente só usa emergências hospitalares)

Por outro lado, também aparece na fala dos médicos entrevistados uma crítica ao imediatismo no atendimento pediátrico em emergências do SUS. Segundo eles, as mães de classe baixa só pensam em levar seus filhos ao médico quando a situação de saúde está agravada. Isso ocorre, normalmente, porque essas mães não levam os seus filhos para atendimento preventivo em saúde, mas sim, a emergência quando a

criança necessita ser atendida imediatamente. Para os médicos isso aumenta a demanda paciente/médico, superlotando as emergências. Os médicos associam esse fato à classe social. Para eles, não há comprometimento das mães com a prevenção em saúde, pela “falta de iniciativa” e “visão de mundo”, “desleixo com os filhos”, “ignorância” e “baixo nível cultural”. Os médicos dizem ainda que as mães não querem perder tempo com os seus filhos e faltar trabalho.

“Existe um complicador maior: é que as pessoas não querem perder tempo, é um investimento. Ter um filho exige tempo, eles não querem se deslocar, faltar trabalho, aí eles querem um lugar que tenha estacionamento. Eles tem idéia de que no hospital tem ecografia, raio X, fazem tudo de uma vez, e ele vai ser atendido por um cara que ele nunca viu na vida”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

No entanto, observa-se que o modelo de saúde focado no hospital, a cultura do INAMPS, as escolas e cursos de residência médica vinculadas aos hospitais, o especialismo, a imagem negativa dos postos de saúde, a inserção das mulheres no mercado de trabalho são fatores que dificultam às mães levarem seus filhos às consultas de acompanhamento à saúde. Por conseguinte, há uma busca maior por atendimentos de emergência.

Figura 1 - Classe Social X Imediatismo

A figura acima ilustra e sintetiza a idéia dos médicos: quanto menor a classe social do paciente, maior é a busca pelo atendimento imediato, devido à gravidade do quadro de saúde. Com isso, as emergências do SUS são usadas, principalmente, pelas classes mais baixas. Entretanto, observa-se na fala das usuárias entrevistadas, mães de classe média, que há também uma preferência por este atendimento.

Outro problema que dificulta o estabelecimento de vínculo médico-paciente no âmbito do convênio é que a busca recorrente às emergências se dá também porque as mães não precisam pagar uma taxa de participação por consulta. Todavia, os problemas de saúde que as levam às emergências, comumente, são de baixa complexidade.

“Os pacientes preferem levar na emergência porque o convênio não cobra as taxas de participação, então eles vão para as emergências que não precisa pagar, no consultório paga os R\$ 5 ou R\$ 10 reais de participação”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

As mães, com isso, deixam de ter um atendimento vinculado a um médico em um posto de saúde ou mesmo através do convênio. Elas

buscam resolver problemas de saúde pontuais e não estabelecem relação próxima com o médico.

Dois dos médicos entrevistados, os que não têm consultório próprio, preferem trabalhar em emergências. Admitem, no entanto, que é o espaço com menor possibilidade de vínculo entre médicos e pacientes. Os motivos para tal preferência são justificados por eles pela resolutividade e também pela distância com o paciente, que é visto como algo positivo. Os pacientes de consultório ficam ligando para os médicos por qualquer motivo, o que é estressante.

“Na emergência, você resolve as coisas; ou tu resolve ou tu passa adiante. Chega uma criança desidratada ou com uma alergia, se coçando violentamente, com uma intoxicação e que em uma ou duas horas você resolve a questão. É estressante, mas... Isso é ótimo, porque daí tu chega e desliga. Resolveu o problema, ou tu transferiu para o colega. Chega alguém às 18h e eu saio às 19h, daí o colega pega o caso e tu consegue desligar. As vezes tu tens pacientes no consultório que ficam te ligando, queixas fáceis de resolver, que são ansiedades, coisinhas que tem que dar uma atenção especial, também gratifica, tem a questão do vínculo, mas tem pouca urgência no consultório”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

É unânime a opinião dos entrevistados, médicos e pacientes, sobre a dificuldade de se manter uma relação próxima no SUS. No atendimento através do convênio as possibilidades de vínculo seriam maiores. Tanto nos postos de saúde quanto nas emergências hospitalares do SUS existe uma rotatividade muito grande de médicos e uma demanda exagerada de pacientes para serem atendidos. Duas usuárias afirmam que deixaram de usar o posto de saúde e fizeram um convênio médico em função do “medo” de não conseguir mais marcar consulta com a mesma médica do posto de saúde, o que as leva às emergências.

“... a forma como o médico vê a criança... no posto X, eu consegui várias vezes a mesma médica, mas nem sempre é garantido que fosse, porque depende dos plantões, da organização interna deles”. (Usuária Maria, 28 anos, atualmente, usa Posto de saúde e emergências hospitalares)

“Eu parei de usar o posto e fiz um plano de saúde porque eu tinha medo de não conseguir marcar com aquela mesma médica que acompanha meu filho desde que ele nasceu.”. (Usuária Vitória, 39 anos, atualmente usa convênio, mas já usou muito o Posto de saúde)

Mas, mesmo em ambulatórios de emergência do SUS ou em postos de saúde em que é possível se obter um atendimento com mais pessoal e construir vínculos, os médicos dizem claramente que não fazem isso. Os motivos para tal comportamento, segundo eles são dois: o paciente normalmente não volta a ser atendido por ele e o SUS está associado a um perfil de paciente “descomprometido” e que não quer um atendimento melhor por ser “pobre”. O contato maior entre médico-paciente se dá, em tese, com o paciente de convênio, que escolhe o médico e confia nele.

