



Universidade de Brasília
Instituto de Letras
Departamento de Linguística, Português e Línguas Clássicas
Programa de Pós-Graduação em Linguística

**A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM SOBRAL, CEARÁ**

Júlia Salvador Argenta

Brasília – Distrito Federal
2018

Júlia Salvador Argenta

**A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM SOBRAL, CEARÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Linguística do Programa de Pós-Graduação em Linguística do Instituto de Letras da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Linguística

Brasília – Distrito Federal
2018

Júlia Salvador Argenta

**A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM SOBRAL, CEARÁ**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Linguística do Programa de Pós-Graduação em Linguística do Instituto de Letras da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Mestra em Linguística

Aprovada em: Brasília, 12 de dezembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Profa. Dra. Maria Izabel Santos Magalhães
PPGL/UnB

Membro: Profa. Dra. Kênia Lara Silva
Escola de Enfermagem/UFMG

Membro: Profa. Dra. Carmem Jená Machado Caetano
PPGL/UnB

Suplente: Profa. Dra. Juliana de Freitas Dias
PPGL/UnB

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Ac Argenta, Júlia Salvador
 A construção discursiva do vínculo terapêutico na
Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Sobral, Ceará /
Júlia Salvador Argenta; orientador Maria Izabel Santos
Magalhães. -- Brasília, 2018.
 363 p.

 Dissertação (Mestrado - Mestrado em Linguística) --
Universidade de Brasília, 2018.

 1. Vínculo terapêutico. 2. Construção discursiva. 3.
Estratégia de Saúde da Família - Atenção básica de saúde. 4.
Análise de Discurso Crítica. 5. Etnografia discursiva. I.
Magalhães, Maria Izabel Santos, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais, Zenith e Volnei, e à minha irmã, Thaís, que são meu porto seguro, meu núcleo familiar, de quem fiquei longe por quase dois anos, sentindo imensas saudades. Que não mediram esforços em me apoiar em todos os momentos, no que quer que tenha sido. Que, mesmo longe, conseguiram me abraçar, acalmar-me, enxugar minhas lágrimas, e vibrar, sorrir e comemorar cada pequena conquista comigo. Sem o apoio, o carinho e o amor deles, jamais estaria aqui. Amo vocês.

Separadamente, agradeço à minha mãe, Zenith, meu amor, de quem senti tantas saudades. Ela acompanhou de perto cada passo que eu dei, cada leitura que fiz, cada palavra que escrevi. Não tenho palavras para descrever tudo que ela fez por mim e todo o suporte e incentivo que ela me proporcionou. Espero que quem leia esta Dissertação veja não somente minhas palavras, mas toda a minha rede de apoio, que é encabeçada por essa mulher incrível, que é a minha mãe. Sou grata por tudo, mãe, e por todo seu amor. Amo-te incondicionalmente!

Agradeço ao meu pai maravilhoso, Volnei, que, sempre calmo e de bom humor, incentivou-me, fez-me rir e ensinou-me teorias ligadas ao evolucionismo para me explicar conceitos sociais e políticos em nossos longos debates ao telefone. Que me mandava notícias e reportagens sobre o SUS e sobre a saúde no Brasil, sempre que as via. E que me ensinou a instalar a máquina de lavar por vídeo-chamada do *WhatsApp*. Obrigada, pai, por tudo!

Agradeço à minha irmã linda, Thaís (Tuty para os íntimos), que mesmo cheia de atribuições das várias responsabilidades que pega pra si, sempre encontrou tempo para conversarmos e para dividirmos alegrias, novidades e angústias. E que me auxiliou na formatação final desta Dissertação. Essa mulher sensacional, perspicaz e cheia de garra merece tudo de mais maravilhoso que o mundo dispõe e espero poder contribuir para isso em breve. Obrigada, Tuty, por ser tão cheia de luz!

Agradeço ao meu namorado Matheus, por todo seu apoio, carinho, bom humor e amor. Agradeço ainda pela enorme paciência que teve em meus ápices de nervosismo. Esse ano foi cheio de vida, felicidade e engrandecimento também por causa de você, Matheus. *Love you to the moon and back!* Espero continuar ao seu lado para sempre!

Também, agradeço à Arlete e ao Eurisvaldo, pais do Matheus, por serem tão gentis e amáveis comigo. Sou muito grata!

Agradeço à minha orientadora, a profa. Dra. Izabel Magalhães, que me acompanha e orienta desde a graduação, quando fui sua bolsista de Iniciação Científica. Foi

por meio dela que eu me interessei e ingressei na vida acadêmica. Foi ela também que me apresentou a Análise de Discurso Crítica e a saúde como campo relevante de investigação. Agradeço, então, por tudo e, especificamente, por toda sua dedicação a esta Dissertação, com suas sugestões, correções e leituras meticolosas. Minha mais sincera gratidão!

Agradeço à banca examinadora, composta pela profa. Dra. Kênia Lara Silva, da UFMG, pela profa. Dra. Carmem Jená Machado Caetano e pela profa. Dra. Juliana de Freitas Dias, ambas do Programa de Pós-Graduação em Linguística, da UnB. Agradeço, de antemão, todas as contribuições e comentários que certamente aprofundarão esta Dissertação.

Agradeço à minha amiga Mayssara, pessoa fantástica, da alma bondosa e o coração imenso e quentinho, no qual ganhei um espacinho e refugiei-me tantos dias neste ano. Obrigada por toda a sabedoria, May! Saiba que sou muito grata por tudo e espero poder retribuir todo o carinho! A Juju tem o privilégio de ser sua filha!

Agradeço às minhas colegas de orientação Girlane, Jandira e Lorena, pelo apoio e pelas conversas leves e motivadoras.

Agradeço à minha amiga Andressa, nordestina como eu, que dividiu muitos momentos felizes e de diversão comigo. Que tem as gírias mais diferentes e está sempre com o astral alto e com um sorriso no rosto. Obrigada, amiga, por todos os nossos momentos felizes!

Agradeço aos meus amigos e familiares, especialmente à avó Vilma, a avó Aparecida, à Miquinha, ao Celsinho, à Tia Lidu, ao Artur, à Ananda, à Vanessa e à Gina que sei que torcem por mim e pelo meu sucesso. Obrigada!

Agradeço à família da Dona Eva e do Seu Zeca, pelos imprescindíveis suporte, ajuda e carinho nos meses iniciais de adaptação em Brasília. Gratidão!

Não poderia deixar de agradecer aos/às pacientes e profissionais de saúde participantes desta pesquisa pela confiança e pelas contribuições, que tornaram esta pesquisa possível. Meu genuíno respeito por cada um/a! Obrigada!

Agradeço, por fim, à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos de Mestrado.

RESUMO

A participação, por três anos, no projeto de pesquisa “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”, coordenado por Izabel Magalhães, ao qual esta pesquisa é vinculada, foi a motivação para esta pesquisa. Durante esse período, visitei Centros de Saúde da Família em seis cidades do Ceará, nos quais observei as condições de infraestrutura, o atendimento e as condições sociais das comunidades atendidas. Tal vivência gerou diversos questionamentos, em especial sobre o vínculo terapêutico entre pacientes e profissionais de saúde. Assim, esta dissertação é resultado de uma pesquisa etnográfico-discursiva que teve como objetivo a investigação da construção discursiva do vínculo terapêutico em um Centro de Saúde da Família, na cidade de Sobral, Ceará. Pesquisei como o vínculo terapêutico e os demais elementos da prática social da atenção básica de saúde de Sobral são *representados* nas falas de profissionais de saúde e pacientes e como elas sugerem relações de poder existentes na prática social estudada. Os dados gerados para esta análise foram dez entrevistas iniciais, sendo cinco com profissionais de saúde e cinco com pacientes; dez entrevistas pós-diários de participantes, em que cinco são com profissionais de saúde e cinco são com pacientes; e dois grupos focais, um com cada grupo. Além disso, quarenta e nove diários de participantes (vinte e cinco de profissionais de saúde e vinte e quatro de pacientes) e relatos de observação participante foram utilizados para suporte de análise da prática social. Esta dissertação teve como aporte teórico e metodológico a Análise de Discurso Crítica e a etnografia. Selecionei as categorias analíticas da transitividade, proposta pela Linguística Sistêmico-Funcional, da Teoria de Representações de Atores Sociais e da modalidade. A relevância social sobre a construção discursiva de aspectos da saúde, como o vínculo terapêutico, explicita-se na deficiência do sistema de saúde público do Brasil, que tem como público majoritário pessoas de baixa renda. Portanto, tratou-se também de uma pesquisa de cunho social. Os resultados da pesquisa indicaram que o vínculo terapêutico não é efetivamente construído; e, como há uma grande rotatividade de profissionais de saúde nos Centros de Saúde da Família, os/as profissionais de saúde lançam mão de “estratégias” para melhor conhecer os/as pacientes em curto prazo e cumprir as metas, fazendo, assim, com que o atendimento ocorra. Indicaram, ainda, que atores sociais em escala superior nas relações sociais (suprimidos discursivamente, por isso não há a definição de quem são esses atores), exteriores aos Centros de Saúde da Família, tomam decisões e adotam medidas de forma unilateral que atingem diretamente o trabalho desses/as profissionais, e que, conseqüentemente, afetam o atendimento que a comunidade recebe. Por fim, observou-se apatia nas falas de pacientes e profissionais de saúde, que revelam baixa expectativa de mudança, como efeito do que foi exposto. Essa apatia, no contexto do Ceará, estado do Nordeste do Brasil, parece estar intimamente relacionada com resquícios de mandonismo, uma espécie de poder de clã.

Palavras-chave: Vínculo terapêutico. Estratégia de Saúde da Família. Construção discursiva. Representação. Análise de Discurso Crítica.

ABSTRACT

The participation for three years in the research project “The Dialogue as an Instrument of Intervention of Health Professionals in Relation to Patients”, coordinated by Izabel Magalhães, to which this research is linked, was the motivation for this research. During this period, I visited Family Health Centers in six cities of Ceará, where I observed the conditions of infrastructure, healthcare and social conditions of the population. This experience has generated several questions, especially about the therapeutic bond between patients and health professionals. Thus, this M. A. thesis is the result of a discursive-ethnographic research, which aimed to investigate the discursive construction of the therapeutic bond in a Family Health Center/FHC in Sobral, Ceará. I investigated how the therapeutic bond and the other elements of the social practice of the basic health care in Sobral are *represented* in the talk of health professionals and patients and how they suggest existent power relations in the researched social practice. The generated data for this analysis were ten initial interviews, five with health professionals and five with patients; ten post-participants diaries interviews, in which five were with health professionals and five were with patients; and two focus groups, one with each group. In addition, forty-nine participants’ diaries (twenty-five of health professionals and twenty-four of patients) and accounts of participant observation were used to support the analysis of the social practice. This thesis had as theoretical and methodological contribution Critical Discourse Analysis and ethnography. We selected analytical categories of Transitivity, proposed by Systemic-Functional Linguistics, the Theory of Representations of Social Actors and modality. The social relevance of the discursive construction of aspects of health, such as the therapeutic bond, is explained by the inefficiency of the public health system in Brazil, which has low income people as the main users. Therefore, it is also a research of a social nature. The results of this research indicated that the therapeutic bond is not effectively built; and, as there is a great turnover of health professionals in Family Health Centers, these professionals use “strategies” to know patients better in the short term and meet the goals. This, consequently, makes the care occur. Moreover, they indicated that social actors at a higher level in social relations (discursively suppressed, therefore there is no definition of who these actors are), outside the Family Health Centers, make decisions and adopt measures unilaterally that directly affect the work of these professionals, which, consequently, affect the care that the community receives. Finally, there is apathy in the talk of patients and health professionals, who show a low expectation of change, as an effect of what was presented so far. This apathy, in the context of Ceará, a Northeastern state of Brazil, seems to be closely related to remnants of *mandonismo*, a kind of clan power.

Keywords: Therapeutic bond. Family Health Strategy. Discursive construction. Representation. Critical Discourse Analysis.

RESUMEN

La participación, por tres años, en el proyecto de investigación "El Diálogo como Instrumento de Intervención de Profesionales de la Salud en la Relación con Pacientes", coordinado por Izabel Magalhães, al que esta investigación está vinculada, fue la motivación para esta investigación. Durante ese período, visité Centros de Salud de la Familia en seis ciudades de Ceará, en los que observé las condiciones de infraestructura, la atención y las condiciones sociales de las comunidades atendidas. Tal vivencia generó diversos cuestionamientos, en especial sobre el vínculo terapéutico entre pacientes y profesionales de salud. Así, esta disertación es el resultado de una investigación etnográfica-discursiva que tuvo como objetivo la investigación de la construcción discursiva del vínculo terapéutico en un Centro de Salud de la Familia, en la ciudad de Sobral, Ceará. Yo buscaba cómo el vínculo terapéutico y los demás elementos de la práctica social de la atención básica de salud de Sobral son representados en las conversaciones de profesionales de salud y pacientes y como ellas sugieren relaciones de poder existentes en la práctica social estudiada. Los datos generados para este análisis fueron diez entrevistas iniciales, siendo cinco con profesionales de salud y cinco con pacientes; diez entrevistas post-diarios de participantes, en las que cinco fueron con profesionales de salud y cinco fueron con pacientes; y dos grupos focales, uno con cada grupo. Además, cuarenta y nueve diarios de participantes (veinticinco de profesionales de salud y veinticuatro de pacientes) y relatos de observación participante fueron utilizados para soporte de análisis de la práctica social. Esta disertación tuvo como aporte teórico y metodológico el Análisis Crítico del Discurso Crítico y la etnografía. Seleccionamos las categorías analíticas de la transitividad, propuesta por la Lingüística Sistémico-Funcional, de la Teoría de Representaciones de Actores Sociales y de la modalidad. La relevancia social sobre la construcción discursiva de aspectos de la salud, como el vínculo terapéutico, se explicita en la deficiencia del sistema de salud pública de Brasil, que tiene como público mayoritario a personas de bajos ingresos. Por lo tanto, se trató también de una investigación de cuño social. Los resultados de la investigación indicaron que el vínculo terapéutico no es efectivamente construido; y, como hay una gran rotación de profesionales de la salud en los Centros de Salud de la Familia, los/as profesionales de salud se basan en "estrategias" para conocer mejor a los/las pacientes a corto plazo y cumplir las metas, haciendo así, con que la atención ocurra. Indicaron además que actores sociales en escala superior en las relaciones sociales (suprimidos discursivamente, por eso no hay la definición de quiénes son esos actores), externos a los Centros de Salud de la Familia, toman decisiones y adoptan medidas de forma unilateral que alcanzan directamente el trabajo de esos/as profesionales, y que, consecuentemente, afectan la atención que la comunidad recibe. Por último, se observó apatía en las conversaciones de pacientes y profesionales de salud, que revelan baja expectativa de cambio, como efecto de lo expuesto. Esta apatía, en el contexto de Ceará, estado del Nordeste de Brasil, parece estar íntimamente relacionada con resquicios de *mandonismo*, una especie de poder de clan.

Palabras clave: Vínculo terapéutico. Estrategia de Salud de la Familia. Construcción discursiva. Representación. Análisis Crítico del Discurso.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Princípios organizativos da Estratégia de Saúde da Família.....	p. 31
Figura 2: Localização de Sobral no mapa do Ceará.....	p. 39
Figura 3: Vista panorâmica da cidade de Sobral-CE.....	p. 40
Figura 4: Igreja do Rosário de Sobral-CE.....	p. 42
Figura 5: Praça de Cuba em Sobral-CE.....	p. 42
Figura 6: Tipos de processos e seus principais verbos.....	p. 56
Figura 7: Rede de sistema da Representação de Atores Sociais.....	p. 63
Figura 8: Linha do tempo de pesquisa em Sobral de 2015 a 2018.....	p. 94
Figura 9: Nuvem de palavras a respeito do vínculo terapêutico.....	p. 97
Figura 10: Nuvem de palavras acerca da rotatividade de profissionais de saúde.....	p. 110
Figura 11: Relação de poder entre atores sociais.....	p. 121

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Linha do tempo dos programas e das políticas públicas apresentados nesta seção.....	p. 30
Quadro 2: Diretrizes da ESF.....	p. 32
Quadro 3: Tipos e modos de Processos relacionais.....	p. 60
Quadro 4: Primeiro roteiro de entrevista com profissionais de saúde.....	p. 74
Quadro 5: Primeiro roteiro de entrevista com pacientes.....	p. 75
Quadro 6: Segundo roteiro de entrevista com profissionais de saúde.....	p. 76
Quadro 7: Segundo roteiro de entrevista com pacientes.....	p. 76
Quadro 8: Convenções de transcrição (MAGALHÃES, 2000; SARANGI, 2010).....	p. 77
Quadro 9: Roteiro para grupo focal com pacientes.....	p. 79
Quadro 10: Roteiro para grupo focal com profissionais de saúde.....	p. 79
Quadro 11: Dados dos/as profissionais de saúde participantes da Pesquisa Inicial.....	p. 87
Quadro 12: Dados dos/as pacientes participantes da Pesquisa Inicial.....	p. 87
Quadro 13: Dados dos/as participantes definitivos/as do grupo de profissionais de saúde.....	p. 92
Quadro 14: Dados dos/as participantes definitivos do grupo de pacientes.....	p. 93
Quadro 15: Levantamento de dados gerados dos/as participantes definitivos/as.....	p. 93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEM – Associação Brasileira de Educação Médica

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem

ACS – Agente Comunitário/a de Saúde

ADC – Análise de Discurso Crítica

ADTO – Análise de Discurso Textualmente Orientada

APSP – Associação Paulista de Saúde Pública

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

ASERGHGHC – Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

CE – Ceará

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos da Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

CFM – Conselho Federal de Medicina

Circ. - Circunstância

COREN-PI – Conselho Regional de Enfermagem do Piauí

COSEMS-RJ – Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro

CREMERJ – Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro

CSDF – Conselho de Saúde do Distrito Federal

CSF – Centro de Saúde da Família

DEM – Democratas

Dr. - Doutor

EC – Emenda Constitucional

Elem. – Elemento

Enf. – Enfermeira

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FAPS – Fundo de Apoio à Assistência Social

FIO – Federação Interestadual dos Odontologistas

GSF – Gramática Sistemico-Funcional

HIV – Vírus de Imunodeficiência Humana

IAPS – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IFCE – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará

Inamps – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

Interp. – Interpessoal

ITTC – Instituto Terra, Trabalho e Cidadania

LC – Linguística Crítica

LSF – Linguística Sistemico-Funcional

MS – Ministério da Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAS – Programa Agentes de Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PP – Partido Progressista

PPGL – Programa de Pós-Graduação em Linguística

PSE – Programa Saúde na Escola

PSF – Programa Saúde da Família

SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatística

SBB – Sociedade Brasileira de Bioética

SEET – Sindicato de Enfermagem no Estado do Tocantins

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFC – Universidade Federal do Ceará

UVA – Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, VÍNCULO TERAPÊUTICO E CONTEXTO SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO.....	20
2.1	A SAÚDE NO BRASIL: DO INÍCIO DO SÉCULO XIX AOS DIAS ATUAIS.....	20
2.1.1	DO SÉCULO XIX À CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988.....	20
2.1.2	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ATRIBUIÇÕES.....	24
2.1.3	PRINCIPAIS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	26
2.2	ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE COMO INTERESSE DE ESTUDO.....	30
2.2.1	ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	30
2.2.1.1	<i>Vínculo terapêutico: definições e (recomendações de) práticas.....</i>	<i>33</i>
2.2.2	CONTEXTO SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO: SOBRAL-CE.....	38
2.3	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: 30 ANOS DE SERVIÇO E AVANÇO.....	43
2.3.1	TENTATIVAS DE DESMONTE DO SUS.....	44
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA, CONCEITOS-CHAVE E CATEGORIAS DE ANÁLISE	47
3.1	BREVE HISTÓRICO DA ADC.....	47
3.2	IDEOLOGIA.....	49
3.3	HEGEMONIA.....	51
3.4	DIALÉTICA DO DISCURSO	51
3.5	CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	54
3.5.1	DISCURSO COMO REPRESENTAÇÃO: TRANSITIVIDADE.....	55
3.5.1.1	<i>Orações materiais.....</i>	<i>57</i>
3.5.1.2	<i>Orações mentais.....</i>	<i>58</i>
3.5.1.3	<i>Orações relacionais.....</i>	<i>59</i>
3.5.1.4	<i>Orações existenciais.....</i>	<i>60</i>
3.5.1.5	<i>Orações verbais.....</i>	<i>61</i>
3.5.1.6	<i>Orações comportamentais.....</i>	<i>62</i>
3.5.2	DISCURSO COMO REPRESENTAÇÃO: TEORIA DE REPRESENTAÇÃO DE ATORES SOCIAIS.....	62
3.5.3	DISCURSO COMO IDENTIFICAÇÃO: MODALIDADE.....	65
4	METODOLOGIA.....	67
4.1	ABORDAGEM.....	67
4.1.1	ÉTICA EM PESQUISA.....	70

4.2	TÉCNICAS DE PESQUISA E TRIANGULAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA.....	72
4.2.1	TÉCNICAS DE PESQUISA.....	72
4.2.1.1	<i>(Relatos de) observação participante.....</i>	72
4.2.1.2	<i>Entrevistas semiestruturadas.....</i>	74
4.2.1.3	<i>Diários de participantes.....</i>	77
4.2.1.4	<i>Grupos focais.....</i>	78
4.2.1.5	<i>Oficinas.....</i>	79
4.2.2	TRIANGULAÇÃO (E VALIDAÇÃO) NA PESQUISA QUALITATIVA.....	81
4.3	CONTEXTO DE COLETA E DE GERAÇÃO DE DADOS: CSF OSWALDO CRUZ.....	83
4.4	RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CAMPO.....	84
4.4.1	ENTRADA EM CAMPO.....	84
4.4.2	PESQUISA INICIAL.....	85
4.4.3	SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA DE CAMPO.....	88
5	ANÁLISES.....	95
5.1	DEFINIÇÕES DE VÍNCULO TERAPÊUTICO.....	96
5.1.1	POSTURA PROFISSIONAL.....	97
5.1.2	FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO.....	102
5.2	ASPECTOS FAVORÁVEIS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO.....	105
5.2.1	ATENDIMENTO SATISFATÓRIO.....	105
5.2.2	INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	108
5.3	ASPECTOS DESFAVORÁVEIS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO.....	109
5.3.1	ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	110
5.3.2	ATENDIMENTO INSATISFATÓRIO.....	115
5.3.3	ALTA DEMANDA DE ATENDIMENTO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE.....	118
5.4	O VÍNCULO TERAPÊUTICO EM SOBRAL, CEARÁ.....	120
6	CONCLUSÃO.....	124
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
	APÊNDICE A – Entrevistas descartadas da Pesquisa Inicial.....	136
	APÊNDICE B – Primeiras entrevistas com pacientes.....	199
	APÊNDICE C – Primeiras entrevistas com profissionais de saúde.....	218
	APÊNDICE D – Proposta de diário de participantes para pacientes.....	258
	APÊNDICE E – Proposta de diário de participantes para profissionais de saúde.....	259

(enfermeiros/as e médicos/as).....	
APÊNDICE F – Proposta de diário de participantes para profissionais de saúde (Agentes Comunitários/as de Saúde).....	260
APÊNDICE G – Entrevistas pós-diários de participantes com pacientes.....	261
APÊNDICE H – Entrevistas pós-diários de participantes com profissionais de saúde.....	270
APÊNDICE I – Grupo focal com pacientes.....	282
APÊNDICE J – Grupo focal com profissionais de saúde.....	292
APÊNDICE K – Trechos selecionados para análise e trechos de suporte para análise.....	303
ANEXO A – Reportagem “O SUS que não se vê”.....	341
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde.....	350
ANEXO C – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes.....	354
ANEXO D – Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.....	358
ANEXO E – Autorização de realização de pesquisa em Sobral (2013).....	361
ANEXO F – Parecer da comissão científica de Sobral (2017).....	362

1 INTRODUÇÃO

Pesquisar a saúde comumente é papel de pesquisadores/as da Saúde Coletiva, da Enfermagem ou mesmo da Bioética. No entanto, estudos na Antropologia e na Linguística se fazem cada mais comuns, dada sua relevância no contexto social, tendo em vista que muitos desses estudos são qualitativos, com a atenção voltada para os atores sociais incluídos nas práticas de saúde. Além disso, estudos qualitativos na Linguística, em especial na Análise de Discurso Crítica/ADC, são necessários por entendermos que o discurso, enquanto ordem do discurso, é momento irreduzível da prática social. É com e pelo discurso que os atores sociais significam aspectos da vida, em termos de discursos, estilos e (inter)ação. Portanto, estudar as práticas de saúde por meio da ADC é investigar as estratégias linguísticas utilizadas para (re)significar os elementos componentes das práticas, bem como para identificar e desvelar possíveis ideologias presentes nos discursos apresentados.

Meu¹ interesse em investigar o vínculo terapêutico se deu por meio de minha participação, por três anos, em um projeto de pesquisa como bolsista de Iniciação Científica na graduação. O referido projeto intitulado “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”, coordenado por Izabel Magalhães, ao qual esta pesquisa está vinculada, investigou seis cidades do Ceará (Fortaleza, Pacatuba, Crato, Salitre, Croatá e Sobral) com o objetivo de entender o papel do discurso nas práticas de saúde da atenção básica de saúde. Para que isso fosse possível, outra bolsista e eu tínhamos como atribuições visitar Centros de Saúde da Família/CSF nessas cidades, conversar com a comunidade local, fazer entrevistas com profissionais de saúde e pacientes, realizar grupos focais, coletar artefatos (panfletos, fotos, pôsteres, cartilhas, cadernetas, entre outros materiais), observar consultas e preparar relatos sobre o que observávamos a cada dia.

Por isso, minha experiência em campo de pesquisa empírico nessas seis cidades, observando as diversas fragilidades no atendimento e na infraestrutura das cidades; meu conhecimento de que o vínculo terapêutico é basilar na Estratégia de Saúde da Família/ESF e aspecto fundamental para uma prestação de serviço qualificado e eficiente; e o contexto de baixo investimento em saúde no Brasil, proporcionaram-me questionamentos a respeito do vínculo terapêutico e de como ele é construído em tais condições. Esses questionamentos iniciais desdobraram-se nas seguintes perguntas motivadoras desta pesquisa:

1 Nesta dissertação, utilizo majoritariamente a 1ª pessoa do singular. Em alguns casos, utilizo a 1ª pessoa do plural, que serão justificados quando ocorrerem.

1. Como se dá a construção discursiva do vínculo terapêutico por pacientes e profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família?
2. Que elementos linguístico-textuais são usados por pacientes e profissionais de saúde no contexto da Estratégia de Saúde da Família da cidade de Sobral-CE?
3. Qual é a dialética entre discurso e prática social na relação entre pacientes e profissionais de saúde da Estratégia de Saúde Família da cidade de Sobral-CE?
4. Qual é a relação entre os dados e o vínculo terapêutico?

Portanto, o meu principal objetivo foi **investigar e analisar a construção discursiva do vínculo terapêutico entre pacientes e profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família.**

Para responder essas perguntas, inicio a dissertação apresentando um capítulo sobre a história da saúde no Brasil, desde o século XIX, passando pelo período da ditadura militar, até a criação do Sistema Único de Saúde/SUS, com suas atribuições e seus objetivos. Depois, delimito o texto sobre a ESF, responsável pelo atendimento básico de saúde, os programas que foram criados para auxiliá-la, bem como seus objetivos e suas premissas. Como uma das premissas da ESF é a construção do vínculo terapêutico entre os/as pacientes e os/as profissionais de saúde e este é objeto de investigação desta pesquisa, dedico parte do capítulo para revisão de literatura acerca das definições de vínculo terapêutico em trabalhos científicos da Saúde Coletiva. Em seguida, apresento a cidade de Sobral, como o contexto de investigação da pesquisa. Por fim, apresento uma seção sobre os trinta anos do SUS, que completaram em 2018, bem como sobre as recentes tentativas de desmonte dele e como isso prejudicaria a população atendida.

No Capítulo 3, destinado à discussão teórica que embasou a análise linguística desta pesquisa, discorro brevemente sobre a história da ADC e seus conceitos basilares (ideologia, hegemonia, discurso, ordem do discurso, texto, evento social, prática social, estrutura social e dialética do discurso). Na segunda parte do capítulo, apresento as três categorias de análise utilizadas para as análises, que são a Transitividade, proposta pela Linguística Sistêmico-Funcional, a Teoria da Representação de Atores Sociais, de van Leeuwen e a modalidade, proposta por Fairclough. Adianto que a modalidade, por mais que seja mais relacionada ao Significado Identificacional do Discurso, foi usada para auxiliar no entendimento das Representações, tendo em vista que os Significados se complementam e não possuem fronteiras claramente demarcadas.

O Capítulo 4 é destinado para a discussão dos aspectos metodológicos da pesquisa, a definição da etnografia discursiva e a explicação das técnicas de geração

(entrevistas, diários de participantes e grupos focais) e de coleta de dados (observação participante, com produção de relatos), seguida de uma explanação sobre (os tipos de) triangulação de dados e a relevância dela para pesquisas qualitativas, como essa. Depois, refino o olhar sobre o campo de pesquisa, apresentando o CSF Oswaldo Cruz, escolhido para a investigação. Para finalizar o capítulo, apresento relatos de campo, em que conto como foi o primeiro contato com Sobral, que se deu ainda em 2015, quando realizei pesquisa de campo nessa cidade como bolsista de Iniciação Científica na graduação, para o projeto “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”; como foi a Pesquisa Inicial desenvolvida em Novembro de 2017; e como foi a segunda etapa de pesquisa de campo.

As análises dos dados gerados são apresentados no Capítulo 5, que se divide em duas grandes partes. A primeira, reservada para descrição e interpretação dos dados, foi desenvolvida por meio da análise linguística de sessenta orações,² retiradas de dezenove trechos selecionados de falas dos/as participantes, por meio do uso das categorias analíticas descritas no Capítulo 3. Tais trechos estão agrupados no Apêndice K, junto de demais trechos escolhidos que dão suporte direto às análises. A título de informação, esclareço que as entrevistas e os grupos focais dos quais foram retirados esses trechos estão disponibilizados na íntegra também (veja Apêndices B, C e G a J). Essas dezenove falas foram divididas em três tópicos: descrições de vínculo terapêutico, aspectos favoráveis para a consolidação do vínculo terapêutico e aspectos que prejudicam essa consolidação. É nessa primeira parte que as três primeiras perguntas são respondidas. A segunda parte, por outro lado, foi destinada à explanação da prática social investigada, com vista a interligar os dados obtidos nas análises linguísticas com outros elementos da prática e com o vínculo terapêutico. Com base no que foi explanado, a quarta questão foi respondida.

Ao final, apresento as Conclusões da pesquisa, com o objetivo de sintetizar o que foi encontrado de relevante, fazendo, principalmente, uma reflexão sobre a metodologia escolhida e sobre as análises.

2 Este número não foi selecionado previamente; ele é consequência da análise das orações no capítulo 5, que totalizaram sessenta.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, VÍNCULO TERAPÊUTICO E CONTEXTO SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO

2.1 A SAÚDE NO BRASIL: DO INÍCIO DO SÉCULO XIX AOS DIAS ATUAIS

Esta seção está subdividida em três partes. A primeira traz uma recapitulação de como era a saúde do Brasil, desde o início do século XIX até o fim da ditadura militar em 1985 e finaliza com o início do planejamento da Constituição Federal de 1988 – objeto de estudo da segunda parte. Nessa, apresento o SUS como direito do cidadão e dever do Estado, sua formação, seus princípios e diretrizes, e suas atribuições. Finalizando, na terceira parte, apresento sucintamente alguns programas e políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

2.1.1 DO SÉCULO XIX À CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

A saúde é algo básico a todo ser vivo, desde o início da formação dos primeiros micro-organismos no processo de formação da terra e de evolução. Porém, no Brasil, ela começou a ser alvo de preocupação dos governantes apenas a partir da chegada da Família Real portuguesa no início do século XIX, em que foram criados os cursos de medicina, química e cirurgia. Os/as profissionais formados/as nessa época serviam à burguesia, com o intuito de torná-la “mais civilizada, higienizada, moralmente sadia, de forma a suprir os problemas do Rio de Janeiro e estruturar o estilo de vida das classes mais abastadas” (BERCHO, 2013, p. 51). Em contrapartida, os pobres eram atendidos por entidades filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia,³ que até hoje funcionam com apoio do SUS. Foi objetivo do período imperial a estruturação do saneamento básico, haja vista que a higiene era precária, com esgotos a céu aberto e lixo depositado em valas (como ainda vemos até hoje em muitos locais) de forma generalizada. Objetivava-se, então, cessar as endemias de febre amarela, peste bubônica, varíola e malária. Criaram-se as primeiras vacinas e houve pânico massivo da população (BERCHO, 2013; GAGLIARDO, 2015). Assim continuou depois da libertação dos escravos e do fim do período imperial nos anos de 1888 e 1889, com a ressalva de ter sido feita uma “reforma sanitária” para o recebimento dos imigrantes, que se configuravam como a nova mão de obra do país.

3 De acordo com o site oficial da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, as primeiras Santas Casas surgiram a partir de 1543, poucos anos depois da chegada dos portugueses no Brasil. Disponível em: <<https://www.cmb.org.br/cmb/index.php/institucional/quem-somos/historico>>. Acesso em: 15 de maio de 2018.

Somente a partir de 1923, com a lei Elói Chaves, foi instituído um modelo de assistência à saúde, em que trabalhadores, mediante suas contribuições, tinham as Caixas de Aposentadoria e Pensão/CAPs. Com a pressão popular, já no governo de Getúlio Vargas, ampliou-se o grupo de pessoas que poderiam ter acesso à saúde e transformaram-se as CAPs em Instituto de Aposentadorias e Pensões/IAPS (CARVALHO, 2013).

Desde o primeiro período getulista no Brasil até o governo de João Goulart, houve três marcos: a) em 1942, foi instaurado, com apoio financeiro dos Estados Unidos, o Serviço Especial de Saúde Pública/SESP, que se responsabilizava em atender a população que extraía borracha e manganês, principalmente no período da Segunda Guerra Mundial; b) em 1953, foi criado o Ministério da Saúde/MS; c) em 1963, um ano antes da ditadura militar, houve a 3ª Conferência Nacional de Saúde, que levantou duas bandeiras: pela existência de um sistema de saúde para todos, como direito, e pela descentralização da saúde, com foco no protagonismo do município. A ditadura militar ceifou essas propostas em seu primeiro ano (CARVALHO, 2013).

Em 1966, os IAPs foram substituídos pelo Instituto Nacional de Previdência Social/INPS, que por sua vez foi substituído, em 1977, pelo Instituto de Assistência Médica da Previdência Social/Inamps. Apesar dessas substituições, o sistema de acesso aos serviços ofertados era o mesmo: as pessoas precisavam contribuir para a previdência para poderem ser consultadas. É importante enfatizar que mesmo que já existisse o MS, o Inamps era regulamentado pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Durante todo o período da ditadura, o Inamps funcionou por meio de convênios com a rede privada, em que havia incentivo para a formação de empresas particulares de atenção à saúde, pois o pensamento da ditadura era de que se havia empresas, havia progresso. Portanto, foi criado o Fundo de Apoio à Assistência Social/FAPS, que financiava as construções de hospitais particulares. O Inamps, já existente, contratava, por sua vez, esses hospitais para prestar serviço para a Previdência (MATHIAS, 2018). Ou seja, era um jogo muito lucrativo para a iniciativa privada.

Resumindo, no período militar, a população pobre sofria à míngua com doenças infecciosas “simples”, que poderiam ser combatidas com políticas de prevenção de doenças e promoção de saúde, o foco era a recuperação de doenças degenerativas sofridas pela elite. Além disso, a mortalidade infantil era alarmante e a expectativa de vida não passava dos cinquenta anos. Isso começou a mudar com o Movimento Sanitarista, que resistia ao regime

militar, com uma visão marxista da saúde e uma teoria social da medicina.⁴ Esse grupo lutava pela

universalização do acesso aos serviços de saúde; concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reordenamento do setor com uma nova perspectiva sobre a saúde individual e coletiva; criação de um sistema único de saúde com predomínio do setor público; descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde; financiamento efetivo; além da participação e controle da população através dos conselhos de saúde (SILVA, 2013, p. 138).

Esse grupo de estudiosos ajudou na implantação de “postinhos de saúde”, que funcionavam na periferia de forma gratuita, com atendimentos semanais. Esse movimento foi ganhando força, até que a população atendida pelo Inamps começou a usufruir desse atendimento também. Com isso, o Governo viu que a centralização do investimento em saúde em nível federal precisava ser repensada. Em 1983, o Governo Federal começou a fazer convênios com as prefeituras, chegando a dobrar o orçamento municipal de saúde. Houve um salto na atenção à saúde (CEE-FIOCRUZ, 2018).

Acabado o período de ditadura militar no Brasil, em 1986, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa conferência, sanitaristas discutiram a necessidade de uma Reforma Sanitária, em que foram debatidos assuntos como a saúde em termos de direito do cidadão e cidadã, a reformulação do sistema de saúde e a descentralização financeira (GALLO *et al*, 1988; PAIM, 1992; CRUZ, 2011; CARVALHO, 2013). A Reforma Sanitária seria uma “ampliação dos direitos de cidadania às camadas sociais marginalizadas no processo histórico de acumulação capital” (GALLO *et al*, 1988, p. 414). Sintetizando os vários motivos pelas quais havia a necessidade urgente de se transformar a saúde brasileira, apresento, a seguir, as razões elencadas no documento “O ABC do SUS”:

- um quadro de doenças [...] que o velho sistema de saúde não conseguia enfrentar com decisão;
- completa irracionalidade e desintegração das unidades de saúde, [...];
- excessiva centralização implicando por vezes em impropriedade das decisões pela distância de Brasília dos locais onde ocorrem os problemas;
- recursos financeiros insuficientes [...];
- desperdício dos recursos alocados para a saúde, estimado nacionalmente em, pelo menos 30%, produzido por incompetência gerencial;
- baixa cobertura assistencial da população, com segmentos populacionais excluídos do atendimento, especialmente os mais pobres e nas regiões mais carentes;
- falta de definição clara das competências dos vários órgãos e instâncias político-administrativas do sistema [...];
- desempenho desordenado dos órgãos públicos e privados conveniados e contratados, acarretando [...] desperdícios de recursos e mau atendimento à população;
- insatisfação dos profissionais da área da saúde [...];

4 Para mais informações, acessar o *website* da Biblioteca Sérgio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz/Fiocruz, em: <<https://bvsaouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 15 de maio de 2018.

- insatisfação da população com os profissionais da saúde pela aparente irresponsabilidade para com os doentes, greves frequentes, frequentes erros médicos e corporativismo se sobrepondo à saúde do povo;
- baixa qualidade dos serviços oferecidos em termos de equipamentos e serviços profissionais;
- ausência de critérios e de transparência dos gastos públicos, bem como de participação da população na formulação e gestão das políticas de saúde;
- falta de mecanismos de acompanhamento, controle e avaliação dos serviços;
- imensa preocupação e insatisfação da população com o atendimento à sua saúde (BRASIL, 1990a, p. 3).

Como consequência disso e com a nova Constituição Federal de 1988, doravante CF 1988, criou-se o SUS, através de seus artigos 196 a 200. A partir desse momento, a saúde tornou-se “direito de todos e dever do Estado, garantido [...] acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua **promoção, proteção e recuperação**” (BRASIL, 1988a, art. 196, grifo meu), em que se propunha: “I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas [...]; III – participação da comunidade” (BRASIL, 1988a, art. 198).⁵ Portanto, incorporou-se que a saúde dos/as cidadãos/ãs não depende apenas de seus próprios corpos, mas é condicionada por fatores geográficos, alimentícios e habitacionais, pela qualidade da água, pelo meio socioeconômico (ocupação, renda e educação), por fatores biológicos, e, principalmente, pelo acesso a **serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde** (BRASIL, 1988b).

Com isso, iniciaram-se reflexões práticas acerca dos aspectos que deveriam compor o SUS e suas atribuições (CRUZ, 2011). Foram formuladas as duas leis principais que o regulamentam: a Lei 8.808/90 e a Lei 8.142/90. O foco na promoção, proteção e recuperação da saúde perdura. Carvalho (2013) define “promoção de saúde” como um processo de capacitação da comunidade em vista da melhoria da qualidade de acesso à saúde, visando à modificação positiva do meio ambiente que a favoreça; como (a tentativa de) eliminação dos riscos e causas de doenças com medidas diretas (vacinação, exames preventivos, campanhas de escovação e campanhas contra o mosquito da dengue, por exemplo) e indiretas (principalmente se pensarmos na prevenção de agravos de doenças crônicas, em que a alimentação para diabéticos/as é essencial e costumeiramente reforçada nas consultas); e como “recuperação de saúde” (a mais evidente) como os tratamentos clínicos para cuidar dos adoentados. Com essas duas leis, os princípios, as diretrizes do SUS e outras atribuições foram estabelecidas, que serão comentadas na seção seguinte.

5 Diretrizes do SUS (BRASIL 1988a).

2.1.2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: PRINCÍPIOS, DIRETRIZES E ATRIBUIÇÕES

As leis 8.080/90 e a 8.124/90 regulamentam o SUS, haja vista que a CF 1988 não contemplou esses aspectos. Ressalto que o SUS foi desenvolvido com o passar dos anos por meio de intensos debates de estudiosos, legisladores e sanitaristas. A lei 8.080/90, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, descreve as diretrizes e os princípios do SUS e suas atribuições.

Quanto às diretrizes, a CF 1988 aponta três diretrizes para o novo sistema de saúde, apontadas na seção anterior. Em conformidade a isso, a lei 8.080 as mantém e institui os treze princípios pelos quais as diretrizes serão contempladas. Descrevo, brevemente, os dez primeiros,⁶ lembrando que não são conceitos estáticos e com seus limites bem definidos, pois muitos se sobrepõem e complementam-se. O primeiro é a universalidade do direito à saúde, que garante o acesso gratuito, irrestrito, igualitário e sem privilégios ou barreiras em todos os níveis de assistência, respeitando-se a hierarquização dos serviços (BRASIL, 1990b; CRUZ, 2011). Em seguida, há a integralidade de assistência, que, de acordo com Carvalho (2013, p. 14) pode ser considerada sob duas perspectivas: a “integralidade vertical que lembra a necessidade de se ver o ser humano como um todo e não apenas como um somatório de órgãos e aparelhos”; e “a integralidade horizontal onde se entende que a ação deva abranger seus três enfoques: promoção, proteção e recuperação da saúde”. Isso significa dizer que o/a paciente é um agente participante e transformador da saúde e da comunidade (CRUZ, 2011).

O terceiro princípio é a autonomia das pessoas, que deve ser preservada, em consonância com o princípio anterior da integralidade (tanto física, quanto moral), respeitando-se a liberdade de decisão dos/as pacientes e o direito à informação. A igualdade de acesso é o princípio seguinte, que destaca a não discriminação dos/as pacientes quanto as suas necessidades de atendimento, bem como a não diferenciação da qualidade da atenção.⁷ O direito à informação é outro princípio do SUS, que se entrecruza com o da autonomia e com o da divulgação de informação, e objetiva garantir o direito de os/as pacientes terem acesso a todas as informações a respeito de seu quadro de saúde e de doença, sendo elas de sua propriedade, e do funcionamento de serviços de saúde ofertados em sua comunidade e/ou município (CARVALHO, 2013; MOURA, 2008).

6 Os três últimos não foram definidos aqui por retomarem os princípios de descentralização do serviço e da integralidade e da igualdade de acesso.

7 A não discriminação não está relacionada apenas aos aspectos de saúde dos/as pacientes, respeitando-se também o art. 5 da CF 1988 que diz: “Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988a).

O princípio seguinte usa a epidemiologia como base para a oferta de ações e serviços de saúde. Um exemplo prático é quanto à dengue, muito incidente no estado de Goiás, mas pouco comum no Rio Grande do Sul, ocasionando, assim, maior oferta de ações preventivas e de campanhas de conscientização e fiscalização de foco de dengue naquele estado do que neste. O oitavo princípio é sobre a participação da comunidade, sobre a qual a lei 8.142/90 dispõe.⁸ O nono princípio versa sobre a descentralização da saúde, que estabelece que todos os níveis de esfera pública (local, municipal, estadual e federal) são encarregados de fazer saúde, cada um com suas atribuições.⁹ O foco está no nível local e municipal, sob o argumento de que é o município que sabe o que é vital, básico e urgente para as comunidades que gere, favorecendo também o controle da população sobre o que é feito ou não em relação à saúde (BRASIL, 1990a; CARVALHO, 2013). Por fim, o princípio de integração das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico visa melhorar as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças, visto que o saneamento básico é fundamental para evitar ratos e outros animais transmissores de doenças, que podem gerar epidemias.

Expostos os princípios que regem o SUS, passo agora para a descrição das atribuições de nosso sistema de saúde. A lei 8.080/90 dispõe, em seu artigo 6, que ao SUS compete:

- I – a execução de ações: a) de vigilância sanitária; b) de vigilância epidemiológica; c) de saúde do trabalhador; e d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- II – a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;
- III – a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV – a vigilância nutricional e a orientação alimentar;
- V – a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- VI – a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- VII – o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;
- VIII – a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;
- IX – a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- X – o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;
- XI – a formulação e execução da política de sangue e seus derivados (BRASIL, 1990b, art. 6).

É possível observar que o SUS é muito maior do que se pode pensar. Como apontado em reportagem da revista RADIS Comunicação em Saúde, diversas dimensões do

8 Recomendo a leitura da lei para os interessados nesse assunto.

9 Sugiro a leitura do trabalho de Silva (1996), que traz um aprofundamento da descentralização do SUS e a compilação de competências de cada esfera governamental.

SUS ainda passam despercebidas por mais de 34% da população, pois afirmam que nunca utilizaram o SUS. No entanto, o que esses 34,6% não sabem, por exemplo, é que a vigilância sanitária, as pesquisas científicas, os transplantes de órgãos, os bancos de sangue, a regulação da saúde, o registro e a fiscalização de medicamentos, a atenção básica de saúde e o tratamento do Vírus de Imunodeficiência Humana/HIV, para citar alguns, são atribuições que competem 100% ao SUS (DE LAVOR;DOMINGUEZ;MACHADO, 2011). Assim, por mais que existam a invisibilidade de setores do SUS e inúmeras falhas, cabe a nós, pesquisadores/as do SUS, apontar sua **existência, relevância e imprescindibilidade**, tanto para as pessoas mais carentes, que dependem parcial ou totalmente dos serviços de atenção direta do SUS em todos os níveis, quanto para a sociedade em geral. Afinal de contas, o que seria do Brasil hoje sem um banco de sangue? Provavelmente, voltaríamos à situação vivida antes e durante a ditadura militar, em que havia tráfico de sangue, com alto índice de transmissão de doenças (HIV e hepatite foram as principais, fazendo inúmeras vítimas, dentre elas o sociólogo Herbert Souza, conhecido como Betinho, que era hemofílico e contraiu HIV em uma dessas transfusões). Se não existisse o SUS, não haveria acesso a tratamento gratuito e garantido (CEE-FIOCRUZ, 2018). Retomarei essa discussão no último tópico do capítulo, em que discuto as ameaças ao SUS desde 2016.

A seguir, apresento alguns programas de atendimento à saúde e políticas públicas em saúde desenvolvidos pelo SUS desde sua criação. O objetivo é mostrar a abrangência e a complexidade do sistema público de saúde brasileiro.

2.1.3 PRINCIPAIS PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE¹⁰

O primeiro programa mais exitoso, que objetivava a estruturação da atenção básica de saúde, pelo SUS foi o Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS, desenvolvido inicialmente no Ceará, nas cidades de Jucás e Quixadá (ÁVILA, 2011). O Ceará passou por uma seca muito forte em 1987 e 1988 (e alta taxa de mortalidade infantil), fazendo com que houvesse um Programa de Emergência, que disseminou a experiência de Jucás. Então, contratou-se 6.000 (seis mil) mulheres pobres do sertão, que fossem respeitadas e conhecidas na comunidade e capazes de realizar seu trabalho. Seus deveres constituíam-se de fazer busca ativa de gestantes, encaminhando-as para o pré-natal em uma maternidade, levar

¹⁰ O uso do termo “principais”, aqui, refere-se majoritariamente a escolhas minhas quanto a programas do SUS, com especial foco de concentração para a atenção básica de saúde, que é de interesse deste trabalho. Porém, também se relaciona diretamente com o Pacto pela Saúde, maior política pública do SUS, que como apresento no corpo da seção, configura-se como fundamental para a descrição do plano de execução da descentralização do SUS e a definição de atividades conforme a esfera governamental.

as crianças para vacinação, e dar orientação de higiene para crianças e para a casa (ÁVILA, 2011). Desse modo, o Programa de Emergência gerava renda para famílias miseráveis, auxiliava na mudança de indicadores alarmantes da saúde infantil e melhorava a visão de mudanças que o Ciclo Jereissati¹¹ havia iniciado (ÁVILA, 2011). Com o fim da estiagem, o programa deixou de ser considerado emergencial e passou a ser permanente, com o objetivo de disseminar “ações básicas de saúde materno-infantil, caracterizadas, então, como ações simplificadas e de baixo custo, constituindo-se no principal programa de saúde pública do ciclo Jereissati” (ÁVILA, 2011, p. 163). Também houve a criação do Programa Agentes de Saúde/PAS, por meio do Decreto nº 19.945, de janeiro de 1989; sendo regulamentado em 1994, pela Portaria nº 232/92 e pelo Decreto nº 23.079. Quando virou um programa nacional, gerenciado pelo MS, o PAS passou a ser chamado de PACS.

De acordo com o Ministério da Saúde, a meta principal do PACS era contribuir “para a reorganização dos serviços municipais de saúde e na integração das ações entre os diversos profissionais, com vistas à ligação efetiva entre a comunidade e as unidades de saúde” (BRASIL, 2001, p. 5). Resultando de muita luta por parte dos/as Agentes Comunitários/as de Saúde/ACs, através da lei de número 10.507/02, o poder público reconheceu a profissão Agente Comunitário de Saúde e atribuiu suas atividades (LOPES, 2003; LEVY;MATOS;TOMITA, 2004), que foram mais especificadas na lei 11.350/06, que revoga a anterior. Seguindo a cronologia dos programas, entre 1993 e 1994, criou-se o Programa de Saúde da Família/PSF, hoje chamado de Estratégia de Saúde da Família/ESF (BRASIL, 2010a). Por ser de interesse direto deste estudo, não aprofundo os conhecimentos sobre esse programa nesta seção, mas sim na próxima, exclusiva para o debate teórico-metodológico da ESF e seus marcos temporais.