“No consultório eu tento que me colocar o mais disponível possível, eu sempre me coloco à disposição, dou o meu celular, eu explico porque são 12 gotas, porque ela tem que sair tranquila, esclarecida e sem dúvida. E no SUS a relação é assim: o cara vem na consulta, eu dou o parecer e tchau.” (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

“Eu atendo em 5 minutos lá no hospital, enquanto nos postos que trabalhei, me adaptei a isso, porque as mães vão lá querendo isso. É triste. Eu poderia analisar muitos outros aspectos, não só a queixa que aparece naquele momento, porque naquele hospital tem tempo para isso, só que as mães querem coisa rápida, são ignorantes, são muito pobres”. (Médico Dráusio, 60 anos, maior foco do trabalho em emergências)

No SUS, a impessoalidade não favorece a relação entre médicos e pacientes e faz com que os pacientes, segundo os médicos entrevistados, cheguem com preconceitos ao médico que vai lhe atender e o coloque em um “pedestal”, ocasionando distância social. Os pacientes chegam na expectativa de serem atendidos pelo médico que o atendeu na última vez e, como isso não acontece, eles ficam com um “pé atrás” com o médico, em função de desconhecer o que pode vir daquele sujeito. No convênio, como o paciente escolhe o médico, é facilitado o vínculo médico-paciente.

“[...] tu vai lá na expectativa que o atendimento médico, tu estiveste lá semana passada, foste mal atendida, não gostaste, não te deram atenção, daí tu vais na semana seguinte ‘com o pé atrás’ – o que eu vou ver pela frente... então, tu tens que ultrapassar esse ‘pé atrás’, aí tu até consegue ultrapassar o ‘pé atrás’, mas tu vais ter aquela barreira que nós comentamos, essa questão cultural do atendimento e tudo”. (Médica Bia, 57 anos, foco do trabalho mais no consultório)

Figura 2 - Classe Social X Relação Médico-Paciente

Além disso, nos postos de saúde, as usuárias dizem que não há pessoalidade e individualização no atendimento. Os médicos não analisam “aquele indivíduo como um ser único e com muitas subjetividades”, mesmo num serviço propício a isso. Há também uma falta de conexão entre a rede pública de atendimento via postos de saúde. Uma das entrevistadas mudou de posto de saúde e acabou perdendo todo o prontuário de acompanhamento da filha no posto de saúde anterior pela falta de comunicação entre os postos de saúde.

“É, e nem tem tempo para uma grande explicação, eles já vão partindo para os exames físicos e tu fala alguma coisa [...] Mas é tão focado, que eles só ficam fazendo perguntas relativas àquilo, que as outras coisas eles acabam esquecendo”. (Usuária Maria, 28 anos, atualmente, usa Posto de saúde e emergências hospitalares)

Um dos médicos entrevistados é cético a respeito da relação que se estabelece com os pacientes (tanto no SUS quanto no convênio), dizendo que mesmo no convênio, onde o paciente tem a possibilidade de escolher o médico e confiar nele, na maioria das vezes, ele acaba testando muitos profissionais e não confiando em nenhum. Ele considera

que a relação médico-paciente é algo que não existe mais, com raras exceções de pacientes atendidos no consultório particular.

“[...] aí ela me disse que, não que não confiasse em mim, mas ela tinha levado o filho num pneumopediatra. [...] claro que eu fiquei muito ofendido, o paciente não confiou. Mas, é isso que acontece sempre”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

A escolha do médico pelo paciente está associada, principalmente, a três elementos, segundo os relatos dos médicos: estar no convênio, a inicial do nome estar entre as primeiras da lista do convênio e haver indicação de outras pessoas. Aparecem outros fatores, tais como: consultório perto do trabalho, da casa, facilidade de deslocamento e estacionamento. Assim sendo, conforme os médicos entrevistados, os médicos não são procurados pela qualidade do atendimento prestado. Isso, segundo eles, atrapalha o relacionamento com os pacientes.

“A maioria vem porque, primeiro tem que tá no convênio, não se interessa se o cara é bom ou não. Ninguém vai ao médico porque ele é bom, eu vou escolher o cara porque ele é bom, poucas vezes fazem isso. A maioria faz assim, estás no meu convênio, tu existe ou tu não existe”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

“E toda vez que eu abro aquele livrinho, tem Aline e logo vem Beatriz... então as Valescas da vida, elas se prejudicam... isso pode não ter ciência nenhuma, mas em muitos casos é isso que acontece aqui”. (Médica Bia, 57 anos, foco do trabalho mais no consultório)

Contudo, a médica Bia afirmou que essa questão de trocar de médico o tempo todo, buscar emergências e não estabelecer um laço mais forte é algo de que as usuárias não gostam. A rotatividade de médicos nas emergências e a falta do prontuário (histórico) dos pacientes torna o atendimento cansativo para as mães porque elas precisam, a cada consulta, relatar todo o histórico dos filhos. As mães, de forma geral, estão buscando um médico de referência em que possam confiar e se “acertar”.

O atendimento particular (em que o paciente paga diretamente para o médico), nos dias de hoje, é raro, pois quem tem condições financeiras paga um plano de saúde ou recebe da empresa em que trabalha. O paciente, segundo o relato de um médico, que procura o

atendimento particular é o paciente “pobre” – que só busca o atendimento médico quando a situação já está agravada.

“O paciente particular, hoje em dia, é aquele cara pobre. (...) É igual aquele cara que leva o carro no mecânico uma vez por ano, que faça tudo no carro, ele quer que numa única consulta ele resolva o passado dele, adiante o presente, dê uma garantia pro futuro em uma consulta de meia hora”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

Outro empecilho ao vínculo mais próximo entre médico e paciente é que a pediatria tornou-se desestimulante para os médicos, em função da baixa remuneração e do “excesso de cuidados das mães modernas”. Muitos pediatras acabam não divulgando seus telefones particulares e não aceitando “encaixes” de pacientes nos consultórios particulares. Os médicos entrevistados que demonstram esta disponibilidade e foco no paciente de consultório mantêm com facilidade seus consultórios particulares.

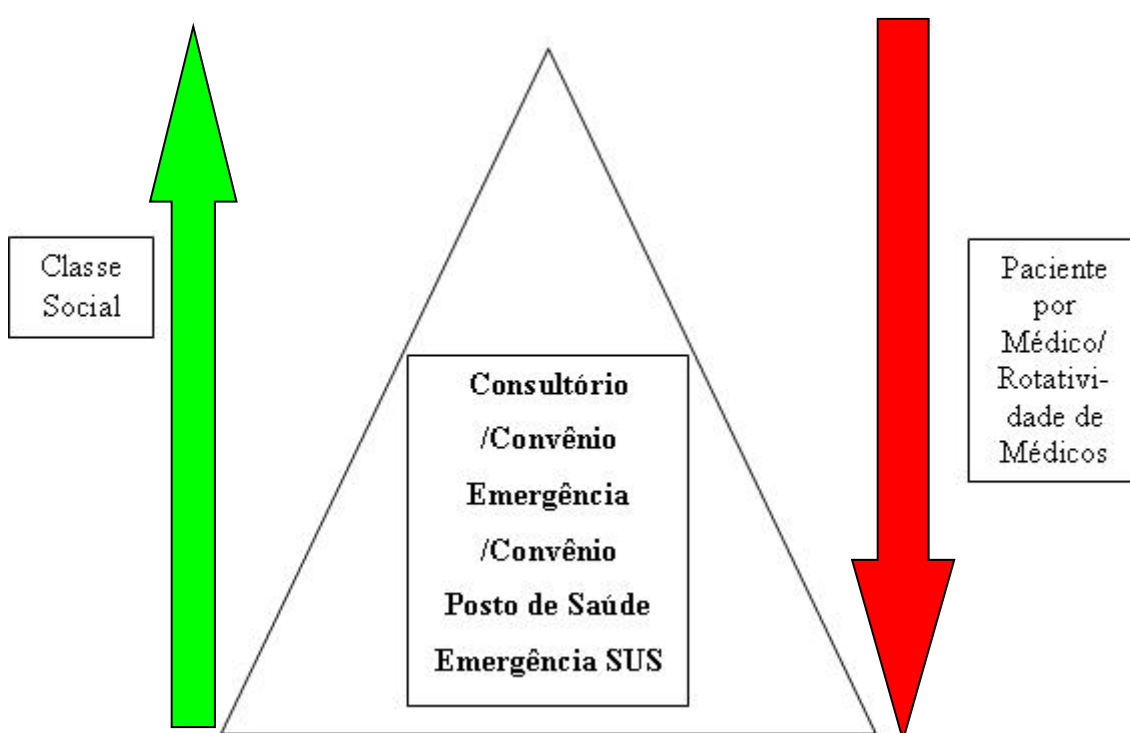
“[...] É mais interessante levar naquele profissional, eu posso telefonar e ele está disponível, posso telefonar e ele não vai deixar de me dar... Eu, às vezes, posso não atender, mas eu retorno, né? Eu dou o retorno, vejo o que que era. Então, já aconteceu de eu dar o retorno e a paciente tá saindo de uma emergência, eu demorei para dar o retorno, eu tava envolvida em outra coisa e tal, mas assim, me relatou o que tinha acontecido e fica uma coisa fechada assim. Ela voltou no outro dia para eu conferir as doses e examinar a sua filha porque confia em mim”. (Médica Bia, 57 anos, foco do trabalho mais no consultório)

O vínculo, segundo as mães, se estabelece mais facilmente nos postos de saúde e emergências do SUS é com a equipe de enfermagem e funcionários do atendimento ao público. No entanto, quanto menor a classe social maiores são as filas de espera para o atendimento, especialmente nas emergências, isso porque, segundo os médicos, as mães de classe social popular usam de forma errada o SUS. Ao invés delas procurarem os postos de saúde elas acabam levando nas emergências para resolver problemas de saúde simples.

Os pacientes que procuram os serviços do SUS com maior assiduidade, por alguma necessidade especial, segundo as mães entrevistadas, percebe-se um vínculo maior com os médicos.

“E eu noto ali (no hospital), [...] nesses dias eu vi ali que lá pelas tantas veio um médico e abraçou ela – ai que bom, teu tratamento já está acabando, era alguma coisa assim prolongada, tipo, problemas de saúde sério, tipo quimioterapia ou coisa assim”.
(Usuária Lorena, 35 anos, atualmente só usa emergências hospitalares)

Figura 3 - Classe Social X Paciente por Médico/Rotatividade de Médicos



No atendimento no consultório particular (convênio), segundo médicos e usuárias entrevistadas, as consultas são mais detalhadas e o atendimento é melhor. Os médicos não estão focados somente na queixa daquele momento, desconsiderando a pessoa que está ali para ser atendida. Os médicos demonstram mais interesse nos pacientes, segundo os pediatras entrevistados, porque eles pagam a ele (através do convênio) e tornam-se prováveis “clientes” e “cartões de visita”.

Tanto uma usuária como um médico observam que no SUS, mesmo nos postos de saúde, os médicos não querem saber se o paciente está triste, por que não come, ou se está entendendo os procedimentos. Nesse sistema, eles são apenas funcionários e estão ali só para fazer o que é ético na medicina.

“... quando eu usava o convênio era bem diferente. Eles perguntavam tudo: o que tem acontecido com ela nesse mês?... apresentou alguma coisa diferente?... como estavam as fezes?... É bem diferente... eles são mais atenciosos... querem saber o que tem acontecido com a criança em outras dimensões, não só daquele evento de tu ter levado a criança na consulta”. (Usuária Maria, 28 anos, atualmente, usa Posto de saúde e emergências hospitalares)

“Aqui no SUS eu faço tudo o que é correto e ético, mas eu não... aqui, por exemplo, o fulano não come, tá triste, não é uma coisa para eu resolver, lá o paciente do convênio é também meu cartão de visita, então eu dou o melhor de mim, não que eu não faça, mas eu dou o *plus* lá, acessam a mim de noite, eu prefiro ver o cara de noite do que ele vá pra emergência e talvez não volte, e segundo não te paga o tratamento”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

Médicos e pacientes observam que, muitas vezes, os tratamentos oferecidos nos postos de saúde não são os mais indicados. Por vezes os medicamentos que são prescritos não podem ser comprados pelos pacientes porque são muito caros. No SUS só os medicamentos básicos são fornecidos pelo sistema. Segundo eles de que adianta ter estudado tanto para oferecer sempre a mesma conduta para o paciente. Essa razão também reforça a idéia das mães de preferirem levar os filhos nas emergências hospitalares, pois descredita num sistema que oferece sempre os “mesmos medicamentos”.