Observando-se que havia avanços consideráveis na descentralização do SUS e na regionalização dos cuidados, percebeu-se que outros campos ainda precisavam de melhorias significativas, pois havia uma “fragmentação dos processos de trabalho [que] esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde, entre estes e os usuários”, que fragilizava o trabalho em equipe, “assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva das práticas do cuidado” (BRASIL, 2005, p. 7). Para tentar superar esses problemas, o Ministério da Saúde/MS desenvolveu a Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS, em 2003. Entender a humanização como uma dimensão fundamental das práticas de saúde é o primeiro

11 Período em que o ex-governador Tasso Jereissati governou por três mandatos, sendo dois deles separados por um mandato do ex-governador Ciro Gomes, que deu prosseguimento aos projetos de Jereissati.

passo para justificar o HumanizaSUS como uma política pública em saúde¹² e não um programa. Portanto, “a humanização como uma política transversal supõe necessariamente ultrapassar as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes saberes/poderes que se ocupam da produção da saúde” e para o combate das relações assimétricas de poder entre os diferentes atores sociais presentes nas práticas sociais de saúde (BRASIL, 2005, p. 7).

Em 2004, foi criado o Programa Farmácia Popular do Brasil, que veio como uma tentativa de aumentar a garantia de acesso a medicamentos essenciais à população e de diminuir as “dificuldades na provisão pública” e o “padrão desigual de gasto das famílias brasileiras” (SILVA;CAETANO, 2015, p. 2944). Esse programa provê medicamentos com sistema de copagamento pelos/as pacientes, ou seja, a maior parte do valor dos remédios é subsidiada pelo Governo Federal e o restante do valor (muitas vezes ínfimo) é pago pelo/a paciente; esses medicamentos são vendidos em Farmácias Populares (BRASIL, 2008). Com o crescimento do programa, em 2011, o MS fez acordos com farmácias varejistas e selecionou um grupo de medicamentos específicos que teriam isenção de copagamento (SILVA;CAETANO, 2015).

Em 2006, o Pacto da Saúde foi instituído, com o propósito de unir esforços da União, dos estados e dos municípios para a efetivação e o melhoramento do atendimento à saúde, com foco especial em alguns tipos de atendimento e de grupos (como o atendimento ao idoso, saúde mental, saúde do trabalhador). Também foram estabelecidas metas e compromissos para cada um desses três níveis de governo no processo de descentralização da saúde (BRASIL, 2006). Em 2007, foi instituído o Programa de Saúde na Escola/PSE, que “resulta do trabalho integrado entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, na perspectiva de ampliar as ações específicas de saúde [prevenção, promoção e atenção à saúde] aos alunos da rede pública de ensino” (BRASIL, 2009, p. 10) e “promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes e fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo” (AITH, 2013, p. 152).

O último programa que apresentarei aqui é o Programa Mais Médicos/PMM, que foi instituído em 2013, através da Medida Provisória (convertida na lei 12.871/13) e gerou muito debate e resistência por parte de profissionais médicos e de setores conservadores (ALESSIO;SOUSA, 2017). O PMM nasceu da constatação que a ESF estava estagnada há

12 Políticas públicas podem ser definidas como “conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades governamentais relacionadas às tarefas de interesse público” (LUCCHESI, 2004, p. 3). Já as políticas públicas em saúde visam regular atividades para a “melhoria das condições de saúde da população e dos ambientes natural, social e do trabalho” (LUCCHESI, 2004, p. 3).

anos, principalmente pela dificuldade de gestores/as de municípios pouco desenvolvidos em conseguir fixar médicos/as nas equipes de saúde da família. Consequentemente, os/as médicos/as a cada mil habitantes (1,8) eram mal distribuídos, com muitos/as médicos/as nos grandes centros urbanos e poucos/as ou nenhum/a em comunidades carentes e interioranas. Outro ponto é quanto ao protecionismo da “categoria médica” quanto à atuação de médicos/as estrangeiros/as em nosso país, que corresponde a apenas 1,9% do total de profissionais em atividade. O PMM é uma das maiores iniciativas nacionais e mundiais para enfrentar esses problemas (PINTO *et al*, 2017).

O PMM funciona em três eixos: o de Provimento Emergencial, que tem o objetivo de levar médicos/as a populações com maior necessidade e vulnerabilidade, que, ao mesmo tempo, auxiliará na qualificação de demais profissionais envolvidos na atenção básica (BRASIL, 2015). Para ilustrar a relevância desse programa, relato que durante a pesquisa de campo do projeto “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”, tive a oportunidade de conhecer dois médicos cubanos que participavam do PMM, um em Salitre e outro em Croatá. A realidade de Salitre é muito difícil, sendo a cidade de menor IDH do estado do Ceará por dois censos consecutivos (2000 e 2010). Antes do PMM, não havia médicos/as para atender toda a população (os/as que havia faziam atendimentos no hospital da cidade). Um dos médicos que conheci era responsável por atender a comunidade do CSF do centro da cidade em três dias da semana e passar outro dia inteiro em uma zona rural, atendendo a comunidade de lá. Não acompanhei o atendimento nessa localidade rural, mas minha colega bolsista sim, e ela me relatou que chegavam a mais de cinquenta atendimentos diários, pela vulnerabilidade extrema daquelas pessoas.

O segundo eixo é o de Investimento na Infraestrutura da Rede de Serviços Básicos de Saúde que está associada a uma série de iniciativas de melhoria da infraestrutura da atenção básica (por exemplo a informatização dos CSFs). O terceiro eixo está relacionado à Formação Médica no Brasil, em que foi estipulado um conjunto de medidas estruturantes em médio e longo prazos relacionados à formação de novos/as médicos/as (BRASIL, 2015). Falarei sobre as tentativas de desmontes do PMM (desde o início dele até hoje, cinco anos depois) na última seção deste capítulo. A seguir, apresentarei uma linha do tempo com programas e políticas públicas apresentadas até aqui.

Quadro 1: Linha do tempo dos programas e das políticas públicas apresentados nesta seção

Ano	Programa / Política Pública
1991	Programa de Agentes Comunitários de Saúde/PACS
1993/1994	Programa de Saúde da Família
2003	Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS
2004	Programa Farmácia Popular do Brasil
2006	Pacto pela Saúde
2007	Programa Saúde na Escola
2013	Programa Mais Médicos

Na próxima seção, aprofundarei acerca da Estratégia de Saúde da Família e seus componentes, haja vista que foi ela o foco de investigação que gerou esta dissertação. Também descreverei o contexto social de investigação, que foi a cidade de Sobral, no estado do Ceará.

2.2 ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE COMO INTERESSE DE ESTUDO

2.2.1 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

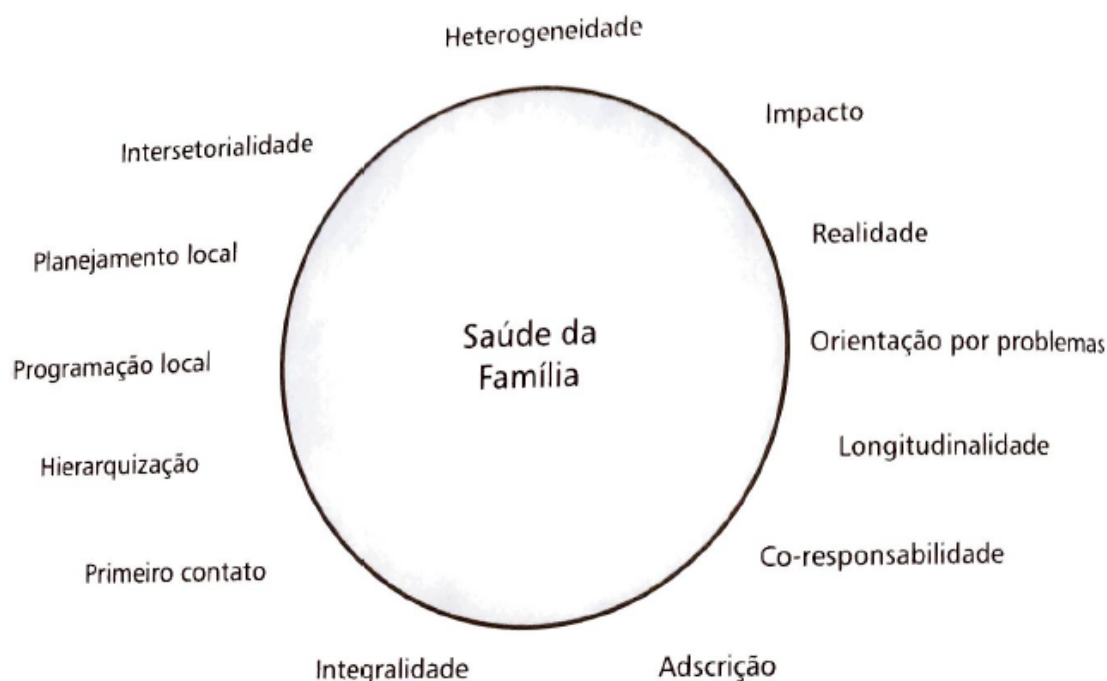
Aqui, apresentarei a Estratégia de Saúde da Família/ESF, que inicialmente se chamava Programa de Saúde da Família/PSF, e suas diretrizes e bases. Como meu foco é no estudo das representações do vínculo terapêutico, trago, em subseção, algumas definições de vínculo terapêutico encontradas em documentos oficiais, livros e artigos científicos em saúde pública, para fins de aprofundar a análise no capítulo 4 desta dissertação.

A atenção básica de saúde, antes mesmo de ser PSF ou ESF, começou a ser desenvolvida com a criação do PACS, pois estava sendo proposto “um modelo voltado para a comunidade onde estão os problemas e onde pode fazer-se Promoção e Prevenção, evitando a incidência de doenças e mortes preveníveis” (DOMINGUEZ, 1998, p. 17). A criação do PSF, que posteriormente foi intitulado Estratégia de Saúde da Família/ESF,¹³ em 1994, veio para “transformar a prática sanitária brasileira” (BRASIL, 1997, p. 5), na tentativa de reverter o “modelo tradicional de assistência, hospitalocêntrico e curativo” (MACHADO, 2000, p. 17) e para garantir “a melhoria da qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiros” (BRASIL, 1997, p. 5).

¹³ A partir daqui, sempre que me referir à atenção básica de saúde, usarei a sigla ESF.

Assim, configura-se como uma “mudança do modelo tradicional de ‘atenção médica’, que é curativo e individual, pelo estabelecimento de serviços de ‘atenção à saúde’ em que se prioriza a prevenção, com uma projeção social, massiva, coletiva” (DOMINGUEZ, 1998, p. 17), trabalha com uma percepção de saúde que envolve cura e promoção, busca o vínculo entre famílias e profissionais da equipe e estimula a participação crítica da comunidade nas questões de saúde (MACHADO, 2000). Na ESF, a unidade de atenção é a família.¹⁴ Com a ESF, pretendia-se tirar a atenção na doença para focar na saúde dos indivíduos, na chamada produção social da saúde. Com isso, há a criação da gestão social da saúde, em que a comunidade passaria a ter papel participativo (COSTA; CARBONE, 2004). Para que isso fosse possível, foram elaborados princípios organizativos da ESF, retirados de Costa e Carbone (2004), que serão apresentados a seguir.

Figura 1: Princípios organizativos da Estratégia de Saúde da Família



Fonte: Costa e Carbone (2004, p. 16)

Por ser considerada a porta de entrada do SUS, a ESF é responsável por fazer o atendimento primário de saúde; e caracteriza-se como um serviço que visa ser de alta

¹⁴ Dominguez (1998) apresenta três tipos de estruturas familiares. Porém, em vistas de ser um modelo antiquado e exclusivo de muitas realidades familiares brasileiras, optei por não adotar essa visão nesta pesquisa.

qualidade e resolubilidade, com foco na promoção e prevenção, posicionado em uma hierarquia junto a outros serviços componentes do SUS, cujos objetivos são:

- Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.
- Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.
- Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.
- Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.
- Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.
- Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (BRASIL, 1997, p. 10).

O atendimento da ESF ocorre nos Centros de Saúde da Família/CSF,¹⁵ realizado por equipes multidisciplinares de profissionais de saúde compostas, no mínimo, por um/a médico/a, um/a enfermeiro/a, um/a auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários/as de Saúde/ACS. Essa equipe pode ser complementada por dentista e auxiliar de saúde bucal. (BRASIL, 1997, 2000; COSTA; CARBONE, 2004). Cada CSF pode ter mais de uma equipe de saúde atendendo a população, a depender do número de famílias pertencentes à área de cobertura do CSF, que determina a quantidade de equipes. De forma semelhante ao SUS, a ESF possui diretrizes, as quais se relacionam diretamente com as atribuições das equipes de saúde de forma geral. A seguir, trago um quadro que apresenta essas diretrizes, retiradas e adaptadas de Dominguez (1998).

Quadro 2: Diretrizes da ESF

Diretriz	Atribuição
Territorialização (setorialização)	Cada equipe deve ter sob sua responsabilidade de atenção um território, ou seja, possuir uma população definida.
Inter-relação	Cada equipe deve organizar a referência e contra-referência de sua população para os diferentes níveis do SUS, isto é, garantir a inter-relação de serviços básicos, especialista e hospitais, para a garantia da completa atenção da saúde onde e quando requeira a população.
Atenção ativa	Cada equipe terá de ir à comunidade e às famílias de seu território, para a identificação de problemas e necessidades de saúde, a fim de encontrar soluções em conjunto com elas; e para orientar, informar e promover educação sanitária.

15 Também chamados de Unidades Básicas de Saúde/UBS, Unidades de Saúde da Família/USF, Centros de Saúde/CS e postos de saúde.

Globalidade	A atenção de saúde deverá ser voltada para todos; doentes, sadios, homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos. ¹⁶
Continuidade	A população é acompanhada pela mesma equipe permanentemente, componente essencial da medicina familiar.
Participação	A participação de toda a sociedade e dos setores da economia no desempenho do PSF é de suma importância para a identificação de problemas, planejamento e controle das atividades dos serviços de saúde e também em sua execução, tendo em conta que os serviços de saúde não podem dar solução a todos os problemas de forma isolada.

Todavia, muitos são os problemas encontrados por profissionais de saúde e pacientes durante o atendimento nos CSFs. São problemas de (infra)estrutura, de falta de membros de equipe de saúde ou de relações assimétricas de poder entre esses dois grupos (ARGENTA;MAGALHÃES, 2016; PEREIRA, 2016). A consolidação do vínculo terapêutico, objetivo basilar da ESF (BRASIL, 1997), é de importância crucial para a efetivação de um bom atendimento, pois se pressupõe que a equipe de saúde conhece de perto seus pacientes. Porém, essa consolidação também é falha, como apontam os estudos de Magalhães (2000), Caprara e Rodrigues (2004), Franco, Bastos e Alves (2005), Souza *et al* (2010) e Gomes *et al* (2012), para citar alguns. Torna-se cabal dizer que o trabalho de Magalhães (2000) apresenta extrema relevância para meu estudo, pois foi a primeira pesquisa nacional que investigou o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes, utilizando o aporte teórico-metodológico da Análise de Discurso Crítica/ADC junto do método etnográfico, desenvolvendo, desse modo, o método etnográfico-discursivo (veja adiante no capítulo 4, destinado a discussões metodológicas). Portanto, por se caracterizar como alvo de investigação nesta pesquisa, passo, agora, para a próxima seção deste capítulo, que está destinada a apresentar definições de vínculo terapêutico e as atitudes desejáveis que um/a profissional de saúde deve ter.

2.2.1.1 Vínculo terapêutico: definições e (recomendações de) práticas

O termo vínculo terapêutico é polissêmico, interdisciplinar, pois várias áreas científicas estudam-no, tais como a Saúde Coletiva, as Ciências Sociais e a Linguística; possuindo diversas interfaces, e mesclando-se a outros conceitos de saúde, tais como a humanização, a integralidade, a responsabilização e o acolhimento (GOMES;SÁ, 2009). Durante minhas leituras acerca desses termos e sobre o vínculo, ficou claro que não há como

¹⁶ Essa garantia está presente nos documentos que regulamentam o SUS (dentre eles a lei 8.080) e na CF 1988, a respeito da garantia de igualdade independente de fatores sociais, raciais, econômicos, de sexualidade ou biológicos.

separá-los totalmente, por serem interdependentes. Consequentemente, não há vínculo sem ter acolhimento, responsabilização, humanização, integralidade e coparticipação. Portanto, meu objetivo nesta seção é trazer o que os documentos oficiais falam sobre atenção básica e o que se relaciona com o vínculo. Também comentarei outros estudos da área de Saúde Coletiva para esboçar definições e características e práticas que devem existir durante um atendimento para que ele promova vínculo entre profissionais de saúde e pacientes.¹⁷

No primeiro documento norteador da ESF (então PSF), publicado em 1997, o MS descreve as atribuições das equipes de saúde na atenção primária. São elas:

- **conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;**
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta;
- elaborar, **com a participação da comunidade**, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, **com ênfase nas ações de promoção à saúde;**
- resolver, através da adequada utilização do sistema de referência e contra-referência, os principais problemas detectados;
- **desenvolver processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos;**
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p. 14, grifo meu).

Pude observar que há o início de uma preocupação em considerar o indivíduo para além das doenças clínicas, com o objetivo de conhecer a comunidade na qual a equipe de saúde se situa; de haver um processo de cogestão e de coparticipação no fazer saúde; e da responsabilização da equipe por aqueles indivíduos que estão sendo atendidos. Isso quer dizer que, desde o início, a atenção básica foi construída para ser um atendimento próximo das comunidades. Com a transformação do PSF em ESF, as atribuições existentes das equipes foram melhoradas e novas atribuições foram estabelecidas, estas ainda mais focadas no serviço humanizado. Vejamos:

- Conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características socioeconômicas, psicoculturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta;
- Elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde;
- Programar a atividade e reestruturar o processo de trabalho;

¹⁷ Não tenho a pretensão de expor uma fórmula ou um passo a passo infalível para a promoção do vínculo. Muito pelo contrário, acredito que cada localidade e cada equipe de saúde tem suas especificidades que influenciarão a forma na qual ambas as partes se relacionam. Minha intenção é expor queixas e desejos comuns quanto aos atendimentos recebidos, com base nos estudos de Saúde Coletiva e de Magalhães (2000).

- Executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nos diversos ciclos da vida.
- Atuar no controle de doenças transmissíveis como a tuberculose e, a hanseníase, as DSTs e AIDS, de doenças infectocontagiosas em geral, das doenças crônico-degenerativas e de doenças relacionadas ao trabalho e ao meio ambiente;
- Valorizar a relação com o usuário e com a família para a criação de vínculo de confiança, que é fundamental no processo de cuidar;
- Resolver a maior parte dos problemas de saúde detectados e, quando isso não for possível, garantir a continuidade do tratamento, através da adequada referência do caso;
- Prestar a assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, buscando contatos com indivíduos sadios ou doentes, visando promover a saúde através da educação sanitária;
- De envolver processos educativos através de grupos voltados à recuperação da autoestima, troca de experiências, apoio mútuo e melhoria do autocuidado;
- Promover ações intersetoriais e parcerias com organizações formais e informais (BRASIL, 2000, p. 15).

Fica claro, portanto, que, institucionalmente, houve uma preocupação gradual em desenvolver e instituir políticas, diretrizes e teorias para a ação, que objetivavam a humanização do atendimento. Há, por exemplo, a inclusão de diversos grupos de atendimento, um maior incentivo à participação nas ações de planejamento e execução de saúde e um interesse em desenvolver o bem-estar populacional, estimulando o “autocuidado” e a “autoestima” (esses ligados diretamente à responsabilização). No entanto, houve e há ainda diversos problemas nesse atendimento, que não é de um todo humanizado, ocasionando a fragilização do vínculo. Com isso, em 2003, houve a urgência de se criar uma política de fomento à prática humanizada nos atendimentos de saúde pública, em todos os seus níveis: a Política Nacional de Humanização HumanizaSUS.¹⁸

Um dos documentos norteadores do HumanizaSUS discute que ela foi criada por motivo de enormes filas de atendimento, “[d]a invisibilidade dos trabalhadores frente ao sofrimento das pessoas, [d]os tratamentos desrespeitosos” (aqui há uma relação hierárquica e de poder, entre comunidade e (entre) profissionais), “[d]o isolamento das pessoas de suas redes sociofamiliares nos procedimentos, consultas e internações, [d]as práticas de gestão autoritária, [d]as deficiências nas condições concretas de trabalho” (BRASIL, 2010b, p. 6). Tais motivos não seriam apenas falhas éticas individuais, mas sim uma falha na organização de gestão e cuidado que refletiria tais comportamentos indesejados no tratamento de saúde.

Então, surge a questão: o que a política de humanização HumanizaSUS sugere que seja feito para que um atendimento humanizado ocorra? Sugere que haja práticas pedagógicas oferecidas aos profissionais, para que eles sejam capacitados e/ou reciclados para

¹⁸ Neste momento, preciso esclarecer que um serviço humanizado, de acordo com os documentos oficiais e os trabalhos científicos produzidos na área, é capaz de promover a criação do vínculo entre profissionais de saúde e pacientes. Não isoladamente, mas principalmente porque a humanização não é apenas gentileza. Trata-se de algo maior: a reorganização do fazer saúde.

o bem atender e aumento da corresponsabilização dos sujeitos e dos vínculos de solidariedade. Humanizar é incluir “os diferentes tipos de sujeito que participam desde suas singularidades no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde” (BRASIL, 2010b, p. 7). Humanização, portanto, é inclusão.

Tendo em vista que o exposto até agora foi retirado de documentos oficiais publicados pelo órgão máximo nacional de regulamentação de saúde, o Ministério da Saúde, passo, a partir daqui, a explorar o que pesquisadores de Saúde Coletiva falam sobre o vínculo, nunca esquecendo que há intercorrências com os conceitos de humanização, de integralidade, de (co)responsabilização e de acolhimento. Gomes *et al* (2012, p. 1102) sugerem que a relação médico-paciente “ainda é um desafio para implementação de práticas mais humanizadas em saúde, considerando sua relevância e a emergência do problema da humanização como necessidade social”, considerando-se que, de acordo com sua pesquisa, três são os empecilhos para que isso ocorra: as características pessoais do/a médico/a, o agir profissional e os problemas de organização de serviços (GOMES *et al*, 2012).

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009, p. 359) definem vínculo como “aproximação entre usuário e trabalhador de saúde, ambos com intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes” devido a suas posições diferentes na relação, em que “um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional, supostamente capacitado para atender e cuidar da causa de sua fragilidade” (MONTEIRO;FIGUEIREDO;MACHADO, 2009, p. 359).

Brunello *et al* (2009, p.177) propõem que o vínculo “pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção (...) [com] o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e dos profissionais de saúde”.

Gomes e Sá corroboram:

O vínculo é algo que ata ou liga pessoas, indica interdependência; relações com, linhas de duplo sentido, compromissos dos profissionais com os usuários e vice-versa. Depende do modo como as equipes de saúde se responsabilizam pela saúde do conjunto de pessoas que vivem em determinada microrregião. Além disso, o vínculo da população com a unidade de saúde requer o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde. O vínculo é ainda considerado uma dimensão da Atenção Primária à Saúde (APS) e pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (GOMES;SÁ, 2009, p. 366).

Souza *et al* (2010) dão ênfase à postura pró-ativa dos atores sociais, às relações de troca, à transferência de afeto entre profissionais e pacientes, à atitude de preocupação, interesse e atenção. O vínculo “pode ser definido como a circulação de afeto entre as pessoas”; é cuidado, em que estão presentes atitudes de zelo, de integração à voz do usuário; “é essencial, pois constitui um elemento básico do processo terapêutico” (SOUZA *et al*, 2010, p. 609-610). O vínculo é a “consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde, o que facilita a adesão popular ao serviço de saúde” (MONTEIRO;FIGUEIREDO;MACHADO, 2009, p. 363).

Tendo essas noções de vínculo em perspectiva, Coelho Filho (2007) aponta o problema do diálogo médico ser pautado em perguntas repetitivas, clínicas, focalizadas na doença, sem dar vazão às singularidades dos/as pacientes envolvidas no processo. O estudo de Ayres (2004), apesar de prévio ao de Coelho Filho (2007), complementa esse aspecto falho da relação profissional de saúde-paciente, argumentando acerca da manutenção de papéis cumpridos mecânico e hermeticamente por cada um deles, em que a lógica presente é a “clínico-preventivista do controle de riscos e da normalidade funcional” (AYRES, 2004, p. 20). Defende, portanto, que uma prática humanizada é pautada na permeabilidade de aspectos técnicos nos não-técnicos e vice e versa, durante o diálogo entre esses atores sociais. Coelho Filho (2007) complementa, asseverando que esse diálogo deve explorar “a experiência do paciente, interpretando os significados socioculturais de suas queixas, respeitando seus valores” e estabelecer um plano de tratamento, sem esquecer das dimensões simbólicas e psíquicas do que é adoecer (COELHO FILHO, 2007, p. 632).