“Às vezes não é o ideal, eu dou o básico. O problema é que muitas vezes o medicamento não tem e ele precisa se deslocar e comprar. Não adianta tu fazer um diagnóstico, dar o que tu achas ideal, mas o cara não vai poder pagar. Tu adaptas com as condições do paciente, só que muitas vezes prejudica ele”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

“... Daí ela me deu duas receitas, se eu tivesse condições eu compraria a BD, mas eu não tinha, daí eu só vou no hospital mesmo”. (Usuária Maria, 28 anos, atualmente, usa posto de saúde e emergências hospitalares)

A confiança na qualidade do atendimento é uma característica importante no relacionamento médico-paciente. Mas, se isso não acontece nem nos postos de saúde e nem nas emergências hospitalares,

as mães preferem o segundo, porque mesmo que o contato aconteça mais com as enfermeiras do que com os médicos, pelo menos elas sentem-se mais cuidadas e seguras neste espaço.

As usuárias apontam outro fator sistêmico que reforça a diferença do hospital do convênio para o hospital do SUS: o tipo de conexão interna entre os médicos e destes com os pacientes. Os médicos do convênio, que atendem no hospital, têm à disposição uma rede de “colegas” especialistas e, por isso, buscam resolver cada situação, chamando algum especialista, se for o caso.

“Aquela vez que precisou chamar um médico especialista, todo mundo tava sabendo o que tava acontecendo e tudo o que tinha que acontecer depois”. (Usuária Lorena, 35 anos, atualmente só usa emergências hospitalares)

“No posto ninguém examina, o médico que depois me pergunta sobre a situação, pergunta da febre, secreção e receita. Na emergência do SUS, as enfermeiras examinam, fazem uma triagem, é bem mais atenção, por isso que eu levo mais na emergência”. (Usuária Maria, 28 anos, atualmente, usa posto de saúde e emergências hospitalares)

Além disso, os pacientes mais humildes especificam a sua doença fazendo analogias não-médicas, o que, para os médicos, é algo que dificulta a relação médico-paciente. Boltanski (1979) menciona que este tipo de analogia é algo recorrente entre pacientes de classe social mais baixa e que isso incomoda os médicos, que não vêem “ciência” nessas analogias.

“Às vezes, os pacientes chegam aqui e dizem: eu tenho uma dor que parece que um elefante pisou em mim. Olha, eu nunca vi alguém ser pisado por um elefante [...] outro paciente diz que as dores são agulhadas, então tu tem que filtrar isso, ver o que tu tem de vivência. Eu tenho uma dor que formiga pelo braço... isso então pode ser um problema neurológico, uma angina, então com a vivência tu vais descobrindo o linguajar dos pacientes, como é que a gente vai se comunicar, então a comunicação com o adulto tu filtra. Na pediatria, o que o paciente relata é mais objetivo, não finge muito, não tem a subjetividade, não floreia, o paciente adulto tem ansiedade, confunde, não que ele queira sabotar, mas ele acaba interferindo nisso”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

Juarez demonstra em sua fala que resguarda a posição de autoridade de seu saber. Cabe ressaltar, que a relação médico-paciente é inerentemente assimétrica, uma vez que é condicionada, entre outras coisas, pela fragilidade gerada pelo “estar doente”, bem como pela

autoridade do saber médico. Em seu relato, Juarez se queixa dos casos de pacientes que “sugerem” o remédio ou o tratamento que ele deve lhes prescrever. Ele percebe isso como uma desvalorização de todos os seus anos de estudo, de sua formação e de sua competência.

“Às vezes, tu faz o diagnóstico, explica, tu estudaste tanto para saber, faz tudo e daí tu dizes: ‘vou te dar um descongestionante nasal’, e a paciente pergunta: ‘o senhor não vai dar uma amoxicilina?’ Eles já partem do pressuposto que eu não dei antibiótico, então não dá. E, às vezes, tu dá o mesmo antibiótico que ele usou, aí ele diz: ‘isso eu já usei, se fosse isso eu já tinha dado em casa’. [...] Daí ela diz: ‘me dá uma amoxicilina’, ela não ouviu nada, não viu que eu examinei, tudo que eu fiz foi em vão, quer dizer, ela tem uma pré-concepção que acha que antibiótico é mágico”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

O relato abaixo, da usuária Vitória que sempre usou mais o SUS, mas que atualmente tem convênio, mostra um caso de como a distância social entre médico e paciente talvez esteja mais ligada ao saber específico do médico (ao monopólio do saber) e ao seu papel na relação terapêutica, do que à diferença de classe social dos agentes.

“Eu me irritei com a médica porque ela disse que não tinha como saber que meu filho tava com refluxo, mas eu disse para ela que eu tinha lido na internet, pesquisei e todos os sintomas batiam. Ela ficou furiosa. Ela disse que ela que sabia de medicina, não eu. Se eu tava lá querendo remédio, com o diagnóstico na mão, então que medicasse meu filho”. (Usuária Vitória, 39 anos, atualmente usa convênio, mas já usou muito o posto de saúde)

Quando a paciente “buscou equalizar” a relação, ao procurar informações sobre a doença de seu filho, a médica fez o movimento inverso, tentando recolocar a usuária no lugar passivo de objeto da relação, resguardando para si o monopólio do saber médico.

Uma das frustrações mais citadas pelos médicos é a de que no SUS os pacientes não valorizam o trabalho feito em cada paciente (pessoalidade), eles acham que tudo resulta na mesma prescrição médica: antibiótico.

Os médicos também se sentem incomodados com alguns atendimentos que eles consideram desnecessários em emergências domiciliares. Isso também seria um comportamento característico dos “pobres”.