Por fim, apresento algumas sugestões de atitudes positivas desejáveis nas práticas diárias de profissionais de saúde, elencadas por pacientes e profissionais de saúde em estudos de saúde coletiva e de Magalhães (2000):

- (a) Dialogar com os/as pacientes pautando-se na troca de informações técnicas e não-técnicas sobre o processo de adoecimento, com respeito aos seus valores e à sua realidade, e com sensibilidade diante de seu sofrimento, que ameaça seu estado saudável e ativo (AYRES, 2004; COELHO FILHO, 2007; MONTEIRO; FIGUEIREDO;MACHADO, 2009; SILVA *et al*, 2011);
- (b) Ser:
 - (b.a) sensível e aceitar os/as pacientes como pessoas humanas,
 - (b.b) educado/a,
 - (b.c) cortês,
 - (b.d) paciente,

- (b.e) confiável,
- (b.f) empático/a,
- (b.g) respeitoso/a,
- (b.h) capaz de estimular o autocuidado (MONTEIRO; FIGUEIREDO;MACHADO, 2009; GOMES *et al*, 2012; GARUZI *et al*, 2014);
- (c) Ter:
 - (c.a) capacidade de escuta,
 - (c.b) boa comunicação,
 - (c.c) saber clínico,
 - (c.d) diálogo aberto (MONTEIRO; FIGUEIREDO;MACHADO, 2009; GOMES *et al*, 2012; GARUZI *et al*, 2014);
- (d) Examinar crianças durante atendimento (MAGALHÃES, 2000);
- (e) Evitar jargões biomédicos que dificultam a compreensão dos/as pacientes (MAGALHÃES, 2000).

Com base nessas definições de vínculo, das características apresentadas para uma boa relação entre profissionais de saúde e pacientes, os problemas trazidos nos estudos expostos e no que observei e presenciei durante pesquisa do macroprojeto, como bolsista de Iniciação Científica na graduação, justifico, mais uma vez, a minha escolha em trabalhar com as representações do vínculo terapêutico na Estratégia de Saúde da Família. Penso que muito já foi feito e que há uma preocupação discursiva governamental federal na atenção básica. Por outro lado, e é aqui que minha pesquisa se encaixa, acredito que ainda há muito o que se alcançar em termos de práticas, de discursos e, conseqüentemente, de mudanças sociais no modelo assistencial de saúde básica. Como veremos, no capítulo 5, destinado às análises, encontrei dados relevantes, uns que corroboram com o exposto, outros que os complementam e alguns poucos que destoam. A seguir, apresento alguns aspectos da cidade de Sobral-Ce, contexto social de pesquisa.

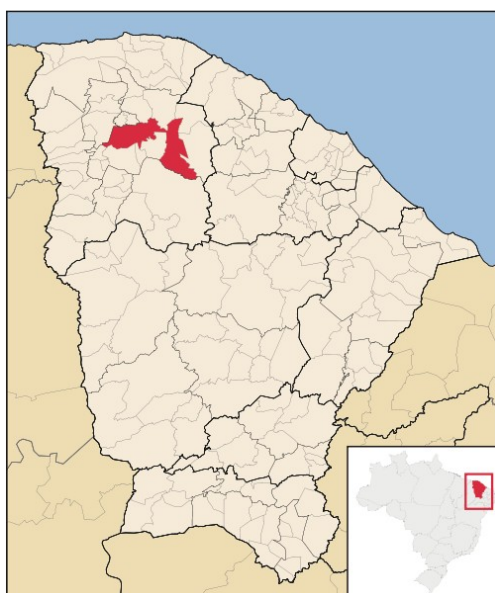
2.2.2 CONTEXTO SOCIAL DE INVESTIGAÇÃO: SOBRAL-CE

Nesta seção, discorrerei acerca dos principais aspectos sociais, culturais, históricos, econômicos e políticos da cidade de Sobral-CE.

Sobral é um município de médio porte fundado em 1841, localizado na região noroeste do estado do Ceará, no nordeste brasileiro, a 235 quilômetros de distância da capital

Fortaleza. Possui extensão territorial de 2.129 quilômetros quadrados, dividido em doze distritos além da sede Sobral. Conta com mais de 200 mil habitantes, de acordo com dados do IBGE, estando mais de 160 mil na região urbana da cidade. O clima é semiárido, atingindo mais de 39° de temperatura durante o dia.¹⁹ É considerada uma das cidades mais conhecidas e importantes do Ceará, junto de Fortaleza (capital), Crato, Juazeiro do Norte e Iguatu. A seguir, trago uma imagem com a localização da cidade de Sobral no mapa do Ceará.

Figura 2: Localização de Sobral no mapa do Ceará



Fonte: Foto retirada da enciclopédia livre, Wikipédia²⁰

A cidade é conhecida por ser o berço de muitos políticos influentes no estado do Ceará e no Brasil. Os irmãos Gomes, Cid e Ciro, são os mais conhecidos, por serem respectivamente ex-governador do estado do Ceará e ex-presidente da Transnordestina S/A (e candidato a presidente do Brasil nas eleições de 2018). O atual prefeito da cidade, Ivo Gomes, e Patrícia Saboya Ferreira Gomes, senadora, ex-esposa de Ciro Gomes, também são naturais de Sobral. A influência da família Gomes não é de agora. Desde 1814, antes mesmo de Sobral ser um município, há pessoas dessa família no poder, como o coronel Inácio Gomes Parente, então chefe político em Sobral e deputado à Corte Constituinte de Lisboa (SOBRAL, 201-).

¹⁹ Dados retirados do *website* do IBGE. Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em 07 de dezembro de 2017.

²⁰ Optei pelo uso desta imagem retirada de tal fonte, pois essa ferramenta apresenta a posição do estado no território do país e a cidade no do estado e é exclusiva da Wikipédia. Acredito que uma boa localização espacial do município em que conduzi o estudo ajudará bastante os/as leitores/as, especialmente aqueles/as que não forem naturais do estado do Ceará.

Outros nomes reconhecidos naturais de Sobral são o cantor Belchior e o comediante/ator Renato Aragão.

Figura 3: Vista panorâmica da cidade de Sobral-CE



Fonte: Prefeitura de Sobral

Sobral é um município marcado por desigualdades sociais, como observado durante pesquisa de campo e nos dados do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil, que aponta que sua renda *per capita*, em 2010, era de menos de quinhentos reais, havendo 25% da população em condições de pobreza e quase 9%, em extrema pobreza. Apesar disso, quase a totalidade da população possui água encanada, acesso à energia elétrica e coleta de lixo (respectivamente, 95,01%, 99,53% e 95,61%).²¹

A mortalidade infantil (crianças com até 12 meses) ainda é preocupante, pois 13,6 a cada mil nascidos vivos são atingidos. No caso de crianças entre 1 a 5 anos, quase 14,6 a cada mil vêm a óbito todos os anos.²² A gestão de Sobral, em 2001, percebendo que os números da mortalidade infantil eram alarmantes, criou a Estratégia Trevo de Quatro Folhas, ligada à Estratégia de Saúde da Família do SUS, servindo de apoio a esta. Sousa *et al* (2012) apontam que o objetivo da estratégia é “garantir apoio social às famílias com gestantes,

21 Dados deste parágrafo retirados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/sobral_ce#renda>. Acesso em: 15 de maio de 2018.

22 Como observamos na primeira seção deste capítulo, o SUS foi se desenvolvendo com o passar dos anos, através de políticas públicas de investimento econômico e educacional. Um dos maiores problemas que assolava a população antes do SUS (e em seus primeiros anos) era a mortalidade infantil. Comparando-se os dados de 1991 (anterior à implantação do/a Programa/Estratégia de Saúde da Família, que ocorreu em 1994), 2000 e 2010 (três censos demográficos), a mortalidade infantil passou de 66 crianças mortas a cada mil nascidas, para 39 e, por fim, para 13, em Sobral.

puérperas, e mães de crianças menores de dois anos, em situação de risco clínico e social e reorganizar a atenção materno-infantil no município” (p. 61). Relatam que o termo “trevo de quatro folhas” faz uma alegoria ao conhecimento popular dessa planta, cujas pétalas possuem, cada uma, significados próprios, sendo eles: fé, esperança, amor e sorte. Assim, na Estratégia Trevo de Quatro Folhas, cada pétala é ressignificada, passando a ser: gestão do cuidado no período pré-natal, gestão de cuidado ao parto e ao período puerpério, assistência no nascimento e período neonatal, e assistência nos dois primeiros anos de vida do/a bebê (SOUSA *et al*, 2012).²³

Para finalizar os aspectos socioeconômicos de Sobral, relatarei um pouco do que presenciei durante pesquisa de campo. Visitei algumas famílias de bairros atendidos pelo CSF Oswaldo Cruz (veja seção 4.3 para mais detalhes a respeito da contextualização do CSF), local desta pesquisa, e pude perceber que há uma população bastante dependente do SUS para acesso a cuidados em saúde, assim como há população que depende parcialmente. O que mais me chamou atenção foi o fato de que essas populações possuem condições de vida diferentes, mas que moram muito próximas umas das outras, tornando o contraste ainda mais visível aos olhos. Conheci pessoas que possuem plano de saúde, outras que não possuem, mas que podem fazer exames particulares de urgência,²⁴ assim como pessoas que não têm dinheiro para comprar um remédio para controle de diabetes, por exemplo, quanto falta no CSF. Portanto, o SUS, com suas políticas públicas, programas e estratégias, caracteriza-se como um sistema democrático de acesso à saúde, mesmo com suas inúmeras falhas, que devem sempre ser apontadas e melhoradas.

Quanto a aspectos culturais, observei durante a pesquisa de campo, que a população sobralense é muito religiosa, devota em sua maioria à religião católica. Andando pelo centro da cidade, observa-se a presença de igrejas católicas com facilidade. Igrejas evangélicas, por outro lado, são menos comuns. Ao entrar nas casas das pessoas, tornou-se comum, para mim, ver quadros e imagens de santos/as católicos/as, tais como São Francisco de Assis e Nossa Senhora, além da imagem de Jesus.

23 Para maiores aprofundamentos acerca da Estratégia Trevo de Quatro Folhas, ler Sousa *et al* (2012) e acessar o *website* <https://cursos.atencaobasica.org.br/relato/2512>, no qual é apresentado um relato da experiência dessa Estratégia na cidade, bem como uma explicação objetiva de seu funcionamento.

24 Por conta das enormes filas de espera para exames e consultas especializadas do SUS, muitas pessoas recorrem a clínicas particulares populares, em busca de uma solução mais rápida para seus problemas de saúde. Digo isso com base em minha experiência empírica de campo desta pesquisa e da pesquisa de campo do macroprojeto de que participei durante três anos na graduação, como bolsista de Iniciação Científica.

Figura 4: Igreja do Rosário de Sobral-CE



Fonte: Prefeitura de Sobral

Sobral possui três instituições públicas de ensino superior, sendo elas: Universidade Federal do Ceará/UFC – campus Sobral, Universidade Estadual Vale do Acaraú/UVA e Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará/IFCE – campus Sobral, totalizando 57 cursos de graduação e mais de 20 mil estudantes matriculados (contando com as duas principais universidades particulares). Por isso, a cidade de Sobral é considerada o maior polo universitário do Ceará, atraindo centenas de estudantes de cidades vizinhas e de outros estados (BRAGA, 2017). A seguir, apresento uma foto da praça de Cuba, localizada no centro de Sobral.

Figura 5: Praça de Cuba em Sobral-CE



Fonte: da autora

Essa praça era chamada de Praça General Tibúrcio, conhecida popularmente como Praça da Meruoca. Em um Convênio de Cooperação Cultural e Científico celebrado entre Sobral e a província de Havana, ela foi renomeada como Praça de Cuba, no final de 2004, em homenagem ao poeta e herói da libertação cubana, José Martí.

2.3 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: 30 ANOS DE SERVIÇO E AVANÇO

Como apontado no início deste capítulo, o SUS foi criado em 1988, pela nova Constituição Federal. Em 2018, ele completou 30 anos. Muitas são as atribuições do SUS e todos nós já usufruímos de seus serviços, seja na compra de um medicamento, que é regulamentado por ele, como uma de suas atribuições, seja no atendimento direto em algum dos níveis de atenção ou, ainda, no recebimento de uma vacina para prevenção a gripe H1N1, para citar alguns exemplos. O SUS é transversal e faz parte de nossas²⁵ vidas, mesmo que muitas vezes, infelizmente, seja invisibilizado (veja Anexo A, em que disponibilizo excelente matéria sobre isso, publicada na revista RADIS, em 2001).

O SUS beneficia todos nós, com seus bancos de sangue e leite, seus tratamentos exclusivos e gratuitos – como o da HIV, sua atenção primária de saúde, seu serviço de transplante, sua função de regulamentação de medicamentos, seu serviço de ambulância e suas atividades sanitárias, para citar alguns. Porém, não podemos negar que ampara principalmente as comunidades mais vulneráveis e pobres, que dependem de seus serviços, parcial ou exclusivamente, para o acesso à saúde como um “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). A história da saúde no Brasil antes e depois do SUS deixa claro que essas comunidades, mais que toda a população com condições de pagar por planos privados de saúde, foram as mais beneficiadas, pois se deixou de morrer por doenças “simples”, como o sarampo e a varíola, reduziu-se os índices de mortalidade infantil e extinguiu-se os casos de paralisia infantil, por exemplo, que assolavam o Brasil antes do SUS (MENDES, 2013; MATHIAS, 2018). O SUS é qualidade e expectativa de vida melhor. O SUS é esperança.

Portanto, eu não poderia, ao pesquisar a atenção básica de saúde (competência do SUS), em especial em nosso atual cenário político-social, deixar de comentar sobre o processo de golpe de estado que foi dado em 2016 e como ele está atingindo essa conquista tão fundamental para o bem-estar populacional.

25 Nesta seção, refiro-me à sociedade brasileira, da qual faço parte; por isso uso a 1ª pessoa do plural.

2.3.1 TENTATIVAS DE DESMONTE DO SUS

São três as tentativas que apresento aqui. A primeira delas não atinge o SUS como sistema, mas sim, à atenção básica de saúde e às comunidades mais vulneráveis e longe das grandes cidades. Também não começou a partir de 2016, mas antes, em 2013.²⁶ No entanto, acredito ser relevante destacar aqui, principalmente por contribuir com o que Ruffato (2016) aponta sobre o ressentimento da classe econômica privilegiada em relação às medidas sociais implantadas nos governos petistas. Refiro-me ao PMM, que sofreu, e ainda sofre, inúmeros enxovalhamentos por parte da mídia comercial e de médicos/as enquanto “categoria” de profissionais. Para ilustrar como a mídia estabelece o PMM como um problema, trago uma matéria da Gazeta do Povo, escrita por Fontes (2016), cuja chamada diz: “‘Refêm’ de cubanos, Brasil deve prorrogar programa Mais Médicos em 2019”. Percebamos que o uso do termo ‘refêm’ traz um interdiscurso com a ordem de discurso de guerra. Além da chamada, ao longo de todo o texto, são questionados a validade dos diplomas dos/as médicos/as cubanos/as participantes do PMM no Brasil e seu pagamento (em que parte vai para o governo de Cuba e outra parte menor é repassada ao/à profissional), através de uma argumentação de causa e consequência, que, por ganhar pouco, trabalharia mal.

A segunda tentativa atinge diretamente o SUS enquanto sistema de saúde e de regulação (sanitária, ambiental, medicamentosa). Trata-se de várias medidas governamentais, em níveis federais e estaduais, principalmente, para cortar a verba destinada à saúde. Digitando palavras-chaves no site de busca Google, rapidamente nos deparamos com diversas notícias que anunciam cortes de verba para a Saúde desde que o golpe foi dado em 2016 (FRAZÃO, 2017; COSTA, 2018; MARTELLO, 2018, para listar algumas). Outra medida, e mais preocupante, é a Emenda Constitucional 95/2016 (doravante EC 95/2016), chamada de Teto de Gastos, aprovada em 2016, que limita os investimentos públicos por 20 anos. A EC 95/2016

impedirá os investimentos necessários à manutenção e expansão dos serviços públicos, incorporação de inovações tecnológicas, aumentos de remuneração, contratação de pessoal, reestruturação de carreiras, o que se faz necessário em virtude do crescimento demográfico, e sobretudo em razão dos objetivos e fundamentos constitucionais, que direcionam um projeto constituinte de um Estado de Bem Estar Social. O novo regime fiscal suspende, por consequência, o projeto constituinte de 1988, e retira dos próximos governantes a autonomia sobre o orçamento, salvo se houver, no futuro, em uma nova gestão, outra proposta de emenda constitucional em sentido contrário. Retira também do cidadão brasileiro o direito de escolher, a cada eleição, o programa de governo traduzido no orçamento e,

26 Sobre a contextualização dos embates travados desde a implantação do PMM no Brasil, ler Alessio e Sousa (2017). Sobre as perdas orçamentárias do PMM desde o golpe, ler Pinto (2017).

com isso, decidir pelas políticas públicas prioritárias para o desenvolvimento econômico (MARIANO, 2017, p. 260).

No caso do SUS, a EC 95/2016 agrava o problema de subfinanciamento, que sempre existiu, desde sua criação (LIRIO, 2017). Em entrevista à Carta Capital, Ronald Ferreira dos Santos, presidente do Conselho Nacional de Saúde, explica como se dará, verdadeiramente, a EC 95/2016:

Alguns dizem que a medida vai congelar os dispêndios públicos por 20 anos. Não é exatamente assim. É pior. Trata-se, na verdade, de uma diminuição progressiva dos recursos destinados à saúde. Vai ferir de morte o SUS. [...] O Brasil investe, atualmente, 3,8% do PIB de dinheiro público na saúde. [...] No decorrer dos 20 anos, o percentual dos gastos públicos vai cair de 3,8% para menos de 1% do PIB (LIRIO, 2017, p. 32-33).

Para Mariano (2017), a EC 95/2016, não só aprofunda a crise econômica que satisfaz setores ligados ao capitalismo rentista, é ainda uma forma de devolver o país ao Estado de Exceção econômico, organizado pelos países soberanos, em que, num processo neocolonial, “domesticam” os governos periféricos (tais como os países da América Latina, grupo no qual estamos incluídos), para que nos acostumemos e aceitemos a relação econômica de dependência com as economias do capitalismo central. Portanto, para além do SUS, a EC 95/2016 prejudica todos os setores de nossa sociedade.

A última (e mais direta) tentativa de desmonte do SUS aconteceu em abril de 2018, em Brasília, com a realização do “1º Fórum Brasil – Agenda Saúde: a ousadia de propor um Novo Sistema de Saúde”, promovido pela Federação Brasileira de Planos de Saúde. O evento contou com a participação de políticos, como o Deputado Federal Espiridião Amin, do Partido Progressista/PP, e do ex-Ministro da Saúde (governo Collor) Alcení Guerra, do Democratas/DEM. O objetivo do evento foi propor a substituição do SUS pelo “Novo Sistema Nacional de Saúde”, que seria gerido pelos planos privados de saúde (BARBOSA, 2018). A “nova” proposta defendida é ainda pior que a privatização da saúde, pois sugere a transferência de recursos do SUS para o financiamento da Atenção de Alta Complexidade nos planos de saúde particulares, ou seja, além de retirar recursos da saúde pública, propõe entregá-los a grandes empresas privadas de saúde, que, para termos acesso a seus serviços, precisaríamos pagar diretamente por eles. Se retomarmos a história de como acontecia a saúde na época do Inamps (durante a ditadura militar),²⁷ podemos ver que o “novo” modelo não é novo. Afinal de contas, naquela época, o FAPS financiava a construção de hospitais privados e o Inamps contratava esses hospitais para prestarem serviços à saúde pública. Portanto, era

27 Veja seção 2.1 deste capítulo.

100% de lucro para iniciativa privada e 100% de exclusão de pessoas de baixa renda e em situação de vulnerabilidade social. O mesmo aconteceria com o “Novo Sistema Nacional de Saúde”. Resumindo de forma simples, a “nova” proposta pôs em pauta a extinção do SUS e a segregação social.

Felizmente, as repercussões desse fórum foram as piores possíveis. Muitos conselhos, associações, sindicatos e outros órgãos de regulação de profissões relacionadas à saúde e demais profissões expressaram seu repúdio a essa proposta. Alguns deles foram: o Instituto Terra, Trabalho e Cidadania/ITTC, o Centro Brasileiro de Estudos da Saúde/CEBES, o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro/CREMERJ, a Associação Brasileira de Enfermagem/ABEn, o Sindicato de Enfermagem no Estado do Tocantins/SEET, o Conselho Regional de Enfermagem do Piauí/COREN-PI, o Conselho de Saúde do Distrito Federal/CSDF, o Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Rio de Janeiro/COSEMS-RJ, a Associação dos Servidores do Grupo Hospitalar Conceição/ASERGH, a Sociedade Brasileira de Bioética/SBB, a Associação Paulista de Saúde Pública/APSP, a Associação Brasileira de Educação Médica/ABEM e a Federação Interestadual dos Odontologistas/FIO.

O SUS é um direito nosso, garantido pela CF 1988. Portanto, devemos defendê-lo e exigir melhoras, apontando suas (inúmeras) falhas e reconhecendo seus avanços e acertos. A solução não está na retirada de direitos, na invisibilização do SUS ou na “privatização” da saúde, mas sim na melhoria do que já está consolidado, através de novas políticas públicas ou programas institucionais.

No próximo capítulo, debato os marcos teórico-metodológicos da ADC adotados nesta pesquisa.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: ANÁLISE DE DISCURSO CRÍTICA, CONCEITOS-CHAVE E CATEGORIAS DE ANÁLISE

Neste capítulo, apresento um breve histórico da Análise de Discurso Crítica, alguns de seus conceitos basilares e as categorias analíticas sobrepujante nas análises.

3.1 BREVE HISTÓRICO DA ADC

O termo “Análise de Discurso Crítica” (doravante ADC) foi primeiro cunhado em inglês, no final dos anos de 1980, pelo linguista britânico Norman Fairclough, em um artigo publicado no periódico *Journal of Pragmatics* (MAGALHÃES, 2005). Por estar interessada em estudar problemas sociais, com especial atenção ao poder e à ideologia, a ADC pertence ao grupo de estudos críticos e de estudos críticos da linguagem (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017).

Quanto à sua origem, Wodak (2001) acredita que a ADC seria uma continuação da Linguística Crítica/LC, porém Magalhães (2005) discorda, haja vista que essa só é capaz de analisar uma pequena parcela de textos, ao passo que a ADC, por ser inter/transdisciplinar, pode analisar todo e qualquer texto e prática social, desde que o objeto de estudo esteja dentro da agenda de pesquisa da ADC, que visa a mudança social, desvelando relações desiguais de poder. Outro aspecto que evidencia que a ADC não é uma continuidade da LC, é o livro de Fairclough (2001), publicado originalmente em 1992, no qual ele dedica uma parte da obra para a explicação das vertentes linguísticas críticas (seção que inclui a LC) e não-críticas que colaboraram, através de seus pontos positivos e suas limitações, na elaboração da ADC enquanto campo de estudos heterogêneo (cf. capítulos 1 e 2 de FAIRCLOUGH, 2001).

Dizemos que a ADC é um campo heterogêneo, pois, de acordo com Magalhães, Martins e Resende (2017), desde a sua elaboração, diversos autores da Europa e da América Latina vêm desenvolvendo diferentes abordagens da ADC, com teorias e métodos próprios. A mais conhecida, e que adoto, parcialmente,²⁸ nesta pesquisa, é a de Norman Fairclough, que se denomina “Dialético-Relacional”. No entanto, há ainda os trabalhos de Sociocognitivismo, cujo maior expoente é Van Dijk; da teoria dos Atores sociais, desenvolvida por van Leeuwen e adotada aqui como categoria analítica (veja adiante); da Linguística de *Corpus*, de

28 Parcialmente pela seguinte razão: utilizo apenas uma categoria analítica desenvolvida por Fairclough (2003) e esta é secundária e de suporte para a microanálise dos dados, porém faço forte uso de conceitos desenvolvidos pelo autor, tais como dialética do discurso, prática social, discurso enquanto prática social e significados do discurso, para citar alguns.

Mauntner; com a Análise de Dispositivo, de Jäger e Maier; e da abordagem Histórico-Discursiva, de Reisigl e Wodak (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017).

Essas abordagens, apesar dos diferentes métodos e teorias, como apontado anteriormente, mantêm pelo menos três características em comum, que são: a inter/transdisciplinaridade, o posicionamento e a utilização de categorias linguísticas como ferramentas para crítica social (RESENDE, 2012). A inter/transdisciplinaridade é indispensável em todas as abordagens e pesquisas da ADC, tanto no sentido de articularem diferentes disciplinas linguísticas dentro de suas propostas de estudo, como no de suavizarem as barreiras entre a Linguística, as Ciências Sociais e demais áreas pertinentes em investigações específicas (como a Saúde Coletiva, no caso desta pesquisa). Acerca das vantagens de se ter uma disciplina transdisciplinar, Resende afirma que:

Por um lado, favorece, para a Linguística, a ancoragem das análises em perspectivas teóricas acerca da estrutura e da ação sociais; por outro lado, propicia, para as Ciências Sociais, um arcabouço para análise textual. Nesse sentido, a ADC realiza o objetivo de transcender a divisão entre a pesquisa inspirada pela Ciência Social, que tende a não analisar textos, e a pesquisa inspirada pela Linguística, que tende a não se engajar com questões teóricas das Ciências Sociais. Isso porque a análise textual é concebida não apenas como a análise das relações internas, mas também das relações externas de textos, isto é, de suas relações com outros elementos de eventos, práticas e estruturas sociais (RESENDE, 2006, p. 1080).

Quanto ao posicionamento, pesquisadores/as da ADC questionam o senso comum de que existiria a imparcialidade científica, muito defendida e tradicional em estudos positivistas. Como trabalhamos²⁹ com problemas sociais, disputas de poder, desigualdades sociais e ideologias (THOMPSON, 2007) a fim de desvelá-los, compreendê-los e combatê-los, negamos essa tradição científica e explicitamos nosso posicionamento, com o objetivo de contribuir ainda mais com a mudança social. Ter o caráter posicionado em ADC não quer dizer que tenhamos um direcionamento particular na interpretação dos dados. Porém, é possível a construção da crítica explanatória de forma particular (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999).