“Aquilo ali é uma deturpação do SUS, como o SUS não funciona e aquele paciente é pobre, tem muito rico também, mas tem muito pobre que não consegue pagar nem esses planos ‘muquirana’, aí ele faz um atendimento de urgência, para risco de vida, mas eles usam o sistema erradamente, eles te chamam em casa por uma febre. Isso é uma coisa revoltante para o médico, ter que deslocar uma ambulância 20 km porque o pobre não quer ir no posto de saúde ou porque ele não tem dinheiro para ir ao centro, ou porque não quer pegar um táxi, como ele tem direito, vai o médico num vilão ‘no raio que o parta’ porque ele não quer gastar dinheiro de ônibus ou ir num posto de saúde. Imagina, aí tu chega lá e só dá um antitérmico”. (Médico Juarez, 51 anos, atende mais em emergências do SUS)

Mesmo que um dos médicos entrevistados busque minimizar esta questão da distância social procurando estabelecer um bom vínculo com o paciente e facilitar o tratamento, a maioria deles diz não gostar de ter que ficar dando explicações detalhadas sobre os medicamentos, doses, exames e procedimentos para os pacientes mais humildes e que usam o SUS. Para eles isso não é função da profissão médica.

“[...] muitas vezes a pessoa é analfabeta, não consegue nem se expressar direito, daí eu começo a investigar a vida da pessoa, pergunto tudo. Daí eu prescrevo em letra de forma, pergunto se tem gás, fogão, geladeira para saber prescrever a medicação certa e que o paciente possa comprar, ou que o posto possa oferecer”. (Médica Júlia, 59 anos, foco do trabalho mais no consultório)

“Eu era pacienciosa, explicava, fazia, mas dali tu vai vendo, Aline, que a tua medicina vai ficando pouca e a tua parte de assistente social vai ficando grande, isso frustra um pouco, porque na verdade a gente se formou [...]pô... são seis anos de curso, dois anos de especialização pra tu ser assistente social? Não tô desmerecendo o curso, entende, mas eu optei por outra coisa, tu entende? Então, isso é frustrante. Eu sempre tive um engajamento social, o difícil é perceber o jeito que a política maneja as coisas, as dificuldades que a gente tem”. (Médica Bia, 57 anos, foco do trabalho mais no consultório)

Pensando num espaço ideal de não distanciamento na relação médico-paciente, os médicos situam este espaço em consultório privado e com pacientes com nível cultural mais elevado, porque facilita a comunicação e o vínculo com o paciente.

“[...] aqui no consultório sem dúvida, e não é o poder econômico, é o nível cultural, eu acho que o nível cultural é muito importante para estabelecer um relacionamento gratificante. Nível econômico neste sentido de eu prescrever um medicamento que não precisa ficar pensando na carteira, se vai poder pagar aquilo ou não. Então, o nível econômico entra aí. E o paciente ideal é, de repente, aquele paciente que vem ‘aberto’. Eu tenho um pouco de dificuldade de entender o médico como um ser superior, não consigo isso. Eu acho que essa coisa de... você está atrás dessa mesa o paciente está aqui deste lado... eu tento sempre nivelar esse relacionamento, porque uma pessoa que vem procurar um médico, em princípio, ela tá com alguma coisa pior que a gente, ela tá precisando, e se tu colocar e te colocar num pedestal... o paciente... vai ser muito complicado”. (Médica Bia, 57 anos, foco do trabalho mais no consultório)

As características da relação médico-paciente, para os médicos, são mais relacionadas com a distância social. Os pacientes do SUS, em função do baixo nível cultural e econômico, apresentam dificuldades de relacionamento com o médico. Os pacientes do convênio, mesmo sendo pobres, dão sinal de que têm maior nível cultural, em função de alguns critérios como: escolher o médico, querer um melhor atendimento, desejar mais pessoalidade e ter mais comprometimento. Para eles os pacientes do SUS são descomprometidos e os do convênio o contrário.

“... a gente nota pelo comprometimento. O pobre não tem comprometimento. Não que o SUS atenda só pobre, mas a maioria é pobre, no meu consultório eu atendo classe A e B e é bem diferente”. (Médico Felício, 59 anos, foco do trabalho em Posto de saúde e consultório)

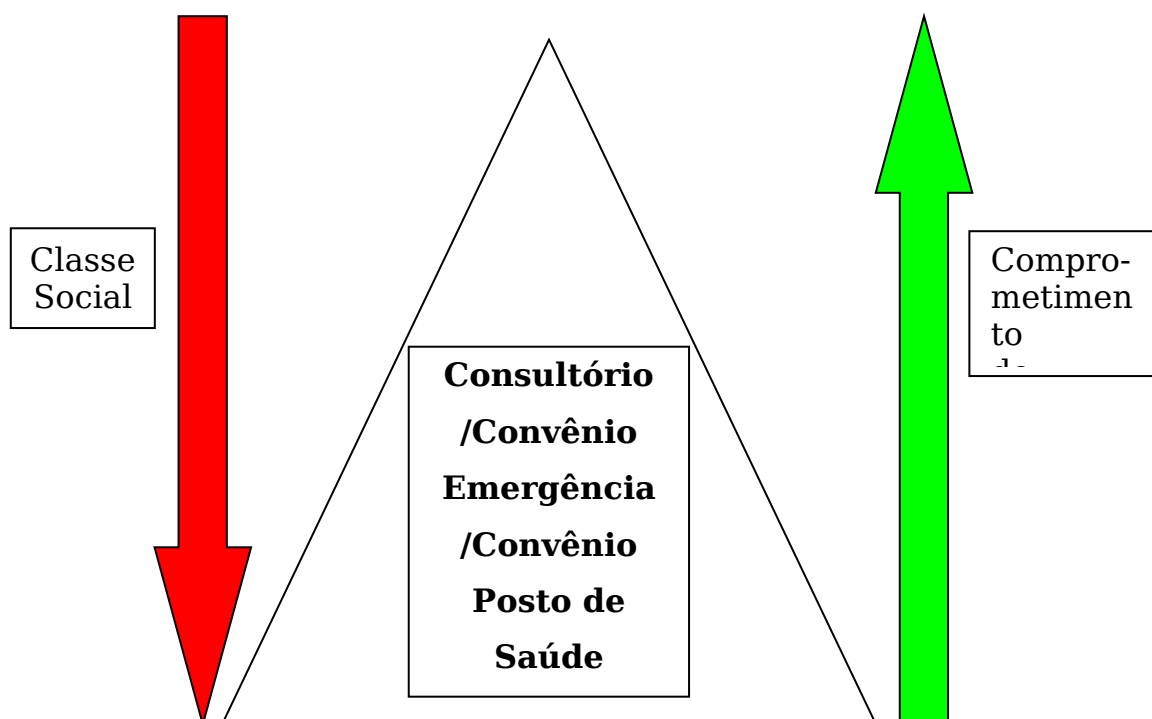
A grande diferença entre os pacientes do SUS e do convênio está na classe social, para os médicos, ligado a capital cultural e/ou econômico, o que pode fazer com que o paciente tenha ou não comprometimento.

O perfil dos pacientes, segundo os médicos, é algo muito contrastante entre os dois sistemas de atendimento à saúde. Existe de forma geral um perfil relacionado a cada sistema, apesar de muitos pacientes de classe social mais baixa usarem plano de saúde por causa do emprego e muitos de classe média não terem tido mais condições de

pagar um convênio e, atualmente, estarem usando o SUS. Mas, os pacientes de convênio mesmo em condições sociais semelhantes aos que usam o SUS, são considerados diferenciados e de maior “capacidade cognitiva”.

“São completamente diferentes os perfis. Aqui [consultório] eu atendo um... até que deu uma variada porque tem gente que tem convênio por causa de onde trabalha, humilde, humilde não, mas tem algumas pessoas que a gente vê, por exemplo, tem uma vacina que a gente tá preconizando agora que a pneumococo tetravalente, é R\$ 250,00 uma dose, eu tenho vários pacientes que não conseguiram fazer, são três doses no 1º ano e 1 dose com 1 ano e 3 meses e não fazem. Então, R\$ 250,00 para uma família de classe média até dá, então pra não conseguir fazer imagina que é complicadinha a vida dessas pessoas. Eu tenho vários pacientes assim, mas no SUS é diferente, lá no Presidente Vargas, embora com a crise financeira que deu muitos pacientes tenham migrado de convênios para SUS e, vez por outra, apareça pacientes diferenciados, a grande gama que a gente tem é de gente miserável, miserável”. (Médica Bia, 57 anos, foco do trabalho mais no consultório)

Figura 4 – Classe Social X Comprometimento do Paciente



Os médicos associam o descomprometimento dos pacientes (não conhecem os médicos pelo nome, não desmarcam consultas, não exigem medicamento do posto de saúde) ao fato de serem “pobres”. Menor capital cultural e social influenciam neste descomprometimento, de acordo com o relato dos médicos, e isto está normalmente associado à um perfil de renda, conforme ilustra a figura acima. Essa falta de comprometimento dos pacientes também se refere à busca deles por um atendimento qualquer e não por um atendimento médico específico, Isso dificulta o vínculo médico-paciente. Esse descomprometimento eles associam a uma visão paternalista que os pacientes têm frente ao Estado, que tudo precisa ser dado de “mão beijada”.

“No SUS os pacientes não têm comprometimento. Hoje de manhã tava marcado para eu atender 7 pacientes e só apareceram 3. As outras pacientes que não vieram não foram capazes de desmarcar. Aqui no meu consultório é raro quando uma paciente falta sem avisar, normalmente as pessoas vem. [...] No SUS ainda vigora um paternalismo, as pessoas acham que é o Estado responsável pela sua saúde e que o médico que deve lhe dizer tudo. Aqui no meu consultório eu tenho pacientes que eu vi nascer e que agora já vem com os seus filhos, no posto isso é raro, lá eles não procuram o médico X, eles procuram um atendimento, aqui eles procuram o meu trabalho, pessoalidade é tudo. E isto se deve ao fato de serem muito miseráveis [...]”. (Médico Felício, 60 anos, foco do trabalho no posto e no consultório)

Com isso, os médicos acabam direcionando seus esforços e dando melhor atendimento, como: oferecer seus telefones pessoais, adequar os horários de consulta e ter um maior interesse pelo paciente, no atendimento em consultórios particulares, em que os pacientes acessam, quase que na totalidade dos casos, por convênio médico. Apesar da dificuldade que existe de se manter um consultório privado, os médicos que dizem atender com mais proximidade os pacientes do SUS têm seus consultórios com muita fluência de pacientes e se mantêm há muitos anos no mercado.

CONCLUSÕES

A relação médico-paciente é interferida tanto pela distância social quanto do sistema (público ou privado) em que eles estão inseridos. Os médicos partem do pressuposto que no SUS as pessoas são “pobres” e isso os remete à ideia de que essas pessoas têm baixa capacidade cognitiva, falta de visão de mundo e descomprometimento com a saúde. Com isso, os médicos oferecem um padrão de atendimento. Este padrão pode-se observar a partir do padrão de comunicação, desvínculo com o paciente e impessoalidade.

No SUS, os médicos afirmam que são somente empregados e que, por isso, não podem dar um atendimento mais personalizado, mas reconhecem que oferecem um atendimento diferente as pessoas que apresentam um nível cultural mais semelhante ao seu. Mesmo em espaços do SUS em que há possibilidade de se estabelecer uma relação mais próxima com o paciente, como nos postos de saúde, os médicos dizem que “aquele lugar” não é para isso.