Com base no que foi dito, fica fácil perceber que as duas primeiras características levam para a terceira e última, a respeito do uso de categorias linguísticas para a crítica social. A escolha dessas categorias se dá no texto, a partir do que mais se sobressai, e nos objetivos de pesquisa, pois é de interesse do/a pesquisador/a capturar as materialidades discursivas do problema social investigado (RESENDE, 2012).

Nas próximas seções, discorrerei sobre Ideologia e Hegemonia.

²⁹ Aqui me refiro aos/as analistas de discurso crítica, grupo ao qual me insiro.

3.2 IDEOLOGIA

Em ADC, muitos/as pesquisadores/as adotam o conceito de “ideologia” no sentido crítico, que se diferencia das concepções neutras. Afirmo que adoto, nesta pesquisa, a definição de ideologia de Thompson (2007), fazendo inicialmente uma distinção entre neutras e críticas de acordo com o autor.

As concepções neutras de ideologia seriam “aquelas que tentam caracterizar fenômenos (...) como ideológicos, sem implicar que (...) sejam, necessariamente, enganadores e ilusórios, ou ligados com os interesses de algum grupo em particular” (THOMPSON, 2007, p. 72). Kress e Hodge afirmam também que uma ideologia neutra seria considerada uma “consciência prática da sociedade”, um “corpo sistemático de ideias, organizado a partir de um ponto de vista particular (...) sem indicar nada além de seu estado e sua confiabilidade como guias para a realidade” (KRESS;HODGE, 1981, p. 6, tradução minha).³⁰

Dessa forma, uma ideologia neutra seria considerada como um conjunto de ideias, pertencente a todos os aspectos da vida social, sem causar prejuízos ou danos em grupos específicos de pessoas (KRESS;HODGE, 1981; THOMPSON, 2007). Com o intuito de ilustrar a forma na qual as perspectivas neutras veem a ideologia, cito o seguinte exemplo: o PMM, comentado no capítulo anterior, é um programa promovido pelo MS, cujo objetivo é levar médicos/as para comunidades carentes e afastadas das capitais e grandes cidades; na perspectiva neutra, haveria ideologia tanto nos movimentos/textos a favor do PMM, por identificarem uma necessidade para tal programa, bem como por entenderem que o Brasil é um país desigual e que esse programa auxiliaria na promoção de equidade social; assim como haveria ideologia em textos contra o PMM.

Para concepções críticas, por outro lado, ideologias carregam um sentido negativo, pejorativo, são “enganador[as], ilusóri[as] ou parcia[is]” (THOMPSON, 2007, p. 73), ou seja, ao caracterizarmos um fenômeno como ideológico, automaticamente o condenamos de ‘enganador, ilusório ou parcial’. Thompson (2007), além de desenvolver uma concepção crítica de ideologia, apresenta outra contribuição primordial para a ADC: a investigação da ideologia no entrecruzamento com relações de poder. A partir disso, tem-se que um fenômeno não é ideológico apenas por ser ‘enganador, ilusório ou parcial’, mas também por estabelecer e sustentar relações desiguais de poder, por meio da dominação de

30 No original: “(...) systematic body of ideas, organized from a particular point of view (...) without implying anything about their status and reliability as guides to reality”.

um ou mais grupos sobre outros. Ele também desenvolve cinco “modos de operação de ideologia”, que objetiva ser um instrumental analítico de fenômenos ideológicos: legitimação, dissimulação, unificação, fragmentação e reificação (THOMPSON, 2007). Faz-se cabal dizer que esses modos de operação podem ser usados por pesquisadores da ADC como categoria analítica, como nos trabalhos de Pereira (2014) e Argenta e Magalhães (2016), mas que essa não é uma categoria linguística.

Kress e Hodge (1981) contribuem na discussão sobre ideologia ao indicarem que a **linguagem** é um instrumento de controle e de comunicação. Para os autores, ela é ideológica, no sentido de que é capaz de distorcer sistematicamente a realidade a serviço de uma classe ou grupo de atores sociais, projetando versões fantasiosas da realidade. Retomando o exemplo dado anteriormente, tendo a perspectiva crítica de ideologia como parâmetro, seriam ideológicos os textos produzidos contra o PMM, que sustentariam relações desiguais de poder, em que pessoas de cidades interioranas e, em sua maioria, pobres, continuariam com acesso deficiente e mínimo à saúde. Por outro lado, textos favoráveis ao PMM e aos/às médicos/as estrangeiros/as participantes do programa, seriam considerados contra-ideológicos, por combaterem uma ideologia elitista de acesso à saúde, ainda que a saúde seja um direito estabelecido pela CF 1988 a todos/as cidadãos/ãs brasileiros.

Por fim, recupero agora, de maneira breve, a discussão apresentada por Fairclough (2001) sobre a perspectiva de ideologia de Althusser (1980) e sua relação com a agência de atores sociais. Para Althusser (1980), os aparelhos ideológicos do estado impõem unilateralmente a reprodução de uma ideologia que domina a sociedade, marginalizando, desse jeito, a luta, a contradição e a transformação da situação social. Para o autor, haveria uma estabilidade no poder instituído por meio da ideologia e os atores sociais seriam passivos. Fairclough (2001, p. 122), de modo diferente, define ideologia como “significações/construções da realidade (...), que são construídas em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas e que contribuem para a produção, a reprodução ou a transformação das relações de dominação”. Portanto, a estabilidade de Althusser (1980) é vista como instabilidade for Fairclough (2001) e Thompson (2007), cujas perspectivas apontam para sujeitos sociais dotados de agência, capazes de transformar a realidade social, o que justifica a escolha da ADC pela perspectiva crítica de ideologia.

Com o objetivo de complementar as definições de ideologia, apresento o conceito de hegemonia a seguir.

3.3 HEGEMONIA

Gramsci (1971), autor reconhecido por estudar o conceito de hegemonia, o vê como o poder exercido por uma classe dominante (composta, então, por indivíduos), por meio da cultura (família, escola, gênero, comportamentos, entre outros) e não por meio das instituições políticas. Gramsci (1971), então, propõe uma contra-hegemonia, criada mediante a instauração de uma “nova cultura orgânica da classe trabalhadora”, em que o trabalhador é, em si, o intelectual dessa classe. Para que isso fosse conquistado, primeiramente, seria necessária a destituição da “cultura orgânica hegemônica da classe dominante”. Portanto, o conceito de hegemonia na perspectiva de Gramsci muito se aproxima do de ideologia, pois, hegemonia seria a “manutenção das ideias dominantes mesmo quando se está lutando contra a classe dominante” (CHAUÍ, 2001, p. 88) e a “conservação da validade das ideias e valores dos dominantes, mesmo quando se percebe a dominação e mesmo quando se luta contra a classe dominante mantendo sua ideologia” (CHAUÍ, 2001, p. 99).

Para Fairclough (2001), hegemonia é um modo pela qual o poder é exercido, por meio de um “equilíbrio instável”, pois as forças sociais e culturais hegemônicas nunca estão totalmente seguras, haja vista que sempre há uma luta hegemônica concomitante à hegemonia. Essa luta hegemônica é formada por forças externas e contraditórias à classe dominante que desafiam esse “equilíbrio instável” (e, conseqüentemente, pelas que a mantêm), podendo, ou não, proporcionar uma reestruturação da relação hegemônica. Como a perspectiva da ADC é dialética (veja tópico a seguir) e entende a linguagem como forma também de ação social, ela possui, entre outras características, a capacidade de promover “conseqüências e efeitos sociais, políticos, cognitivos, morais e materiais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 14). Portanto, a linguagem pode tanto combater como reproduzir relações hegemônicas de poder, e é papel da ADC identificar, desvelar e combater as ideologias que sustentam relações hegemônicas, a fim de promover a mudança social.

3.4 DIALÉTICA DO DISCURSO

Início esta seção afirmando que, em ADC, os conceitos basilares que a compõem estão interligados dialeticamente, em constante movimento, o que dificulta a identificação das fronteiras que os separam. Portanto, meu objetivo é tentar explicar os conceitos de discurso, ordens de discurso, práticas sociais, textos e eventos sociais e, em seguida, recuperar os conceitos de ideologia e hegemonia, para, assim, finalizar o panorama introdutório da ADC.

O conceito de discurso é desenvolvido por autores de diversas áreas, tais como a Linguística, a Filosofia, as Ciências Sociais e a Antropologia. Neste trabalho, adoto a definição de discurso de Fairclough (2001; 2003; 2010) e de Chouliaraki e Fairclough (1999). Fairclough (2001, p. 94-95) entende discurso como “um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação”, definição que advém da Linguística Sistêmico-Funcional (LSF) de Halliday (1985), que divide o discurso em **funções da linguagem** (Fairclough adere parcialmente a essa visão, em sua obra de 2001). Com o desenvolvimento de seu trabalho, Fairclough (2003) passa a ver o discurso enquanto **tipos de significado do discurso**, ainda fazendo um paralelo com as funções da linguagem de Halliday (1985):

Representação corresponde à função ‘ideacional’ de Halliday; Ação aproxima-se de sua função ‘interpessoal’, embora enfatize o texto como uma forma de (inter)agir em eventos sociais, e como pode ser visto como incorporando Relação (encenando relações sociais); Halliday não diferencia uma função separada relacionada à identificação – muito do que eu incluo em Identificação está em sua função ‘interpessoal’. Eu não distingo uma função ‘textual’ a parte, em vez disso, eu incorporo-a na Ação (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27, tradução minha).³¹

Por isso, o discurso passa a ser entendido como formas de ser, de (inter)agir e de representar o mundo, por meio de textos. Portanto, a palavra discurso, em ADC, possui dois sentidos: como termo abstrato e momento irredutível das práticas sociais e como termo concreto, que representa um modo particular de ver aspectos do mundo (relacionado ao significado Representacional do discurso). A primeira noção de discurso também pode ser chamada de ordem do discurso (FOUCAULT, 1999; FAIRCLOUGH, 2001).

Práticas sociais são “modos habituais [mais ou menos abstratos], ligados a tempos e lugares articulados, nos quais as pessoas aplicam recursos (materiais ou simbólicos) para atuarem juntas no mundo” (CHOULIARAKI; FAIRCLOUGH, 1999, p. 21), são “atividade[s] potencia[is] individua[is] ou coletiva[s], que t[ê]m fundamento nas instituições sociais, envolve[m] procedimentos rotineiros e de conhecimento dos participantes e t[ê]m implicações para o público em geral ou para um pequeno grupo social” (MAGALHÃES; MARTINS; RESENDE, 2017, p. 125). Logo, as práticas sociais são constituídas por discursos, crenças, valores, desejos, sujeitos e suas relações sociais, objetos, instrumentos, atividades materiais, tempo e lugar (FAIRCLOUGH, 2010).

³¹ No original: Representation corresponds to Halliday’s ‘ideational’ function; Action is closest to his ‘interpersonal’ function, though it puts more emphasis on text as a way of (inter)acting in social events, and it can be seen as incorporating Relation (enacting social relations); Halliday does not differentiate a separate function to do with identification – most of what I include in Identification is in his ‘interpersonal’ function. I do not distinguish a separate ‘textual’ function, rather I incorporate it within Action.

Dizer que o discurso é um momento das práticas sociais é dizer que o discurso é materializado em textos e que age sobre a estrutura social, assim como a estrutura social constrange esses textos, por meio da prática social, dialeticamente. A ordem do discurso é, então, o aspecto discursivo das práticas sociais, e é por meio dela que acessamos gêneros discursivos, discursos (no sentido concreto do termo) e estilos específicos em textos de uma determinada prática social. Por conseguinte, as redes de práticas sociais se organizam por meio de um “**sistema**, isto é, um potencial semiótico estruturado que possibilita e regula nossas ações discursivas, tal como as práticas sociais possibilitam e regulam nossas ações sociais” (VIEIRA;RESENDE, 2016, p. 46-47). Esse “sistema” é chamado de redes de ordens do discurso.

Como brevemente citado anteriormente, os textos materializam discursivamente os eventos sociais, decorrentes de práticas sociais, e podem ser falados, escritos ou multimodais (FAIRCLOUGH, 2003). Se os textos agem sobre a estrutura social, ainda que de forma lenta e gradual, eles promovem mudanças. Assim, nas palavras de Fairclough (2003):

Quase imediatamente, textos podem promover mudanças em nosso conhecimento, (nós podemos aprender coisas com eles), nossas crenças, nossas atitudes, valores e assim por diante. Eles também podem causar efeitos a longo prazo – alguém pode, por exemplo, argumentar que uma longa experiência com propagandas e outros textos comerciais pode contribuir para moldar as identidades das pessoas como ‘consumidoras’ ou suas identidades de gênero. Textos podem também começar guerras ou contribuir para mudanças em educação ou para mudanças nas relações industriais, e assim sucessivamente. Seus efeitos podem incluir mudanças no mundo material, tais como mudanças no *design* urbano ou na arquitetura e no *design* de tipos particulares de edifícios (FAIRCLOUGH, 2003, p. 8, tradução minha).³²

Ou seja, textos têm a potencialidade de promover mudanças em todos os elementos constituintes das práticas sociais, que contribuem, ou não, na transformação da estrutura social. Porém, como o próprio Fairclough (2003) ressalta, essa causalidade dos textos não é mecânica.

Com o intuito de esclarecer explicitamente, um evento social é a materialização das práticas sociais, o que significa dizer que elementos potenciais das práticas sociais se materializam (mesmo que parcialmente, por vezes) e tornam-se concretos. Já o discurso, enquanto ordem de discurso, materializa-se em textos. Assim, temos que as línguas estão para

32 No original: Most immediately, texts can bring about changes in our knowledge (we can learn things from them), our beliefs, our attitudes, values and so forth. They also have longer-term causal effects – one might for instance argue that prolonged experience of advertising and other commercial texts contributes to shaping people’s identities as ‘consumers’, or their gender identities. Texts can also start wars, or contribute to changes in education, or to changes in industrial relations, and so forth. Their effects can include changes in the material world, such as changes in urban design, or the architecture and design of particular types of building.

as estruturas sociais (abstratas), assim como as ordens de discurso estão para as práticas sociais (mais ou menos abstratas) e os textos, para os eventos sociais (concretos).

Baseado no debate efetuado até aqui, preciso, neste momento, pensar nos conceitos de ideologia e hegemonia e sua relação com os textos, com o discurso e com a ADC. Pensando que o texto materializa práticas sociais e algumas potencialidades das estruturas sociais e age sobre elas, ao mesmo tempo, seria correto dizer que um texto pode contribuir para a reprodução ou transformação de aspectos da sociedade. Toda e qualquer prática social possui em si diversos modos de (inter)agir, de ser e de representar, como mencionado anteriormente. Tais modos são materializados em textos que podem estar, ou não, investidos ideologicamente. Dizer que um texto é ideológico significa dizer que ele ajuda a preservar ou a manter uma relação opressora entre grupos de pessoas. Quanto mais eficaz ideologicamente for um discurso em um texto, menos perceptíveis são as estratégias e as formas usadas para tal fim; dessa forma, quando uma ideologia é desvelada, ela perde sua força de ação (FAIRCLOUGH, 1989).

Portanto, por acreditarmos, em ADC, que a linguagem é social e que o social é construído, também pela linguagem, e por acreditarmos que a mudança discursiva e social são cabíveis, é objetivo da ADC investigar discursivamente as ‘pistas’ ideológicas presentes em textos e desvelá-las, contribuindo com a luta hegemônica e com a emancipação social de (grupos de) atores sociais. Dito isso, fica claro que nosso material de análise sempre será o texto (FAIRCLOUGH, 2001), que nos permitirá acessar os demais elementos da prática social e entender a ideologia que há investida no texto e qual a relação de poder que ele ajuda a sustentar.

Na seção seguinte, apresento as três categorias analíticas adotadas nesta pesquisa.

3.5 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Três são as categorias analíticas que uso para as análises nesta pesquisa. A transitividade, proposta inicialmente pela Linguística Sistêmico-Funcional, é a principal, sendo fortemente auxiliada pela Teoria da Representação de Atores Sociais, de van Leeuwen e apoiada, quando relevante, pela modalidade, proposta por Fairclough (2003). Tais categorias foram escolhidas a partir da leitura dos textos, como preconizado pela ADC.

3.5.1 DISCURSO COMO REPRESENTAÇÃO: TRANSITIVIDADE

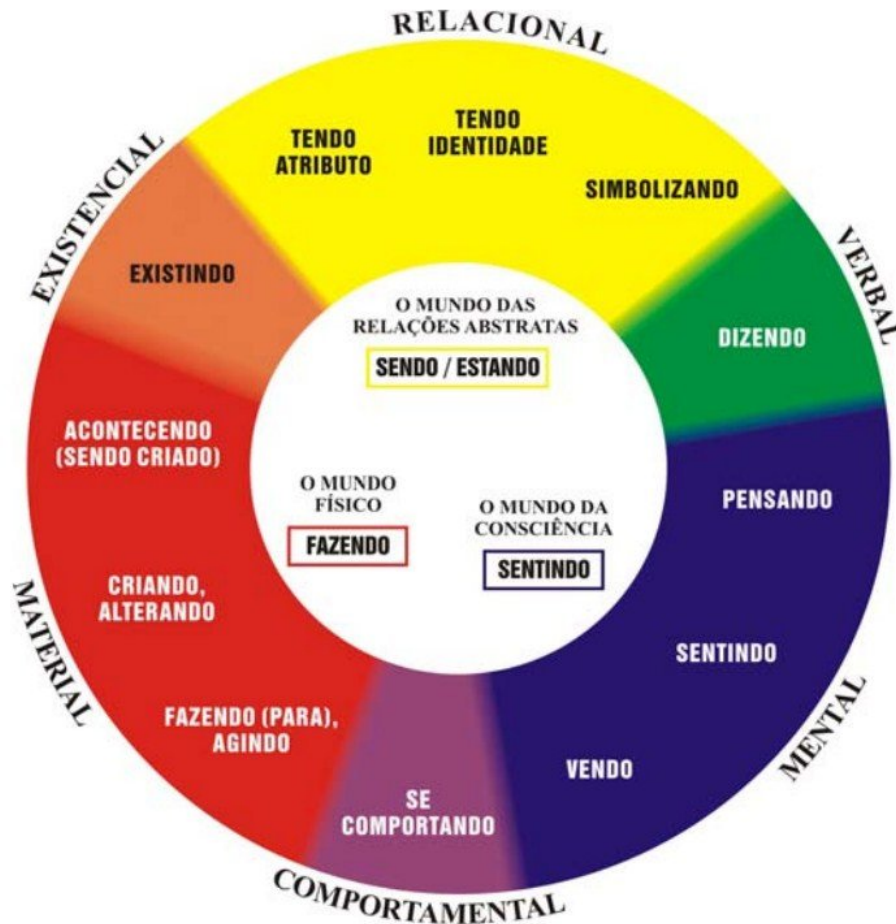
A transitividade (ou Sistema de Transitividade) é uma categoria analítica proposta por Halliday (1985) e aprimorada por Halliday e Matthiessen (2004), na Linguística Sistêmico-Funcional. Esses autores desenvolvem um novo tipo de gramática, denominada Gramática Sistêmico-Funcional/GSF, cujo principal objeto de estudo é a oração. Para eles, a oração é a responsável por realizar cada uma das Metafunções da Linguagem, que são a textual (oração como mensagem), a interpessoal (oração como modo) e a experiencial (oração como representação) (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). É nessa última que incide minha atenção e a categoria de transitividade. Fairclough (2001), como dito anteriormente, adotou parte das Metafunções da Linguagem de Halliday (1985) e depois as reformulou em Significados do Discurso, apresentando também a transitividade como categoria de análise, de forma breve e sucinta (FAIRCLOUGH, 2003). Assim, por conta das dúvidas que surgiram com a leitura de Fairclough (2003) sobre transitividade, justifico, aqui, meu uso da categoria a partir de Halliday e Matthiessen (2004), sempre com a finalidade de acessar e compreender o discurso enquanto momento da prática social (FAIRCLOUGH, 2003, 2010).

Nesta pesquisa, os dados se mostraram deveras frutíferos para a análise da transitividade, tendo em vista que o Sistema de Transitividade apresenta as relações de componentes nas orações, formando uma **figura**. **Figuras** são constituídas por um processo que se desenrola no tempo junto de participantes diretamente envolvidos nesse processo e, ocasionalmente, com o auxílio de circunstâncias, sejam elas de tempo, de causa, de modo (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). O processo é o elemento central da **figura**, responsável por indicar o “desenrolar no tempo” e é representado, gramaticalmente, pelos grupos verbais. Os participantes são os seres animados ou inanimados, constituídos ou não de consciência, que fazem o “desenrolar no tempo” acontecer ou são afetados por ele. São representados, normalmente, pelos grupos nominais. Já as circunstâncias, que são elementos opcionais nas orações, indicam as condições nas quais os participantes e o processo se “desenrolaram no tempo”; os grupos adverbiais são os principais responsáveis por representá-las (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004). Com o propósito de ilustrar os componentes das orações, segue um exemplo:

A menina	joga	futebol	com suas amigas.
Participante	Processo	Participante	Circunstância
Exemplo de oração e componentes genéricos no Sistema de Transitividade			

Tendo em vista que os processos e os participantes constroem e representam os aspectos do mundo, Halliday e Matthiessen (2004) propõem seis tipos de processos, cada um evocando diferentes tipos de participantes. A Figura 6, a seguir, apresenta os tipos de processos e os verbos que melhor os representam.

Figura 6: Tipos de processos e seus principais verbos



Fonte: Barroso (2009)

Há, na Figura 6, a presença de três cores primárias e de três cores secundárias, que derivam da mistura de duas cores primárias. Os processos se dão da mesma forma, ou seja, há três processos principais (Material, Mental e Relacional) e três secundários (Comportamental, Verbal e Existencial). Nas palavras de Halliday e Matthiessen:

Na fronteira entre 'material' e 'mental' estão os processos **comportamentais**: aqueles que representam manifestações externas de funcionamentos internos, a atuação de processos da consciência (ex. pessoas estão rindo) e de estados psicológicos (ex. eles estão dormindo). Na fronteira do 'mental' e do 'relacional' está a categoria do processo **verbal**: relações simbólicas construídas na consciência humana e promulgada na forma da linguagem, como dizendo e significando (ex. a

oração ‘verbal’ *nós dizemos*, introduzindo um relato daquilo que foi dito: *que a cada quatro Africanos, um é Nigeriano*). E na fronteira entre o ‘relacional’ e o ‘material’ estão os processos relacionados com a existência, o **existencial**, pelo qual fenômenos de todos os tipos são simplesmente reconhecidos como ‘ser’ – existir ou acontecer (ex. Hoje, há cristandade no sul) (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004, p. 171, tradução minha, grifos no original).³³

Dito isso, passo agora para a descrição individual de cada processo principal e secundário, bem como dos participantes envolvidos neles. As subseções estão indicadas pelas orações que recebem o nome do processo. A partir daqui, a metalinguagem que aparecer foi traduzida com base em Fuzer e Cabral (2014), pesquisadoras brasileiras que colaboram na descrição do Português e no aprofundamento da LSF e da GSF no Brasil.

3.5.1.1 Orações materiais

As orações materiais desenrolam as ações no mundo material apresentando mudanças no decorrer dos eventos; são definidas como orações de “fazer e acontecer”; e os participantes comuns são o Ator e a Meta. O Ator é aquele que investe energia para que o desenrolar do processo aconteça e é cativo nas orações, mesmo que esteja oculto. Depois que o processo acontece, um dos participantes é modificado, seja o próprio Ator ou o outro participante: a Meta. Nas orações intransitivas, o Ator sempre será o atingido pela ação do processo. Já nas orações transitivas, que podem se apresentar na forma passiva, a Meta é que sofrerá alterações (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004; FUZER;CABRAL, 2014). Seguem exemplos para ilustração:

A formiga	caiu.
Ator	Processo material intransitivo
Exemplo de oração material intransitiva	

O vento	fechou	a porta.
Ator	Processo material transitivo	Meta
Exemplo de oração material transitiva ativa		

33 Texto original: “On the borderline between ‘material’ and ‘mental’ are the **behavioural** processes: those that represent the outer manifestations of inner workings, the acting out of processes of consciousness (e.g. *people are laughing*) and physiological states (e.g. *they were sleeping*). On the borderline of ‘mental’ and ‘relational’ is the category of **verbal** processes: symbolic relationships constructed in human consciousness and enacted in the form of language, like saying and meaning (e.g. the ‘verbal’ clause *we say*, introducing a report of what was said: *that every fourth African is a Nigerian*). And on the borderline between the ‘relational’ and the ‘material’ are the processes concerned with existence, the **existential**, by which phenomena of all kinds are simply recognized to ‘be’ — to exist, or to happen (e.g. *today there’s Christianity in the south*)”.

A porta	foi fechada	pelo vento.
Meta	Processo material	Ator
Exemplo de oração material transitiva passiva		

As orações materiais se dividem também em **criativas** e **transformativas**. As orações materiais criativas têm como consequência, o surgimento de um participante ao mundo. Exemplo: Renata fundou uma empresa. Nesse exemplo, o participante “uma empresa” passou a surgir a partir do processo “fundar”, executado por “Renata”. As orações transformativas, por outro lado, apresentam alteração em algum aspecto de um participante existente no processo. No exemplo apresentado anteriormente, a porta sofreu modificação, passando de aberta para fechada.

As orações materiais podem ter outros participantes além do Ator e da Meta, tais como Beneficiário, que se divide em Beneficiário Recebedor e Beneficiário Cliente, Escopo, Escopo-entidade e Escopo-processo. Como alguns desses participantes apareceram apenas uma vez nos dados que analiso no capítulo 4, preferi deixar para descrevê-los pontualmente quando aparecerem no corpo das análises.

3.5.1.2 Orações mentais

Ao passo que as orações materiais se relacionam com o mundo externo e material, as orações mentais se desenrolam dentro da consciência dos participantes do processo (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004). Sempre há dois participantes nas orações mentais, um Experienciador e um Fenômeno. O Experienciador precisa ser dotado de consciência (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004), ou seja, normalmente são humanos, mas nos casos das fábulas, por exemplo, as personagens também poderiam ser Experienciador, haja vista que elas costumam ser animais com características cognitivas humanas. De acordo com Fuzer e Cabral (2014), o Fenômeno possui como características: ser aquilo que é conhecido, sentido, percebido ou desejado; ser uma coisa ou entidade materializado por grupos nominais; ou ser um fato ou ato realizado por orações (projetadas); ou ainda ser metafórico.

Os processos mentais são divididos em quatro: **cognitivos**, **afetivos**, **perceptivos** e **desiderativos**. Os cognitivos se relacionam com a consciência e a capacidade de aprender do Experienciador; os afetivos expressam emoções e sentimentos; os perceptivos baseiam-se nos cinco sentidos humanos (paladar, tato, olfato, visão e audição); e os desiderativos

expressam o querer, os desejos e as vontades. A seguir, apresento um exemplo de cada tipo de oração mental.

Eu	decidi	começar uma nova carreira.
Experienciador	Processo mental cognitivo	Oração projetada
Exemplo de oração mental cognitiva		

Os pacientes	gostam	muito	do atendimento.
Experienciador	Processo mental afetivo	Circunstância	Fenômeno
Exemplo de oração mental afetiva			

A médica	viu	o paciente	no hospital.
Experienciador	Processo mental perceptivo	Fenômeno	Circunstância
Exemplo de oração mental perceptiva			

Daniel	planeja	contar histórias de terror	no dia das bruxas.
Experienciador	Processo mental desiderativo	Oração projetada	Circunstância
Exemplo de oração mental com oração projetada			

Com base nos dados desta pesquisa, muitas orações mentais cognitivas, tais como “eu acho”, “penso”, podem expressar modalidade subjetiva em vez de um pensamento cognitivo, especialmente quando o fenômeno é realizado por uma oração projetada. Isto é, nesta pesquisa alguns processos mentais foram mais relevantes para a análise da modalidade e da oração projetada do que eles mesmos enquanto processo.

3.5.1.3 Orações relacionais

As orações relacionais servem para caracterizar e identificar (HALLIDAY; MATTHIESSEN, 2004), estabelecendo uma ligação entre dois participantes da oração. Logo, é obrigatória a existência de dois participantes nesse tipo de processo, mesmo que um deles esteja omitido, desde que seja recuperável. Há três tipos de orações relacionais: **intensiva**, **possessiva** e **circunstancial**. Cada uma delas pode ser ainda **atributiva** ou **identificativa** (FUZER; CABRAL, 2014)

Por uma questão de organização, começarei explicando as atributivas e as identificativas. As orações são atributivas quando estabelecem uma característica indefinida (chamada de Atributo) ao participante Portador; quando é possível fazer as perguntas “o quê?”

ou “como?”; e quando não são reversíveis semanticamente. Note, semanticamente, pois muitas vezes a gramática tradicional não apontaria como desvio padrão, mas não é aceitável para a língua portuguesa. As orações são identificativas quando o Identificado possui uma característica definida (Identificador); quando é feita a pergunta “quem?”; e quando são reversíveis semanticamente (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004; FUZER;CABRAL, 2014).

Em termos dos tipos de orações, as intensivas caracterizam uma entidade, em que os verbos típicos são “ser” e “estar”; podem ter tanto Portador e Atributo, como Identificador e Identificado como participantes. Já as orações possessivas indicam posse de um participante por outro, em que os verbos típicos são “ser de” e “ter”. Nesse tipo de oração, os participantes são Possuidor e Possuído. Por fim, as circunstanciais ocorrem quando um dos participantes estabelece uma relação de tempo, lugar, modo (ou outra circunstância) com o outro participante da oração; os participantes normalmente são Portador e Atributo Circunstancial ou Identificado e Identificador Circunstancial. A seguir, apresento o Quadro 3, baseado no quadro apresentado por Fuzer e Cabral (2014), no qual combino os tipos e os modos de Processos relacionais:

Quadro 3: Tipos e modos de Processos relacionais

	<i>Atributiva</i> “x é um atributo de A”	<i>Identificativa</i> “x é a identidade de A”
<i>Intensiva</i> <i>x é A</i>	Darwin era um cientista.	Darwin foi o cientista da evolução. ≈ O cientista da evolução foi Darwin.
<i>Possessiva</i> <i>x tem A</i>	Diego tinha um livro.	O livro da capa rosa é de Diego. ≈ Diego tem o livro da capa rosa.
<i>Circunstancial</i> <i>x é/está em A</i>	O Dia das Mães é num domingo.	O Dia das Mães é no segundo domingo do mês de maio. ≈ No segundo domingo do mês de maio é o Dia das Mães.

Fonte: Da autora, baseado em Fuzer e Cabral (2014).

Nos dados analisados, houve grande recorrência de processos relacionais, especialmente do tipo possessivo e os de modo atributivo.

3.5.1.4 Orações existenciais

De acordo com Halliday e Matthiessen (2004), as orações existenciais representam algo que existe ou acontece. Em português, os verbos típicos desse processo são “haver”, “existir” e “ter”, muitas vezes complementado por circunstâncias. O único participante da oração é o Existente, que pode ser “qualquer tipo de fenômeno (...) construído

como uma ‘coisa’: pessoa, objeto, instituição, abstração; mas também [como] qualquer ação ou evento” (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004, p. 258, tradução minha).³⁴

Apresento a seguir, um exemplo de oração existencial:

Há	cotas raciais	para ingresso no ensino superior.
Processo existencial	Existente	Circunstância
Exemplo de processo existencial		

As orações existenciais, apesar de serem secundárias e pouco comuns, se comparadas com as materiais e as relacionais, apresentaram grande incidência nos dados gerados em campo, que, como mostrarei no capítulo de análises foram relevantes para a identificação de estratégias linguísticas ideológicas.

3.5.1.5 Orações verbais

As orações verbais são relacionadas ao dizer, em que os participantes mais comuns são o Dizente (aquele que diz), a Verbiagem (aquilo que é dito pelo Dizente), o Receptor (aquele que recebe a Verbiagem) e o Alvo (aquele que é atingido pela Verbiagem) (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004, FUZER;CABRAL, 2014). Os Processos verbais podem ainda conter Citação ou Relato, que são orações que substituem a Verbiagem. A seguir, dois exemplos de Processos verbais.

Bárbara	contou	a verdade	para sua mãe.
Dizente	Processo verbal	Verbiagem	Receptor
Exemplo de oração verbal com Verbiagem e Receptor			

O jornalista	disse	que a campanha de vacinação contra a Febre Amarela começaria hoje.
Dizente	Processo verbal	Relato
Exemplo de oração verbal com Relato		

Por este processo não ser muito recorrente nos dados desta pesquisa, não o detalharei.

³⁴ No original: “any kind of phenomenon (...) construed as a ‘thing’: person, object, institution, abstraction; but also any action or event”.

3.5.1.6 Orações comportamentais

As orações comportamentais representam comportamentos fisiológicos e psicológicos, normalmente relacionados aos modos de agir dos seres humanos. Verbos como “tossir”, “sonhar” e “chorar” podem ser considerados como representantes desse tipo de oração. Os processos comportamentais normalmente pedem apenas o **Comportante** como participante, podendo haver também o **Comportamento** (HALLIDAY;MATTHIESSEN, 2004). Este tipo de oração não teve ocorrência nos dados desta pesquisa, portanto, encerro esta seção com um exemplo, a título de ilustração.

A criança	bocejou.
Comportante	Processo comportamental
Exemplo de oração comportamental	

A seguir, discorro sobre a Teoria da representação de atores sociais, de van Leeuwen (1997; 2008).

3.5.2 DISCURSO COMO REPRESENTAÇÃO: TEORIA DE REPRESENTAÇÃO DE ATORES SOCIAIS

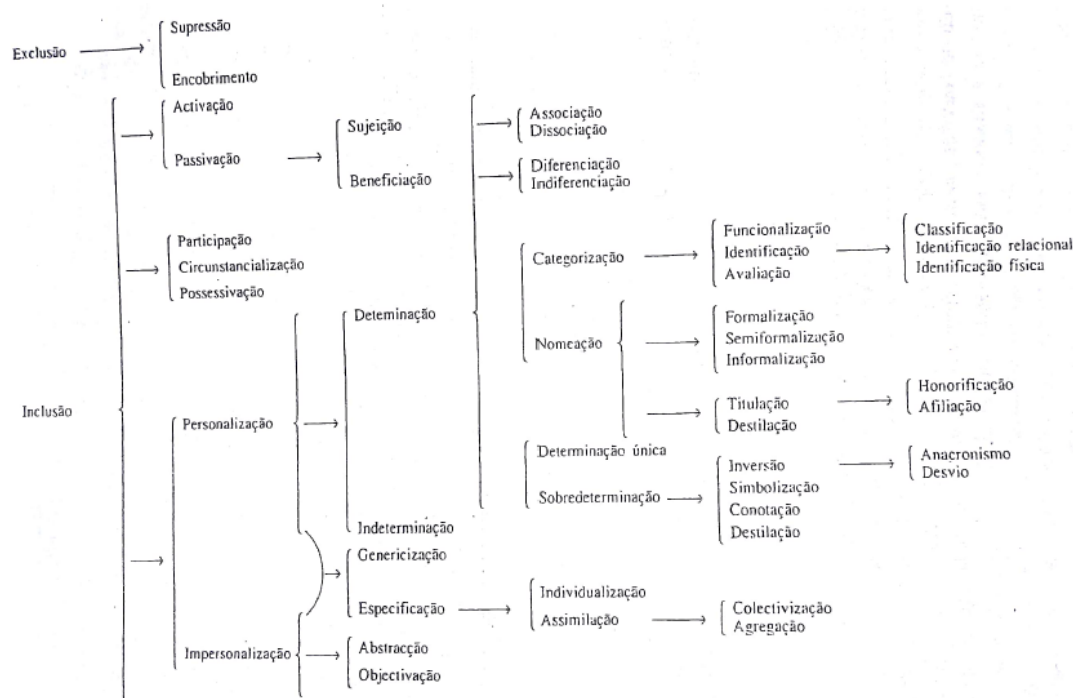
Van Leeuwen (1997; 2008) desenvolveu sua teoria a fim de responder as perguntas: “quais são os modos pelos quais os actores sociais podem ser representados no discurso inglês? Que escolhas nos apresenta a língua inglesa para nos referirmos às pessoas?” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 169). A partir disso, ele apresenta uma série de modos sociosemânticos que são utilizados para a representação dos atores sociais e sua relevância sociológica e crítica. Portanto, tais categorias são provenientes da Sociologia e não da Linguística.

Os motivos para tal escolha, de acordo com o autor, são dois: o primeiro, causado pela falta de biunicidade da língua, isto é, a falta de “co-referência exata entre as categorias sociológicas e linguísticas” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 170). Para ele, o que há de mais relevante é identificar os modos, haja vista que muitos são os recursos linguísticos que podem ser usados para representar os atores sociais de um mesmo modo. Ainda, acredita que o foco nas categorias formais da língua, advindo da Linguística, pode atrapalhar a visualização dos aspectos semânticos intrínsecos da sua teoria. O segundo motivo advém “da suposição que o significado é inerente à cultura e não à língua e não pode ser associado a uma semiótica

específica” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 171). Dado o exposto, faz-se necessário afirmar que o autor, mesmo assim, baseia-se na Linguística, quando do desenvolvimento das categorias.

As representações sociais acontecem por inclusão ou exclusão dos atores nos textos, que podem servir de interesses e propósitos próprios do autor do texto ou dos leitores. Por isso, essa categoria de análise é muito relevante quando se procura identificar ideologias investidas nas práticas sociais, por meio de textos. Ela auxilia não só na identificação das ideologias nos aspectos linguísticos formais dos textos, mas também no entendimento social da relevância de se incluir ou excluir atores sociais e a partir de que jeito. Portanto, antes de prosseguir, apresento a Figura 7, em que consta a rede de sistema da representação de atores sociais.

Figura 7: Rede de sistema da Representação de Atores Sociais



Fonte: Van Leeuwen (1997, p. 219).

Levando em consideração que as categoriais de representação de atores sociais que mais se evidenciaram nas análises foram os dois tipos de Exclusão, a Inclusão por Ativação, a Inclusão por Passivação e a Inclusão por Impersonalização – Abstracção, reservarei essa seção para a explicação apenas dessas categorias.

Começo, então, pela Exclusão. Van Leeuwen (1997), aponta que há duas formas de se excluir um ator social de um texto: por **supressão** e por **encobrimento**. A supressão ocorre quando não há nenhuma marca no texto a respeito do ator social que está sendo

excluindo, não sendo possível ao leitor recuperá-lo em outras partes do texto. Já o encobrimento é mais brando, haja vista que os atores sociais excluídos já foram incluídos no texto em momento anterior. Assim, no caso do encobrimento, é possível que o leitor infira sobre quem está se falando, mesmo que não tenha certeza.

As formas linguísticas que se tem para **suprimir** um ator social são, em primeiro lugar, o apagamento da agente da passiva; estratégia muito comum e conhecida. A supressão também ocorre com as orações infinitivas, que, em vez de serem Processo, tornam-se Participantes nas orações; com o apagamento dos Beneficiários nos Processos materiais; e com as nominalizações, que funcionam como nominais, ainda que se refiram a ações. Para **encobrir** atores sociais, por outro lado, faz-se por meio de elipses em orações infinitivas e orações paratáticas. Há ainda todas as estratégias usadas para suprimir, tendo em vista que ambos se tratam de exclusão. A diferença está na possibilidade, ou não, de recuperar o ator no texto, para saber se é **encobrimento** ou **supressão** (VAN LEEUWEN, 1997; 2008).

A **Inclusão por Ativação** ocorre quando os atores sociais são representados como agentes das atividades. Linguisticamente, ativa-se atores sociais pondo-os como Atores nos Processos materiais, como Comportante, nos comportamentais, como Experienciador, nos mentais, Dizente, nos verbais, Identificador, nos relacionais, e como Circunstâncias introduzidas pela preposição “por”. A **Inclusão por Passivação**, por outro lado, se dá pela representação dos atores como “<submetendo-se> à atividade, ou <como sendo receptores dela>” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 187). A sujeição dos atores ocorre, principalmente, quando são colocados como Meta ou como Beneficiário, nos Processos materiais, como Fenômeno, nos mentais, como Destinatário, nos verbais, ou como Portador, nos relacionais. Os demais modos não é de interesse neste momento (VAN LEEUWEN, 1997; 2008).

Por último, há a **Inclusão por Impersonalização – Abstração**, que representa os atores sociais por meio de uma qualidade atribuída na representação. A relevância desta forma de representar os atores sociais está nos efeitos que pode causar, pois, nas palavras do autor:

pode encobrir a identidade e/ou o papel dos actores sociais; pode fornecer autoridade pessoal ou força a uma actividade ou qualidade de um actor social; e pode acrescentar conotações negativas ou positivas a uma actividade ou enunciado de um actor social. (...) Por esta razão, a impersonalização abunda na linguagem da burocracia, uma forma de organização da actividade humana que é constituída a partir da negação da responsabilidade, e governada por procedimentos impessoais que, uma vez colocados nos seus lugares, são quase impermeáveis à agência humana. Por fim, as abstrações acrescentam significados conotativos: as qualidades abstraídas dos seus portadores servem, em parte, para os interpretar e avaliar (VAN LEEUWEN, 1997, p. 210).

Na próxima subseção, a última deste capítulo teórico, discorro sobre a categoria de modalidade, que serviu de apoio nas análises a esta categoria e à anterior.

3.5.3 DISCURSO COMO IDENTIFICAÇÃO: MODALIDADE

A modalidade é uma categoria de análise proposta por Fairclough (2003), com base no sistema de modo presente na Metafunção Interpessoal da GSF de Halliday e Matthiessen (2004), e aproxima-se mais do Significado Identificacional do Discurso, relacionado a estilos, modos de ser e de identificar(-se). Esse significado enfatiza o processo de identificar, como as pessoas identificam elas mesmas e como são identificadas pelas outras (FAIRCLOUGH, 2003, p. 159). Porém o próprio autor reconhece que os Significados do Discurso, assim como as categorias analíticas relacionadas a cada um deles, não possuem fronteiras explícitas, sendo sua relação, dialética. Assim, Fairclough (2003, p. 160, tradução minha) afirma que discursos estão incutidos em estilos e que os “significados Identificacionais (...) em textos podem ser vistos como pressupondo significados Representacionais”.³⁵

Por isso, antes de discorrer sobre a categoria modalidade e seus componentes, esclareço que ela será usada como categoria de suporte para as análises e não como categoria principal, tendo em vista que meu principal interesse, com esta pesquisa, é entender como o vínculo terapêutico é representado. Portanto, a modalidade me servirá mais para fornecer pistas Representacionais, do que modos de Identificação.

Ao fazermos afirmações, perguntas, ofertas ou darmos ordens, nós nos comprometemos com algo e fazemos isso de diversas maneiras diferentes. Desse modo, a categoria analítica modalidade serve para identificar **com o que** nos comprometemos quando dizemos algo e **qual o grau** desse comprometimento (FAIRCLOUGH, 2003), e se fazemos isso de forma subjetiva ou objetiva.

A modalidade epistêmica diz respeito ao comprometimento do falante com a verdade, em trocas de informações e ocorrem por meio de declarações e perguntas. No caso de afirmações, um autor/falante pode ser categórico, pode modalizar seu discurso ou pode negar algo. Já as perguntas podem ser não modalizadas positiva, modalizadas ou não modalizadas negativas. A modalidade deôntica, por sua vez, diz respeito ao intercâmbio de atividade, está ligada a necessidades ou obrigações e ocorre a partir de demanda ou oferta. A demanda pode ser uma obrigação, pode ser uma exigência modalizada ou ainda uma

35 No original: “Identificational meanings in texts can be seen as presupposing Representational meanings”.

proibição. A oferta é realizada a partir de uma fala que chamarei de proativa, quando alguém se oferece a fazer algo, pode ser uma oferta modalizada ou ainda uma negação de oferta (FAIRCLOUGH, 2003).

Quanto aos graus de comprometimento, Fairclough (2003) aponta que há três níveis: alto, médio e baixo. No caso da modalidade epistêmica, indo de mais comprometimento a menos, há uma certeza na afirmação categórica, uma probabilidade nas modalizadas e uma possibilidade nas negativas. No caso da deôntica, indo na mesma ordem que a anterior, há um pedido na obrigação, uma suposição na exigência modalizada e uma permissão na negação.

Por fim, Fairclough (2003) considera modalidade subjetiva e objetiva. Subjetiva quando há a marcação do sujeito na frase (primeira pessoa do singular ou primeira pessoa do plural), com expressões do tipo “eu acho/penso que”, “suspeito”. As proposições são objetivas quando o falante não se coloca diretamente no texto, quando não se comprometem diretamente, usando expressões como “quem sabe”, “pode ser” ou “provavelmente” (FAIRCLOUGH, 2003; PEREIRA, 2016).

Fairclough (2003) pondera que a modalidade se dá também, porém não exclusivamente, por meio dos verbos modais típicos, tais como “dever”, “poder”, “ter que”, “pode ser que” (recorrentes nos dados desta pesquisa). Portanto, cabe ao/à analista de discurso identificar e interpretar as ‘pistas’ presentes nos textos, que indicam o comprometimento do/a autor/a, com o que e de que forma. Essa identificação de ‘pistas’, em textos investidos de ideologia, pode auxiliar no desvelamento de discursos ideológicos, e fomentar a luta hegemônica.

O próximo capítulo está destinado para a exposição dos aspectos metodológicos desta pesquisa.

4 METODOLOGIA

Neste capítulo, proponho-me a definir a abordagem escolhida para esta pesquisa, que é qualitativa, interdisciplinar e de método etnográfico-discursivo; debater os aspectos éticos de pesquisa, que devem se fazer presentes em qualquer pesquisa qualitativa, principalmente etnográfico-discursiva e crítica; detalhar as técnicas de pesquisa adotadas para geração e coleta de dados, seguida de um comentário sobre a triangulação em pesquisa qualitativa e sua relevância para a validação e a qualidade da análise; descrever o contexto de coleta e geração de dados; e, por fim, relatar brevemente minhas experiências de entrada em campo e de pesquisa nas duas etapas no campo.

4.1 ABORDAGEM

Esta pesquisa é qualitativa, interdisciplinar e de método etnográfico-discursivo. A pesquisa qualitativa não é apenas o oposto da pesquisa quantitativa, pois já desenvolveu identidade(s) própria(s) (FLICK, 2009a). Flick (2009a) aponta que a pesquisa qualitativa visa entender, descrever e interpretar o mundo fora de laboratórios ou contextos especializados, e pode ter uma visão tanto de “fora” da questão, quando “de dentro” (visões ética e êmica, respectivamente).³⁶ As pesquisas qualitativas, ainda na visão do autor, em suas diversas abordagens, visam “esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo à sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido e que ofereçam uma visão rica” (p. 8). Além disso, Denzin e Lincoln (2006) afirmam que, os pesquisadores que fazem uso da abordagem qualitativa lutam “no sentido de relacionar a pesquisa qualitativa às esperanças, às necessidades, aos objetivos e às promessas de uma sociedade democrática livre” (p. 17). Os mesmos autores ainda dizem que a “pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo”, que “consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas formam uma série de representações” (p. 17). Dito isso, faz-se necessário dizer que toda pesquisa qualitativa deve ter a ética e a triangulação de dados como fatores essenciais, tanto na condução da pesquisa de

36 Angrosino (2009) elucida que os termos êmico e ético foram elaborados por cientistas sociais e são originários da linguística, “onde a análise fonêmica se refere ao delineamento de sons que transmitem significado a quem fala uma língua nativa, enquanto a análise fonética converte os sons para um tipo de sistema de código internacional que permite a compreensão comparativa de significados”. (p. 91) Desse modo, a perspectiva êmica está relacionada aos dados culturais e sociais coletados e gerados, em que se busca padrões, temas e regularidades da comunidade estudada e como esses aspectos são percebidos pela comunidade estudada. A visão ética, por outro lado, é aplicada pelo pesquisador, na tentativa de comparar o que acontece na comunidade estudada com outras comunidades.

campo, quanto na análise de dados obtidos através desta. Falaremos um pouco sobre cada um desses dois aspectos em subitens adiante.

Esta pesquisa é interdisciplinar, pois utilizarei aporte teórico da Linguística, da Ciência Social Crítica (CHOULIARAKI;FAIRCLOUGH, 1999) e da Saúde Coletiva (CAPRARA;RODRIGUES, 2004; FRANCO;BASTOS;ALVES, 2005; BRUNELLO, 2009; DE LAVOR;DOMINGUEZ;MACHADO, 2011; SILVIA *et al*, 2011; GARUZI, 2014), com intuito de analisar os conceitos de discurso e prática social na relação entre pacientes e profissionais de saúde, no contexto da ESF, na cidade de Sobral-CE. Além disso, a interdisciplinaridade é uma das características basilares em ADC. Nas palavras de Resende (2012, p.100): “[t]odas as diferentes vertentes da ADC reconhecem que a transgressão dos limites entre disciplinas é um pressuposto básico para a análise de problemas sociais parcialmente discursivos – dada a relação interna entre linguagem e sociedade”. Ademais, a interdisciplinaridade nos permite ver, enquanto pesquisadores, o mesmo objeto de diferentes ângulos e perspectivas, proporcionando-nos maior entendimento da questão estudada e maior validade e qualidade na pesquisa (FLICK, 2009a).

Para falarmos da etnografia discursiva, precisamos primeiro descrever brevemente a etnografia enquanto método de pesquisa qualitativa. De modo geral, a etnografia é uma metodologia de pesquisa tradicional na Antropologia e é, como aponta Angrosino (2009), “a arte e a ciência de descrever um grupo humano – suas instituições, seus comportamentos interpessoais, suas produções materiais e suas crenças” (p. 30). Baseada em Angrosino (2009), etnógrafo, e em Barton e Hamilton (1998), pesquisadores que conduziram estudo sobre letramento utilizando o método etnográfico, compilei seis aspectos a serem considerados sobre etnografia. São eles: (1) a etnografia é feita com pesquisa de campo em um local particular e em um tempo particular sobre configurações reais do mundo; em que lidamos com as pessoas em sua vida real e usamos técnicas que nos permitam acessar essa realidade; (2) a etnografia é holística, ou seja, percebemos o fenômeno estudado como um todo;³⁷ (3) a etnografia é multimetodológica, multifatorial, isto é, fazemos uso de duas ou mais técnicas de pesquisa, a fim de triangulá-las (FLICK, 2009a; sobre esse assunto, veja tópico adiante); (4) a etnografia é dialógica e interpretativa e tem por objetivo representar as perspectivas dos/as participantes; (5) a etnografia é personificada, o que significa dizer que o/a pesquisador/a tanto é um/a observador quanto um/a participante da vida das pessoas; e (6) a

37 Vidich e Lyman (2006), sobre esse aspecto, complementam: “as observações do etnógrafo são sempre orientadas por imagens do mundo que determinam quais são os dados e quais não o são: um ato de atenção em relação a um objeto e não a outro revela uma dimensão do compromisso de valor do observador, bem como de seus interesses repletos de valores” (p. 52).

etnografia ocorre a longo prazo, que varia de pesquisa para pesquisa e pode durar algumas semanas ou vários anos.