As mães de classe média entrevistadas, que já tiveram acesso aos dois sistemas de atendimento à saúde, justificam que é mais fácil resolver problemas pediátricos no SUS usando as emergências hospitalares do que os postos de saúde. Mesmo as mães que, atualmente usam o convênio, ainda preferem e/ou acabam usando com mais frequência as emergências do que os consultórios. No SUS, os médicos dizem que essa preferência está associada às mães de classes populares. No convênio, eles justificam que as mães preferem as emergências porque querem comodidade, resolutividade e pela inserção delas no mercado de trabalho. Com isso, observa-se que o fato das mães usarem expressivamente as emergências pediátricas hospitalares não está associada a classe social, mas sim a confiança na qualidade do serviço prestado e na resolutividade.

Os pacientes com o mesmo perfil social, especialmente cultural, são vistos pelos médicos de forma diferente no SUS e no convênio. As distâncias sociais são amenizadas quando o paciente é atendido no

convênio. Ao escolher ter um convênio, a pessoa de classe popular passa a ser vista como uma pessoa “diferenciada” e, com isso, de maior capital cultural. Os pacientes do SUS que apresentam um nivelamento sócio-cultural com o médico, segundo os médicos entrevistados, também recebem um tratamento diferenciado.

As mães que usam o convênio médico são consideradas mães preocupadas e atentas com a saúde dos filhos. Mesmo que a escolha do médico decorra da letra do nome do médico ser uma das primeiras da lista do convênio, do consultório ser de fácil acesso, ela já passa a ter um outro status social para o médico.

No convênio, os médicos fazem questão de dizer que dão o melhor atendimento. Existem muitas explicações para isso, no entanto as mais recorrentes são que em função daquele paciente ter escolhido o médico, confiar nele, voltar outras vezes, “jogar junto”, facilita o relacionamento médico-paciente. Observa-se que quando o paciente não confia no médico e procura outros médicos para ter uma segunda opinião, é algo que frustra muito os médicos. Eles querem fidelização no relacionamento, visto que se isso acontecer tal paciente passa a ser “cartão de visita” para o médico.

Para o paciente é uma vantagem ter um convênio médico, pelas facilidades encontradas como: vínculo com o médico, agendamento de consulta, escolha dos médicos, escolha dos hospitais, então poucas pessoas não gostariam de ter este benefício. Entretanto, os planos de saúde destinam-se a pessoas inseridas no mercado de trabalho formal.

Segundo BOLTANKI (1979), os pacientes recebem uma atenção maior e de menor distanciamento do médico quando aqueles fazem parte da mesma classe social deste. A explicação de BOLTANKI (1979) está no fato de que quando o paciente pode trocar de médico e/ou se apropriar do conhecimento médico, tal paciente torna-se uma ameaça ao *status quo* médico. A teoria dele se confirma neste trabalho, visto que as usuárias relatam situações no convênio em que o médico não aceita a opinião delas sobre alguma doença do seu filho. Além disso, pacientes que fazem analogia da saúde com termos não médicos, como “pisadas de elefante” ou “agulhadas”, os médicos tentam não se nivelar nesses conceitos e

buscam rearranjar, “filtrar” essas explicações em algo cientificamente fundamentado. Com essa adequação os médicos estão tentando se colocar na situação como agentes e o paciente como objetos passivos.

Os médicos priorizam um atendimento mais qualificado e diferenciado a quem pode pagar melhor. Como a população que pode pagar melhor o médico, através de um convênio médico, é a população que tem maior poder aquisitivo, é com essa que os médicos estabelecem vínculos.

As usuárias recorrem, em geral, às emergências hospitalares, mesmo sabendo que o vínculo ali será muito tênue entre médicos e pacientes. Os hospitais são, por excelência, o espaço que concentra o maior número de especialidades, aparelhagens complexas e internação. Como os hospitais não têm um processo de triagem e os postos de saúde não são atrativos para os pacientes, as emergências, especialmente do SUS estão com superlotação do atendimento.

Porém, no SUS as classes sociais mais populares são as que se defrontam com os problemas que facilitariam o vínculo médico-paciente como: contato freqüente entre os agentes, histórico do paciente (prontuário), tempo suficiente para a consulta e facilidade no atendimento primário de atenção à saúde. Esse cenário favorece a uma busca expressiva por atendimentos de emergência (imediatismo) e a uma relação superficial entre médicos e pacientes.

O interesse deste trabalho de pesquisar os médicos pediatras era de averiguar se mesmo médicos que não estão inseridos numa lógica de trabalho compartimentalizado e focado em doenças específicas, como os pediatras, são, por conseguinte os mais propensos a assumirem um atendimento mais humanizado e profundo. Constata-se, no entanto, que os médicos pediatras estão inseridos nesta lógica de reprodução do trabalho não-humanizado e individualizado, desvalorizando aspectos subjetivos e o ser social.

Enquanto o modelo de medicina estiver focado nos hospitais, e a especialidade médica e a fragmentação do trabalho forem as características principais, e o sistema de atendimento à saúde for dual

haverá desigualdade de atendimento à população que necessita de cuidados com a saúde.

Na sociedade brasileira compartilha-se uma identidade social que é marcada pelo acesso diferenciado a recursos e benefícios. A estrutura social também é extremamente desigual e fortemente hierarquizada, o que implica, não apenas uma distribuição desigual de recursos, mas também faz com que uma proposta universalista e igualitária que demande solidariedade não encontre fortes bases na sociedade.

Esse contexto prejudica a consolidação e manutenção das instituições do SUS e mais de 70% da população que é usuária exclusiva desse sistema.

Esta monografia pôde servir como um estudo exploratório sobre o tema, porque se sabe que o número de casos pesquisados é insuficiente para generalizações, mas podem indicar pistas para futuros trabalhos.

REFERÊNCIAS

ARDIGÒ, A. Corso di Sociologia Sanitaria Scuola di Specializzazione. in: **Sociologia Sanitaria**. Bologna: Università di Bologna, 1995.

BOLTANSKI, L. **As Classes Sociais e o Corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm Acesso em: 20 de outubro de 2009.

CAPRARA, A.; FRANCO, LSA. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 15 n.3 p.647-654, 1999.