Tendo em vista esse pequeno resumo do método etnográfico, é importante dizer que não o utilizamos, em totalidade, nos moldes da antropologia, mas sim um método desenvolvido por Magalhães (2000) a partir dele, chamado etnografia discursiva. Não deixamos de considerar as informações trazidas anteriormente. Ao contrário, devemos complementá-las com o olhar da Linguística e dos estudos críticos da linguagem, pois, como Chouliaraki e Fairclough (1999, p. 62, tradução minha) apontam, a língua(gem) é o único aspecto constituinte das práticas sociais que permeia todos os outros (instituições, valores, crenças, ideologias, relações sociais e atividades materiais), e que a “etnografia pode iluminar múltiplos aspectos de uma prática, tanto sincronicamente (durante o trabalho de campo), quanto historicamente”.³⁸ Para os autores, a etnografia “também fornece um contexto inestimável para avaliar o processo articulatório [desses elementos] na prática e a função específica do discurso nela” (CHOULIARAKI;FAIRCLOUGH, 1999, p.62, tradução minha).³⁹

Desse modo, a etnografia discursiva configura-se também como um método de pesquisa qualitativa (MAGALHÃES;MARTINS;RESENDE, 2017), na qual há “uma articulação de princípios etnográficos para o trabalho de campo e o uso da Análise de Discurso Textualmente Orientada (ADTO) [proposta por Fairclough (2001)] e da Análise de Discurso Crítica (ADC) para a investigação de transcrições de entrevistas e outros textos” (MAGALHÃES, 2016, p. 227). O diferencial desse método, portanto, é utilizar a etnografia para o estudo do discurso como prática social. Magalhães, Martins e Resende (2017) afirmam que um dos princípios da etnografia discursiva é a comparação constante “entre indivíduos e situações, registrando como os atores sociais localizam-se em grupos em que se constroem identidades, e em relação a instituições formais” (p. 117). Outra característica da etnografia discursiva apontada pelos autores é a reflexividade, pois o/a pesquisador/a deve correlacionar observações e registros escritos com os dados gerados e coletados em campo, com a sua curiosidade e com a literatura pertinente à investigação. Faço isso no próximo capítulo, que está reservado para as análises.

38 No original: “ethnography can illuminate multiple aspects of a practice, both synchronically (at the time of the fieldwork) or historically”.

39 No original: “It also provides an invaluable context for assessing the articulatory process in the practice and the specific function of discourse in it”.

Tendo em vista que pesquisas qualitativas, etnográficas e/ou etnográfico-discursivas não estão dissociadas do compromisso ético, discorreremos um pouco sobre esse assunto no tópico a seguir.

4.1.1 ÉTICA EM PESQUISA

Adoto nesta pesquisa a postura que Magalhães (2000) nomeou pesquisa democrática radical. Essa postura vai de encontro a métodos pouco democráticos, em que os sujeitos de pesquisa são transformados em objetos a serem explorados pelo/a pesquisador/a. Isto é, tanto na pesquisa de Magalhães (2000) como nesta pesquisa, os/as participantes são vistos como seres humanos e sujeitos sociais, em que se valoriza as diferenças sociais (e de poder), na tentativa de transformá-las (FAIRCLOUGH, 2001; 2003). Tendo em vista que a posição dos/as pesquisadores/as em ADC é clara, o chamado caráter posicionado (RESENDE, 2012),⁴⁰ eles/as fortalecem o grupo de participantes em desvantagem e compartilham os objetivos de pesquisa e os conhecimentos adquiridos com ela.

Uma das formas de compartilhar os conhecimentos adquiridos com esta pesquisa serão as oficinas, que se realizarão em 2019, em Sobral, no mesmo CSF em que os dados foram gerados e coletados (sobre esse assunto, veja seção seguinte sobre técnicas de pesquisa). As oficinas se configuram como uma forma democrática de levar à comunidade participante alguns resultados de pesquisa, haja vista que se opõe mais uma vez à visão pouco equânime a respeito dos/as participantes, em que o/a pesquisador/a coletaria/geraria o que precisasse e depois desapareceria, em uma relação de objetificação dos/as participantes. Com as oficinas, os/as participantes podem ter acesso às nossas percepções, enquanto não pertencentes à comunidade e contribuir com novas informações. Portanto, as oficinas, apesar de não se configurarem como uma técnica de pesquisa, mas sim como um produto, podem também fornecer novos dados.

Sobre o compartilhamento de informações, Flick (2009a) estabelece que o/a pesquisador/a deve trabalhar com os/as participantes mediante consentimento informado assinado em documento formal, dando oportunidade de o/a participante se recusar a participar. O compartilhamento de informações (tema e objetivos de pesquisa) antes da coleta e/ou geração de dados, faz-se desafiador porque os/as participantes podem direcionar suas respostas para dizerem o que gostaríamos de ouvir. No entanto, pela decisão tomada de que

40 “Em todas as suas vertentes, a ADC propõe abordagens críticas para a análise de textos, assumindo posicionamento explícito em relação a problemas sociais de cunho discursivo e negando o mito da ‘imparcialidade científica’” (RESENDE, 2012, p. 101).

esta pesquisa seria democrática radical e priorizaria a ética, por consequência, assumi esse risco. Para dirimir esse desafio, a triangulação de métodos foi essencial (veja subseção adiante a respeito de triangulação na pesquisa científica como forma de auxiliar na validação da pesquisa). Quanto ao consentimento de participantes, assevero que tanto os/as profissionais de saúde como os/as pacientes convidados foram informados/as a respeito do tema e dos objetivos de pesquisa, da duração da pesquisa de campo e das técnicas de coleta e geração de dados que utilizei. Ao solicitar a participação de cada um/a, deixava-os/as livres para recusarem-se a participar.⁴¹ Após a aceitação em fazer parte do grupo de participantes, esclarecia que, caso fosse de desejo deles/as, poderiam revogar suas participações a qualquer momento.⁴² Em seguida, eu apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (veja anexos B e C), aguardava sua leitura, esclarecia eventuais dúvidas, e, por fim, assinávamos as duas vias, em que uma ficava comigo e outra, com eles/as.

Os nomes dos/as participantes foram trocados por pseudônimos, para a preservação da identidade. Nomes de atores sociais citados pelos/as participantes durante entrevistas e o nome do CSF pesquisado também foram trocados por pseudônimos. Trago, de forma descontextualizada, o local da pesquisa, sem dar detalhes sobre o bairro e a comunidade em que o CSF está, para que ele não seja identificado. Sobre anonimato de participantes, Flick (2006a, p. 160) afirma que:

a proteção do anonimato para os participantes é uma questão crucial e muito mais difícil de manter do que na pesquisa do tipo pesquisa de levantamento, de grande escala. A pesquisa qualitativa, com sua orientação aos estudos de caso, às histórias de vida, às transcrições e aos lugares do mundo real, bem como à importância da informação de contexto para a pesquisa, enfrenta problemas na proteção de dados que são muito mais difíceis de solucionar.

Para finalizar este breve comentário sobre a ética em pesquisa, no decorrer das observações participantes e das entrevistas não fiz nenhuma anotação, divergindo de Angrosino (2009), com a finalidade de não deixar os/as participantes mais desconfortáveis, visto que a minha presença, enquanto pesquisadora, já promoveu estranhamento. Os registros de observação participante, em relatos de pesquisa, foram feitos em momento posterior. A seguir, descrevo e detalho as técnicas de pesquisa e comento sobre o uso de triangulação na pesquisa qualitativa.

41 Houve uma recusa de participação por parte da Auxiliar de Saúde Bucal/ASB Eduarda.

42 Uma paciente e uma dentista deixaram de participar da pesquisa, essa última por motivo de saúde. Quanto à paciente, não houve um aviso formal de retirada de consentimento. Tentei contato com ela diversas vezes pelo aplicativo de celular *Whatsapp* e dirigi-me à casa dela algumas vezes, sem sucesso de encontrá-la. Entendi, assim, que ela não desejava continuar a participar da pesquisa.

4.2 TÉCNICAS DE PESQUISA E TRIANGULAÇÃO NA PESQUISA QUALITATIVA

Nesta subseção, descreverei as técnicas escolhidas para geração de dados e discorrerei acerca dos tipos de triangulação, que está intimamente relacionada com a necessidade de uso de, pelo menos, duas formas de ver, confrontar, coletar/gerar ou perceber o fenômeno pesquisado.

4.2.1 TÉCNICAS DE PESQUISA

Para alcançar as características ontológicas a que me propus investigar, tendo em vista as escolhas epistemológicas e o aporte teórico-metodológico da ADC e da etnografia discursiva, fiz uso de quatro técnicas de pesquisa durante a pesquisa de campo. As técnicas são todas de geração de dados, respectivamente: (relatos de) observação participante (ANGROSINO, 2009), entrevistas semiestruturadas (dois momentos, um pré e outro pós diários de participantes), diários de participantes e oficinas.⁴³ A seguir, descrevo cada um delas separadamente.

4.2.1.1 (*Relatos de*) observação participante

A observação participante caracteriza-se como uma postura adotada pelo/a pesquisador/a durante a pesquisa de campo (ANGROSINO, 2009). Na observação participante, “os membros da comunidade estudada concordam com a presença do pesquisador entre eles como um vizinho e um amigo que também é, casualmente, um pesquisador. O pesquisador deve, então, fazer o esforço de ser aceitável como pessoa” (ANGROSINO, 2009, p.33). Na pesquisa, fiz uso da observação participante, registrando-a em relatos de pesquisa em momentos posteriores à observação, por questões éticas. Observei atendimentos de profissionais de saúde (3 enfermeiras,⁴⁴ um médico e uma dentista) a pacientes da ESF. Dessa forma, as observações foram feitas majoritariamente dentro de consultórios das enfermeiras e do médico. No entanto, ocorreram observações também fora

43 Apesar de oficinas não serem uma técnica de geração de dados, mas sim um produto de pesquisa, isto é, um momento para compartilhar resultados da pesquisa aos participantes, inclui-as nesta seção por ser onde melhor se encaixa.

44 Durante a Pesquisa Inicial, havia duas enfermeiras no CSF, chamadas Renata e Priscila, cujos atendimentos observei durante alguns turnos. No final do ano de 2017, o contrato de Renata terminou e não foi renovado, ocasionando sua saída. Quando fiz a pesquisa de campo em janeiro e fevereiro de 2018, Priscila permanecia e havia outra enfermeira para substituir Renata, chamada Jaqueline, cujos atendimentos também observei.

do CSF, durante acompanhamento de ACSs, que visitam pacientes em suas residências e durante a visita domiciliar da equipe de saúde. Foram também registradas atividades do cotidiano da equipe de saúde do CSF, mesmo que fora dos consultórios.

Essa postura foi apropriada para esta pesquisa, pois pude criar maior vínculo com os/as participantes.⁴⁵ Tal vínculo me proporcionou melhor entendimento da cultura local, bem como das práticas sociais. As práticas sociais, como apontam Magalhães, Martins e Resende (2017), são constituídas por várias dimensões, além do discurso, tais como crenças, valores, relações sociais e atividades materiais. Portanto, a observação participante me permitiu entender melhor as dimensões das práticas sociais.

Os registros das observações participantes em relatos de pesquisa, como comentado, foram realizados em momento posterior às observações. Nenhuma anotação, ou gravação de qualquer espécie, foi feita durante observações e a justificativa é o compromisso ético de pesquisa (citado anteriormente). Compreendo que minha presença, principalmente no início da pesquisa de campo, acarretou um estranhamento, e até desconforto, tanto para profissionais de saúde quanto para pacientes, e que escrever durante as observações agravaria esse quadro, pois os/as profissionais de saúde poderiam se sentir julgados/as e os/as pacientes, vulneráveis. Portanto, os relatos somente foram escritos quando eu estava sozinha e longe do contato com a comunidade. Como a observação participante é uma postura que demanda muita memória pela riqueza de detalhes e sutilezas, desenvolvi a estratégia de, quando necessário, registrar o que observei em forma de tópicos no bloco de notas do celular durante o horário de almoço, para, posteriormente, detalhar o relato.⁴⁶

Também foram registrados, em alguns trechos, impressões, questionamentos, angústias, dificuldades e facilidades encontradas durante a pesquisa de campo. Os relatos de pesquisa são semelhantes a um diário de pesquisa, porém optei por não utilizar essa denominação, por ter adotado a técnica diários de participantes, e poderia se tornar confuso. Portanto, como exposto, essa técnica me foi útil para que eu acompanhasse de perto todo o processo da pesquisa de campo, desde o primeiro dia, e para que detalhes não se perdessem.

45 Na última seção deste capítulo, exponho um pouco sobre minha vivência como pesquisadora.

46 Faço um relato de experiência de campo na última seção do capítulo, em que descrevo que, durante quase todos os dias de pesquisa, almocei com a Auxiliar de Saúde Bucal/ASB Eduarda e com os demais funcionários terceirizados do CSF, tais como o responsável pela farmácia André, os porteiros Leandro e Artur e a técnica de enfermagem Sandra. Depois do almoço, descansávamos em locais diferentes na Unidade, o que não atrapalhou, nem comprometeu as anotações em tópicos que, às vezes, fiz.

4.2.1.2 Entrevistas semiestruturadas

A entrevista semiestruturada, também chamada de semipadronizada por Flick (2009b), por sua vez, é uma técnica de geração de dados, pois o/a pesquisador/a produz os dados em campo. Ela também proporciona maior flexibilidade ao/à pesquisador/a, visto que não há uma sequência rígida das perguntas, além de permitir que sejam feitas outras perguntas que não foram planejadas previamente. Todas as perguntas são abertas. Aproprio-me do que Flick (2009b) expõe sobre o planejamento das perguntas. O autor diz que é necessário que haja perguntas abertas, perguntas controladas e direcionadas para as hipóteses, e por último, questões confrontativas, num processo gradual, e assim o segui.

Nesta pesquisa, foram instituídos dois momentos de entrevistas com cada participante, ambos com roteiros semiestruturados. O primeiro momento foi inicial, nos primeiros dias de pesquisa de campo, em que os roteiros de entrevistas foram mais longos, divididos em duas partes: a primeira consistiu de perguntas pessoais de cunho identificatório, para maior compreensão do grupo de participantes; e a segunda, de perguntas abertas focalizadas nos objetivos da pesquisa: é nessa parte que seguirei os passos de Flick (2009b). Informo que a primeira parte da entrevista, com dados pessoais, também será divulgada, com a ressalva de serem substituídos, como mencionado anteriormente, os nomes dos/as participantes e do CSF por pseudônimos, a fim de preservar o anonimato garantido pelo TCLE. As respostas das perguntas das primeiras entrevistas foram usadas para a elaboração das perguntas dos diários de participantes (veja subseção seguinte). A seguir, trago o roteiro de entrevistas para profissionais de saúde e pacientes.⁴⁷

Quadro 4: Primeiro roteiro de entrevista com profissionais de saúde

1ª Parte: Dados identificatórios

1. Qual o seu nome?
2. Quantos anos você tem?
3. De onde você é?
4. Onde você mora?
5. Qual a sua profissão?
6. Há quanto tempo você exerce sua profissão?
7. Há quanto tempo você trabalha neste Centro de Saúde?

⁴⁷ Informo que parte destas perguntas são retiradas do macroprojeto citado. Alterações foram feitas para que atingissem os objetivos de investigação desta pesquisa.

2ª Parte: Perguntas relacionadas diretamente aos objetivos da pesquisa

1. Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?
2. Como é sua relação com os/as pacientes?
3. Como considera que seja a sua comunicação com os/as pacientes?
4. Qual a regularidade de retorno dos/as pacientes?
5. Como você vê o vínculo terapêutico?
6. Na sua opinião, que fatores são precisos para que o vínculo terapêutico seja consolidado?
7. Na sua opinião, que fatores dificultam a consolidação do vínculo terapêutico?
8. Comente sobre a rotatividade de profissionais de saúde.
9. Como você vê o atendimento domiciliar?
10. O que acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para atendimento?
11. Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?
12. Como é a sua relação com os/as demais profissionais de sua equipe de saúde?
13. Se dependesse de você, o que deveria ser mudado na Estratégia de Saúde da Família?

Quadro 5: Primeiro roteiro de entrevista com pacientes

1ª Parte: Dados identificatórios

1. Qual o seu nome?
2. Qual a sua idade?
3. De onde você é?
4. Onde você mora?
5. Há quanto tempo você é cadastrado/a no SUS?
6. Há quanto tempo você se consulta neste Centro de Saúde?

2ª Parte: Perguntas relacionadas diretamente aos objetivos da pesquisa

1. Por que você veio ao posto hoje?
2. O que você acha do atendimento que você recebe aqui no posto?
3. Como é a sua relação com as pessoas que atendem no posto?
4. Para você, qual dos profissionais é mais fácil conversar?
5. Para você, qual deles é o mais difícil?
6. Como é o atendimento domiciliar/em casa?
7. Como você vê o atendimento domiciliar/em casa?
8. Como é a comunicação com as pessoas que atendem no posto?
9. Como você vê a rotatividade (a troca) de profissionais de saúde no posto?
10. Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?
11. Se dependesse de você, o que mudaria na Estratégia de Saúde da Família?

O segundo momento de entrevistas ocorreu após a aplicação e o recolhimento dos diários de participantes. As perguntas foram elaboradas com base nas respostas dos diários de

participantes e tiveram por objetivo validar os dados das primeiras entrevistas e dos diários, aprofundar informações pertinentes sobre o vínculo terapêutico e tirar dúvidas que tive em relação aos dados gerados nos diários. Apesar de serem apenas três perguntas para cada grupo de participantes, caracterizam-se como roteiros semiestruturados de entrevista, porém não nos moldes de Flick (2009b). Ressalto que, por serem semiestruturados, outras perguntas foram elaboradas durante as entrevistas, a depender do/a participante.⁴⁸ A seguir, o segundo roteiro de entrevista para pacientes e profissionais de saúde.

Quadro 6: Segundo roteiro de entrevista com profissionais de saúde

1. Que orientações de saúde você costuma dar aos seus pacientes de modo geral?
2. Que outros assuntos costumam ser tópicos de conversa durante o atendimento?
3. Como você constrói o vínculo terapêutico com os/as pacientes?

Quadro 7: Segundo roteiro de entrevista com pacientes

1. No posto, com quem você conversa sobre sua saúde? Por quê?
2. Geralmente, que recomendações de saúde você recebe no atendimento?
3. Sobre que outros assuntos você conversa com o/a profissional de saúde que lhe atende?

Por fim, afirmamos que todas as entrevistas foram transcritas. A transcrição de entrevistas serve para dois fins. O primeiro está relacionado diretamente à qualidade e validade da pesquisa qualitativa, haja vista que a transcrição torna os dados mais transparentes, de forma que os/as leitores/as e os/as pesquisadores/as possam identificar que afirmações são de autoria do/as participante e quais são de autoria do/a pesquisador/a, transformando a documentação desenvolvida em reflexiva (FLICK, 2009a; ANGROSINO, 2009). O segundo liga-se com nosso tipo e campo de pesquisa, pois, enquanto analistas críticos/as de discurso, as análises feitas são majoritariamente linguísticas, necessitando assim da materialização do texto oral de entrevistas (ou outros tipos de técnicas) gravadas em áudio em texto oral transcrito. Desse modo, as convenções de transcrição adotadas são as mesmas de Magalhães (2000) e Sarangi (2010), apresentadas no quadro a seguir:

⁴⁸ Um exemplo é o diário da ACS Camila, em que ela respondeu apenas “ótimo”, quando perguntada sobre seu dia de trabalho. Desse modo, aproveitei o momento oportuno da segunda entrevista para perguntar-lhe o que ela considera ótimo e porquê.

Quadro 8: Convenções de transcrição (MAGALHÃES, 2000; SARANGI, 2010)

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição ligeira
Número	Turno de fala

4.2.1.3 Diários de participantes

Os diários de participantes são uma técnica de geração de dados. De acordo com Jones, Martin-Jones e Bhatt (2012), o uso de diários de participantes está diretamente ligado com a preocupação do/a pesquisador/a em desenvolver uma abordagem de pesquisa crítica e dialógica, comprometida com as percepções e os valores do grupo. Os autores ainda elaboram algumas razões para a adoção de diários de participantes como técnica de pesquisa. Das razões apontadas por eles, apresentamos duas que são mais abrangentes e que se enquadram nesta pesquisa. A primeira razão relaciona-se às entrevistas semiestruturadas e às observações participantes, visto que são técnicas em que prevalecem a visão e a percepção do/a pesquisador/a, podendo sofrer pequenos direcionamentos, causados pela própria condição do/a pesquisador/a de não pertencimento à comunidade. Desse modo, os diários de participantes configuram-se como uma técnica que provê ao/à pesquisador/a a visão dos próprios participantes acerca de suas práticas diárias que estão sendo investigadas. A segunda razão refere-se à localização das práticas no tempo e no espaço, já que o/ pesquisador/a pode identificar quando, como, com quem, onde e por quê as práticas ocorrem, sendo possível explicá-las (JONES; MARTIN-JONES; BHATT, 2012).

Nesta pesquisa, o objetivo de usar a técnica está em enriquecer o conhecimento sobre as atividades de saúde de pacientes e as atividades de trabalho de profissionais de saúde para além das consultas observadas, com o objetivo de ter maior compreensão das práticas sociais da comunidade participante. Foram elaborados três diários de participantes. O primeiro, para pacientes, composto por duas perguntas (veja apêndice D, p. 258). Os outros dois, praticamente iguais, exceto a terceira (e última) pergunta, foram preparados para o grupo de profissionais de saúde, em que um serviu para a enfermeira e para o médico (veja apêndice E, p. 259) e outro, para os três agentes comunitários de saúde (veja apêndice F, p. 260), haja vista que seus locais de trabalho são diferentes, pois aqueles permanecem na unidade durante

a maioria dos turnos, enquanto esses caminham pela comunidade, visitando as residências dos/as pacientes atendidos pelo CSF. Ademais, os campos de respostas desses dois diários foram divididos entre manhã e tarde, referentes aos turnos de trabalho.

Ao contrário de Jones, Martin-Jones e Bhatt (2012), proporcionei a cada participante da pesquisa apenas as cinco folhas de registro com as perguntas preparadas previamente por mim. No entanto, informei que as respostas poderiam ser feitas em outros suportes, tais como folhas em branco ou cadernos, caso fosse de preferência do/a participante. Por fim, é relevante destacar que a cada participante foi pedido que preenchessem o diário por cinco dias, uma folha a cada dia. Apenas uma paciente participante respondeu por quatro dias. Os/as demais, preencheram como solicitado.

4.2.1.4 Grupos focais

Grupos focais são uma Estratégia Metodológica Qualitativa, de acordo com Debus (1997), que tem por objetivo promover interação entre os/as participantes da pesquisa, o/a pesquisador/a e os dados gerados/coletados. Essa interação se dá por meio de uma discussão focalizada, conduzida por tópicos ou perguntas (ASCHIDAMINI;SAUPE, 2001). Bunchaft e Gondim (2004) esclarecem que há três perspectivas no uso de grupos focais, com base nos trabalhos de Morgan (1987; 1996), que são: a) auto-suficiente, na qual os grupos focais são a principal forma de gerar dados na pesquisa, capazes de responder as perguntas de pesquisa; b) fonte preliminar de dados, em que os grupos focais geram dados iniciais, que possibilitarão a escolha e a elaboração de técnicas de pesquisa adequadas para a investigação proposta; e c) associada a outras técnicas ou métodos de pesquisa, ou seja, os grupos focais são uma das técnicas/métodos⁴⁹ escolhidos para a geração e coleta de dados, os quais o/a pesquisador/a usará para realizar triangulação de dados, formando um estudo complexo. Ressalto que, nesta pesquisa, a última perspectiva de uso de grupos focais é adotada.

Os grupos focais, nesta pesquisa, foram executados no último momento da pesquisa de campo, uma vez com cada grupo de participantes (profissionais de saúde e pacientes). Ambos foram conduzidos dentro do CSF, com a autorização da gerente. No caso do grupo focal com profissionais, a gerente também autorizou que os/as profissionais participantes se ausentassem de seus postos por algumas horas, perto do final do expediente.

⁴⁹ Grupo focal é um método de pesquisa, em que um pesquisador conduz sua investigação com o uso exclusivo dele, ou com a combinação de outros métodos. Neste estudo, **uno** grupos focais a outras técnicas de pesquisa, como visto anteriormente. Isso justifica a escolha de usar o termo método como sinônimo de técnica.