CORADINI, O. L. O recrutamento da elite, as mudanças na composição social e a crise da medicina no Rio Grande do Sul. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, Rio de Janeiro, vol 4 n. 2. p. 265-286, jul./out, 1997.

COSTA, Nilson do Rosário. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. In: EIBENSCHUTZ, Catalina (org.). **Política de Saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

DAMATTA, Roberto. **Carnavais, malandros e heróis: para uma sociologia do dilema brasileiro**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e Sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo: Editora Pioneira, 1975.

DRUMMOND, J.P.; SILVA, E. **Medicina baseada em evidências: novo paradigma assistencial e pedagógico**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998.

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Instituto_Nacional_do_Seguro_Social>. Acesso em: 19 de junho de 2009.

JASPERS, K. **Il Medico nell'Età della Tecnica**. Milano: Raffaello Cortina Editore, 1991.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/ABEM, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001.

PEREIRA, Luiza Helena. **Ouvidoria hospitalar**: disciplinamento e envolvimento como estratégias rumo à democratização. Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2000.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Estatísticas de Saúde, Assistência Médico-Sanitária – AMS/IBGE, Rio de Janeiro. Anos: 1976 – 1999.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 2001. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2001/coment2001.shtm>> Acesso em: 10 de junho de 2009.

QUIVY, Raymond. **Manual de investigação em ciências sociais**. Lisboa: Gradiva, 1995.

REGO, Sérgio. **A formação Ética dos Médicos**: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

SANTOS, Pedro Miguel dos. Profissão Médica no Brasil. In: MACHADO, Maria Helena. (org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

SANTOS, Tania Steren dos. 2002. **Carreira profissional e gênero**: a trajetória de homens e mulheres no contexto da feminização da medicina.

Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

SCHNEIDER, P. B. **Psicologia Medica**. Milano: Feltrinelli Editore, 1994.

SCHRAIBER, L. B. **Educação Médica e Capitalismo**. São Paulo:Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1989.

SCHRAIBER, L. B. **O Médico e seu Trabalho**: Limites da Liberdade. São Paulo: Editora Hucitec, 1993.

SPINK, Mary Jane. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano**: aproximações teóricas e metodológicas. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

VICENTE, P. **Sondagens** - A amostragem como factor decisivo da qualidade. Lisboa: Edições Silabo, 1996.

ANEXO 1 - ROTEIRO DE ENTREVISTA DOS MÉDICOS

TEMA: A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NOS SISTEMAS PÚBLICO E PRIVADO DE SAÚDE.

Esta entrevista é ANÔNIMA; a concessão da entrevista será considerada como consentimento. Garantimos a não identificação do entrevistado, enfatizando que o sucesso desta monografia de conclusão de curso em Sociologia depende principalmente da sua colaboração.

1) Sexo: 1 () Feminino 2 () Masculino

2) Estado Civil: 1 () Solteiro 2 () Casado 3 () Viúvo

3) Idade: _____

4) Onde você se formou em Medicina? _____

5) Ano da formatura: _____

6) Profissão do pai _____ 7) Profissão da mãe _____

8) Titulação mais alta obtida:

1 () Graduação 2 () Residência Médica 3 () Especialização

4 () Mestrado 5 () Doutorado 6 () Pós-Doutorado

7 () Livre-docente

9) Quais são as suas áreas de atuação? Em quais modalidades de trabalho (consultório, hospital etc.)?

10) Número de atividades profissionais que desempenha: (Em locais de trabalho diferentes)

1 () uma 2 () duas 3 () três 4 () quatro 5 () mais de quatro

11) Quantas horas (em média) trabalha por dia na sua profissão? _____

12) Se possui consultório particular, ele é de que tipo?

1 () próprio 2 () alugado 3 () cedido

13) Qual seu motivo principal de ter escolhido a Medicina (em geral)?

14) Qual seu motivo principal de ter escolhido a pediatria como especialidade?

15) O perfil do paciente do SUS é diferente do paciente que é atendido por plano de saúde privado? Quais são essas diferenças (a frequência do contato, a possibilidade de conhecer melhor o paciente, etc.)?

16) Você sabe quando está atendendo um paciente pelo SUS ou por plano de saúde privado no hospital, por exemplo, que atenda essas duas opções? Como?

17) Como você caracterizaria sua relação com seus pacientes? Isso vale tanto para os pacientes do SUS quanto para os pacientes de convênio?

18) A sua relação com seus pacientes implica numa relação diferente dependendo do sistema em que ele é atendido (SUS ou convênio)? Se sim, por quê?

19) Você busca entender a realidade dos pacientes, tanto do SUS quanto do convênio, para encaminhar procedimento e tratamentos? Exemplifique:

20) Qual o papel do paciente para o descobrimento da doença que se apresenta? O que é importante na anamnese para a relação médico-paciente?

21) Você percebe que os médicos em geral atendem os pacientes da mesma forma no SUS e no particular? Por quê?

22) Pacientes atendidos pelo SUS, podem apresentar perfis diferentes bem perceptíveis? E os pacientes do sistema privado também podem apresentar vários perfis de pacientes?

23) O que favorece no paciente para a formação do diagnóstico e o tratamento dele?

ANEXO II - ROTEIRO DE ENTREVISTA DAS USUÁRIAS

- 1) Sexo, Idade, Profissão, Escolaridade:

- 2) Como foi ou é a experiência de usar o SUS? Os médicos dão explicações detalhadas? Tem uma preocupação de serem entendidos e de explicar bem as doenças? Você pôde escolher os médicos? Relate como acontecem as consultas, se possível.

- 3) É difícil a consulta com especialistas no SUS? Como funciona?

- 4) Existe diferença de quem é atendido pelo SUS para quem é atendido por plano de saúde ou particular? Por quê? Como é o tratamento, tempo de consulta, os médicos lhe tratam com cortesia e personalidade?

- 5) O que lhe incomoda nos médicos? Você se sente examinado e cuidado por eles?

- 6) Os médicos têm a tendência de fazer muitos exames e não fazer diagnósticos clínicos? Em qual sistema, SUS ou convênio, se evidencia mais isso?