As perguntas que conduziram as discussões nos grupos focais foram elaboradas com base no que foi dito nas primeiras entrevistas, nos diários de participantes e nas entrevistas pós-diários de participantes, bem como no que foi observado durante as observações participantes no campo. O motivo da escolha desse momento para a realização dos grupos focais constituiu-se pela riqueza de informações que eles são capazes de promover. Portanto, acredito que tê-los deixado para o final da pesquisa de campo proporcionou-me maiores aprofundamentos nos debates e amadurecimento na pesquisa. A seguir, apresento os roteiros que guiaram os dois grupos focais:

Quadro 9: Roteiro para grupo focal com pacientes

1. Como vocês se sentem nas consultas?
2. E depois das consultas, como vocês se sentem?
3. O que vocês fazem pra resolver os seus problemas de saúde?
4. Na opinião de vocês, o que deveria ser mudado no atendimento aqui do posto?

Quadro 10: Roteiro para grupo focal com profissionais de saúde

1. Para vocês, o que é o vínculo terapêutico?
2. Como vocês veem esse vínculo?
3. Como vocês relacionam o vínculo terapêutico com a infraestrutura desta Unidade de Saúde e da Estratégia de Saúde da Família de modo geral?
4. O que vocês acham que poderia ser feito para que o vínculo terapêutico melhorasse?

A seguir, comento sobre as Oficinas.

4.2.1.5 Oficinas

Oficinas se caracterizam como produtos de uma pesquisa, ou seja, como algo que foi produzido com base nos dados gerados e/ou coletados, que, por sua vez, passaram por uma análise, por meio das teorias adotadas na pesquisa. Deste modo, as oficinas são uma forma valiosa de apresentar à comunidade participante da pesquisa alguns resultados do estudo, principalmente se os/as pesquisadores/as adotarem a postura ética denominada por Magalhães (2000) de “pesquisa democrática radical”, comentada anteriormente. Sua relevância se dá também por ser uma forma de validar os dados, pois os/as participantes poderão concordar, discordar, incrementar, melhorar e/ou ajustar os resultados de pesquisa, trazendo maior clareza para os/as pesquisadores/as em pontos que ainda se apresentam (parcialmente) obscuros para eles/as.

As oficinas não se caracterizam como uma técnica de pesquisa, com o propósito primário de coletar ou gerar dados. No entanto, pode vir a ser uma ocasião oportuna para tal, caso seja de interesse da pesquisa, haja vista que elas podem ser gravadas (e transcritas) e os artefatos⁵⁰ produzidos durante elas (veja adiante), recolhidos e analisados. Dessa forma, além das contribuições feitas pela própria comunidade, as oficinas podem ser mais uma fonte de dados para acessar a prática social investigada. Tendo em vista que não foi possível realizar as oficinas em Sobral em julho de 2018, como estava previsto, as oficinas servirão exclusivamente como meta de pesquisa. Acredito ser oportuno firmar, neste momento, meu compromisso de voltar a campo para realizá-las. Mesmo assim, com o intuito de melhorar a compreensão do processo de realização das oficinas, discorro sobre seu planejamento e sua futura execução nesta pesquisa. Enfatizo que a forma que apresentarei é uma das possibilidades de se fazer oficina, sendo de livre escolha do/a pesquisadora seu *design*. Portanto, é por saber que oficinas ainda são pouco exploradas em pesquisas e não possuem um método de aplicação fixo e/ou estabelecido, que a descrição a seguir poderá servir de modelo para futuros/as pesquisadores/as.

Nesta pesquisa, as oficinas serão planejadas e executadas em quatro etapas. A primeira constituirá de planejamento, em que preparei um roteiro simples, contendo as credenciais da pesquisa (título e universidade a qual se vincula), de minha orientadora (nome e título) e meus dados (nome, telefone, e-mail, número de matrícula), e trechos transcritos de entrevistas, que representaram os principais e mais recorrentes problemas apontados pelos/as participantes durante o estudo. Esses trechos servirão de incentivo para discussão.⁵¹ Prepararei também materiais para a confecção de artefatos, que ocorrerá na fase final da oficina (cartolinas, folhas em branco, canetas hidrocor, lápis de cor, giz de cera, pinceis atômicos, entre outros). Na segunda etapa, dar-se-á o início da oficina, em que explicarei a dinâmica da oficina e lerei, junto dos/as participantes, os trechos em voz alta, dando pausa entre eles, para que deem suas opiniões, relatem experiências e/ou discordem. Faz-se relevante dizer que os participantes das oficinas não se restringirão aos participantes iniciais da pesquisa, sendo as oficinas abertas a toda comunidade de profissionais de saúde e pacientes. Em seguida, na terceira etapa, pedirei que os/as participantes se dividam em grupos para confecção de

50 Por artefatos entendemos: instrumentos, tecnologias e objetos que participam, juntamente aos atores sociais, de uma determinada atividade (GHERARDI, 2012).

51 Estabeleci que usaria apenas trechos de entrevistas com profissionais de saúde nos roteiros de oficina de pacientes, e trechos de entrevistas com pacientes nos roteiros de oficina de profissionais de saúde. Tomei tal decisão para evitar que participantes reconheçam suas vozes e se constringam, ou ainda, que outros participantes identifiquem vozes de colegas, agravando a situação. Haveria a chance de isso acontecer caso eu não tivesse formulado essa pequena estratégia, pois o CSF é pequeno e o grupo de participantes também, logo, os/as profissionais de saúde poderiam facilmente se reconhecer, mesmo com o uso de pseudônimos.

artefatos, com os materiais oferecidos, nos quais deverão propor possíveis soluções para os problemas discutidos na etapa anterior. O momento de confecção de artefato será livre e durará bastante tempo, a fim de que possam refletir e criar, por meio de suas profissões, vivências e desejos. Por fim, na última etapa, pedirei que cada grupo apresente para todos/as o que terá sido elaborado.

Na seção seguinte, comento sobre triangulação de dados e seu papel crucial em uma pesquisa qualitativa etnográfico-discursiva.

4.2.2 TRIANGULAÇÃO (E VALIDAÇÃO) NA PESQUISA QUALITATIVA

A triangulação de dados está ligada diretamente à qualidade da pesquisa qualitativa e pode ocorrer em quatro dimensões da pesquisa, sobre as quais falarei adiante. São elas: triangulação de teorias, triangulação de pesquisadores, triangulação de métodos⁵² e triangulação de dados. O/a pesquisador pode escolher fazer uso de um ou mais tipos de triangulação na mesma pesquisa, tudo depende de seus objetivos, recursos financeiros e tempo, para citar alguns (FLICK, 2009a). A triangulação se configura como uma alternativa para a validação e não uma estratégia de validação de pesquisa (DENZIN; LINCOLN, 2006). Isso significa dizer que, a triangulação traz profundidade de entendimento sobre o fenômeno, que se relaciona com uma pesquisa válida e de qualidade. A triangulação e a validação estão interligadas, mas uma não é consequência da outra.

Definindo, então, triangulação, Flick (2009a) assevera, em seu livro sobre a qualidade da pesquisa qualitativa, que triangulação “significa que uma questão de pesquisa é considerada – ou, em uma formulação construtivista, é constituída – a partir de (pelo menos) dois pontos” (p. 61). Esses dois pontos, contudo, não devem ser confundidos como um modo de coletar ou gerar dados e outro para analisá-los, pois isso é padrão e básico de qualquer pesquisa. Devem ser dois pontos em uma mesma dimensão das apontadas anteriormente. Complementando a visão desse pesquisador, Denzin e Lincoln (2006), em sua metáfora a respeito do/a pesquisador/a ser um *bricoleur* e sua pesquisa, uma *bricolage*, afirmam que triangulação é “uma exposição simultânea de realidades múltiplas, refratadas”, em que se objetiva compreender em profundidade o fenômeno estudado.

Retornando às dimensões de pesquisa em que podem ocorrer triangulação, comentarei cada uma brevemente, porém aprofundando um pouco mais na triangulação de

52 Este termo é cunhado e utilizado por Flick (2009a). Nesta pesquisa, métodos, na visão deste autor para a realização da triangulação, a qual ele se refere, equivale-se às técnicas de pesquisa que escolhi junto de minha orientadora. Assim, “triangulação de métodos” deve ser lido como “triangulação de técnicas”.

métodos, que é a adotada nesta pesquisa. O primeiro tipo de triangulação é a de teorias, que significa confrontar os dados a múltiplas perspectivas e paradigmas interpretativos, que, por sua vez, podem ser ou não concorrentes ou sobrepostos, a fim de entender o fenômeno estudado (DENZIN;LINCOLN, 2006; FLICK, 2009). A triangulação de pesquisadores é o uso de mais de um/a pesquisador/a para realizar as observações e aplicar os mesmos métodos de coleta e/ou geração de dados, com a finalidade de revelar e minimizar direcionamentos que um/a pesquisador/a pode promover em campo (FLICK, 2009a). A triangulação de dados, por outro lado, é a comparação de diferentes dados sobre o mesmo assunto, que foram coletados e/ou gerados em mais de um local com a aplicação de métodos iguais.⁵³ Uma forma comum de triangulação de dados praticada por muitos etnógrafos diz respeito às observações feitas em campo e anotadas em relatos de campo. Sanjek (1990) aponta que a indexação de relatos de pesquisa por temas, por exemplo, além de dar mais validade à pesquisa, auxilia o confronto desses temas em momentos diferentes de observação durante a pesquisa de campo.

O último tipo de triangulação é a de métodos, adotado nesta pesquisa. Magalhães, Martins e Resende (2017) definem triangulação de métodos como “o uso de dois ou mais métodos para gerar/coletar diferentes tipos de dados” (p. 162). Flick (2009a) desdobra esse tipo de triangulação em dois tipos: dentro de métodos e entre métodos. O primeiro diz respeito ao uso de diferentes variedades de um método de coleta ou geração de dados, por exemplo, o uso de dois tipos de observação, que poderiam ser a participante e a direta. O segundo seria a adoção de dois ou mais métodos diferentes, para fim de “superar a limitação de cada método por meio da combinação de mais de um deles”. (p. 65). Magalhães, Martins e Resende (2017) complementam e aproximam a técnica de triangulação para as pesquisas sociais críticas de abordagem etnográfico-discursiva: “[a]s técnicas triangulares visam explicar ou compreender com maior profundidade a complexidade de processos sociais, estudando-os em mais de uma perspectiva e utilizando simultaneamente dados provenientes de diferentes fontes” (p. 163).

Esta pesquisa faz uso de triangulação de métodos entre métodos, pois adoto quatro diferentes técnicas de pesquisa (definidas e detalhadas na subseção anterior). Tais

53 Um exemplo desse tipo de triangulação, que pode facilmente ser confundido com a triangulação de métodos, seria a pesquisa do macroprojeto a qual esta pesquisa se vincula, pois foram coletados e gerados dados sobre o mesmo assunto com o uso das mesmas técnicas em cinco localidades diferentes, a fim de compará-los. Em parte, também foi feita triangulação de pesquisadoras, pois as observações foram feitas por duas pesquisadoras (bolsistas de Iniciação Científica na época); no entanto, as entrevistas não foram repetidas por cada uma das duas, daí a justificativa da expressão “em parte”. Ressalto, aqui, que o macroprojeto também faz uso de triangulação de métodos, o que não exclui nem triangulação de dados, nem a triangulação parcial de pesquisadores/as.

técnicas me possibilitaram perceber momentos, eventos, práticas e aspectos pertinentes à pesquisa de e em diferentes ângulos, evidenciando contradições e trazendo minha percepção para mais perto da representação⁵⁴ real do que ocorre na Estratégia de Saúde da Família acerca do vínculo terapêutico e das relações entre sujeitos.

Na subseção seguinte, descrevo o contexto de coleta e geração de dados.

4.3 CONTEXTO DE COLETA E DE GERAÇÃO DE DADOS: CSF OSWALDO CRUZ

A pesquisa de campo ocorreu em duas etapas. A primeira em novembro de 2017, pelo período de uma semana, o qual nomeamos de Pesquisa Inicial, e a segunda se deu em janeiro e fevereiro de 2018, durante quatro semanas (veja subseção seguir, em que relato as experiências de campo). Ambas as etapas ocorreram no CSF Oswaldo Cruz,⁵⁵ que possui tamanho médio e conta com duas equipes de saúde.

A estrutura física do CSF Oswaldo Cruz tem formato de letra L. Ao entrar, há três salas, duas à direita e uma à esquerda. As duas da direita são a sala de curativo e farmácia e da esquerda, sala de vacinas. Ao lado da sala de vacinas, há o bebedouro. Em frente a ele, o Serviço de Arquivo Médico e Estatística/SAME, que é a recepção do CSF (na curva da letra L). Lá, os/as pacientes marcam consultas; tiram dúvidas; recuperam o número do cartão do SUS;⁵⁶ fazem reclamações, sugestões e elogios; e acessam o prontuário familiar. Continuando o percurso de apresentação do CSF, há, em seguida, a sala de espera, em que as cadeiras ficam dispostas ao longo do centro. Na lateral esquerda, há o banheiro para funcionários/as, o banheiro para pacientes, a sala de reuniões e, por fim, a despensa. Na lateral direita, há o consultório do/a dentista, o consultório dos/as enfermeiras, o primeiro consultório do/a médico/a, a sala da gerência, e, por último, a segunda sala do/a médico/a. Os consultórios, a sala de gerência, a sala de vacinas, a sala de curativo e a sala de reuniões⁵⁷ são equipados com ar-condicionado. Já a sala de espera e o SAME, com ventiladores.

No CSF Oswaldo Cruz, duas equipes de saúde fazem atendimento. Cada equipe é gerenciada pelas enfermeiras Priscila e Jaqueline. A equipe da Priscila conta com um médico, o doutor Roberto, uma técnica de enfermagem e alguns ACS, incluindo a ACS Camila e a

54 Como apontado por Denzin e Lincoln (2006), “[a] realidade objetiva nunca pode ser captada. Podemos conhecer algo apenas por meio das suas representações” (p. 19).

55 O nome do CSF, bem como todos os nomes de participantes apresentados nesta seção, é fictício.

56 Em qualquer atendimento que um/a paciente do SUS seja atendido, ele/a deve portar seu cartão do SUS. Caso o/a paciente esqueça o cartão em casa, os/as funcionários/as do SAME são capazes de acessar o sistema *online* do SUS e informar o número ao/à paciente.

57 Até a última semana da segunda etapa de pesquisa, não havia ar-condicionado na sala de reuniões, apenas ventiladores.

ACS Laís, participantes da pesquisa. A equipe da Jaqueline é composta por uma médica, uma técnica de enfermagem e ACSs, incluindo o ACS Gustavo, que desde o início participa da pesquisa e sempre foi muito solícito aos meus pedidos. Os/as pacientes de ambas as áreas de abrangência das equipes são atendidos/as pela mesma dentista e sua auxiliar de saúde bucal. De acordo com os/as profissionais de saúde participantes da pesquisa, a área de abrangência da equipe de saúde da enfermeira Priscila possui pacientes com maior poder aquisitivo, em que muitos pagam por planos particulares de saúde. Ao contrário dessa área de abrangência, a da enfermeira Jaqueline é formada majoritariamente por pessoas de baixa renda, em que o CSF Oswaldo Cruz e os serviços do SUS são praticamente as únicas formas de acesso à saúde.

4.4 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE CAMPO

Nesta seção, apresento brevemente minha experiência no campo de pesquisa, que aconteceu em três momentos: em julho e novembro de 2017 e janeiro e fevereiro de 2018.

4.4.1 ENTRADA EM CAMPO

Sobral-CE é uma das cidades pesquisadas pelo macroprojeto em andamento coordenado pela professora doutora Izabel Magalhães, intitulado “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais de Saúde na Relação com Pacientes”.⁵⁸ Por conta da exigência da Secretaria de Saúde do município de que o projeto passasse pela avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP e pela demora na aprovação deste, Sobral não entrou no relatório final de pesquisa enviado à FUNCAP no final de 2014. Em seguida, ainda enquanto bolsista de Iniciação Científica de graduação em Letras Português e Inglês da Universidade Federal do Ceará, realizei pesquisa de campo em Sobral em julho de 2015 pelo período de três dias. Após o ingresso no curso de mestrado no Programa de Pós-Graduação em Linguística/PPGL da Universidade de Brasília, minha orientadora e eu decidimos que Sobral mereceria novas pesquisas, o que justifica a escolha de meu local de pesquisa.

Assim, com o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (veja anexo D, p. 358) e a autorização de pesquisa assinada

⁵⁸ Este projeto foi, primeiramente, financiado pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico/FUNCAP, através do edital 03/2012 – PPSUS-REDE-MS/CNPq/FUNCAP/SESA. Atualmente, vem sendo continuado com apoio do CNPq; bolsa de Produtividade em Pesquisa em nome da professora.

em 2013 pela Secretaria de Saúde de Sobral (veja anexo E, p. 361), fui à cidade em julho de 2017 para travar o primeiro contato com o CSF Oswaldo Cruz. Lá, fui recebida pela enfermeira Renata, que estava atuando como gerente, enquanto esta estava ausente. Por conta de o documento ser antigo, ela me orientou a fazer um novo pedido de autorização de pesquisa junto à Comissão Científica de Sobral. Agradei e dirigi-me à Secretaria de Saúde de Sobral para obter mais informações a respeito dessa Comissão e dos procedimentos necessários para requerer nova autorização.

Chegando lá, conversei com uma funcionária muito simpática e solícita, que ligou para o ramal da Comissão, explicou um pouco de minha situação e passou-me o telefone, para que a secretária de lá me explicasse o que fosse necessário. Ao telefone, ela me deu o *site* em que eu poderia acessar a plataforma de cadastro de projetos de pesquisa, para que pudesse cadastrar o macroprojeto, as instruções de acesso e o número de telefone da Comissão. Também informou que, por se tratar de um projeto já aprovado anteriormente e por ter certa urgência, ela daria celeridade ao processo, para que a nova autorização saísse o quanto antes. Agradei as informações e a gentileza e desliguei. Agradei também à funcionária que me atendeu muito prontamente na Secretaria de Saúde. Por não poder mais fazer a pesquisa de campo, encerrei o contato inicial. Continuei o contato via telefone, de Brasília, para saber o andamento da submissão. Em outubro de 2017, recebi a nova autorização (veja anexo F, p. 362), que me permitiu fazer a Pesquisa Inicial em novembro de 2017, sobre a qual relato na próxima subseção.

4.4.2 PESQUISA INICIAL

A Pesquisa Inicial aconteceu do dia 06 ao dia 10 de novembro de 2017, no CSF Oswaldo Cruz e é considerada a primeira etapa de pesquisa de campo. Planejei fazer o primeiro contato com os/as profissionais de saúde, observar o máximo de consultas de enfermagem, medicina e odontologia quanto fosse possível, acompanhar ACSs em suas visitas à comunidade e realizar as cinco primeiras entrevistas com profissionais de saúde e com pacientes.

A enfermeira Renata me reconheceu e conversamos bastante no primeiro dia de pesquisa. Apresentei o documento de aprovação da Comissão Científica (novamente, a gerente estava ausente, desta vez de férias, atuando a enfermeira Renata como gerente do CSF), apresentei a pesquisa, os objetivos, as técnicas e expliquei que estaria no CSF em dois momentos, esse inicial por uma semana e o outro, em janeiro e fevereiro, por quatro a oito

semanas. Por fim, pedi autorização para conduzir a pesquisa lá. Ela pediu que eu aguardasse o dia seguinte, 07 de novembro, em que a gerente voltaria das férias, pois preferiu não tomar a decisão de autorizar ou não sendo o seu último dia como gerente. No entanto, avisou que provavelmente não haveria problema nenhum. Agradei a gentileza e continuamos conversando.

Ela comentou sobre as questões principais do CSF, sobre a divisão da área de abrangência entre as duas equipes, apresentou-me à enfermeira Priscila (que dividia consultório com ela) e fez algumas críticas à Secretaria de Saúde de Sobral e à gestão municipal de modo geral. Perguntei se ela aceitaria participar da pesquisa, caso eu recebesse permissão de conduzi-la no CSF Oswaldo Cruz e ela aceitou. Disse que entraria de férias no dia seguinte, mas que visitaria o CSF para acompanhar seus estudantes da escola técnica de enfermagem em visita técnica. Durante um desses dias, ela me concederia a entrevista. Agradei.

No dia seguinte, conversei com a gerente do posto, que me autorizou a conduzir a pesquisa de campo nesse CSF. No mesmo dia, às 13 horas, houve um Gerenciamento Diário/GD, que se configura como uma reunião diária para divulgação de informes da Secretaria de Saúde, organização interna, entre outros planejamentos necessários. Nele, a gerente me apresentou à equipe, pediu que eu falasse um pouco de minha pesquisa e solicitou que todos me auxiliassem com o que fosse necessário. Agradei a gentileza, pois esse contato inicial com a equipe foi fundamental para que eu conhecesse os/as profissionais e conseguisse gerar e coletar dados, já que ao final da semana havia conseguido fazer as cinco entrevistas com profissionais de saúde do CSF, acompanhado ACS em visita domiciliar e observado várias consultas com as enfermeiras e algumas da dentista. Infelizmente, não foi possível observar consultas do médico e da médica da unidade e consegui apenas duas entrevistas com pacientes. A seguir, apresento dois quadros dos participantes da Pesquisa Inicial: um com os dados dos/as profissionais de saúde e outro com os dados dos/as pacientes.

Quadro 11: Dados dos/as profissionais de saúde participantes da Pesquisa Inicial⁵⁹

Nome	Idade	Gênero	Naturalidade	Profissão	Tempo de exercício de profissão	Tempo de exercício de profissão no CSF Oswaldo Cruz
Amanda	27 anos	Feminino	São Paulo	Dentista	1 ano e 2 meses	1 ano
Camila	43 anos	Feminino	São Paulo	Agente Comunitária de Saúde	Quase 9 anos	Quase 9 anos
Gustavo	29 anos	Masculino	Goiânia	Agente Comunitário de Saúde	Por volta de 5 meses	Por volta de 5 meses
Priscila	37 anos	Feminino	Fortaleza	Enfermeira	14 anos	5 meses
Renata	32 anos	Feminino	Sobral	Enfermeira	3 anos	1 ano e 3 meses

Quadro 12: Dados dos/as pacientes participantes da Pesquisa Inicial⁶⁰

Nome	Idade	Gênero	Naturalidade	Tempo de uso do SUS	Tempo de uso do CSF Oswaldo Cruz
Janete	60 anos	Feminino	Sobral	Mais de 10 anos	Mais de 10 anos
Rodrigo	26 anos	Masculino	Sobral	15 anos	3 anos

Depois de retornar à Brasília, transcrevi os áudios gravados. E ao fazer isso, percebi que as entrevistas feitas apresentavam problemas de validade, pois fiz perguntas fechadas durante as entrevistas, o que vai de encontro com as configurações de uma entrevista semiestruturada, e fiz pequenos comentários que podem ter direcionado as respostas dos participantes. Acredito que isso aconteceu por eu ter me sentido bastante à vontade, pela recepção muito amigável dos/as profissionais, fiquei tão confortável, que, no momento das entrevistas, esqueci da postura de pesquisadora que devo adotar durante toda a realização da pesquisa, inclusive durante aplicação dessa técnica. Fiquei muito desapontada comigo mesma, mas entendo que foi importante para meu desenvolvimento e formação como pesquisadora.

Portanto, as entrevistas feitas durante a Pesquisa Inicial foram desconsideradas para as análises desta pesquisa. Disponibilizo-as no apêndice A (p. 136). É importante ressaltar que apesar de as entrevistas terem sido desconsideradas, as observações de campo e os relatos não foram, servindo de suporte para minhas análises dos dados gerados na segunda etapa. Na próxima subseção, relato minha experiência de campo na segunda etapa da pesquisa, bem como relato o processo de refazimento das primeiras entrevistas.

⁵⁹ Todas as informações presentes no quadro 11 são referentes aos dados coletados na época da Pesquisa Inicial.

⁶⁰ Todas as informações presentes no quadro 12 são referentes aos dados coletados na época da Pesquisa Inicial.

4.4.3 SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA DE CAMPO

Em janeiro e fevereiro de 2018, realizei a segunda etapa da pesquisa de campo. Ao chegar ao CSF Oswaldo Cruz no dia 08 de janeiro, fui bem recebida por todos e procurei as enfermeiras Renata e Priscila, para conversar sobre o retorno e depois comunicar à gerente também. Encontrei a enfermeira Priscila, que, para minha surpresa, estava como gerente,⁶¹ pois a gerente que conheci em novembro, saiu. Soube também que a enfermeira Renata saiu por conta de seu contrato ter terminado e não ter sido renovado, e que a dentista Amanda estava de licença médica para se recuperar de uma cirurgia. Neste momento, meu entristecimento por ter invalidado as entrevistas da Pesquisa Inicial amenizou, pois percebi que duas participantes teriam de ser substituídas de qualquer maneira.

O planejamento para execução desta segunda etapa estava dividido em quatro fases. A primeira fase para refazer as entrevistas com os/as participantes dos dois grupos (profissionais de saúde e pacientes); a segunda para entregar os diários de participantes – cujas perguntas foram elaboradas a partir das respostas das entrevistas refeitas – dando as instruções necessárias para que os/as participantes pudessem preenchê-los; a terceira, para a condução da segunda entrevista, que teve roteiro preparado com base nas respostas presentes nos diários; e a última foi para a realização dos grupos focais, cujos roteiros foram preparados tendo em vista tudo o que foi gerado e coletado em campo. Ressalto que a observação participante, seguida de relatos, perpassou todas as fases e etapas da pesquisa de campo.

A realização da primeira fase demorou mais tempo do que eu imaginei, pois havia planejado refazer as entrevistas e fazer as que faltavam em uma semana. No entanto, esse processo levou duas semanas para ser concluído. Com alguns/mas profissionais tive de pedir várias vezes para que pudessemos repetir a entrevista, pois, por conta de suas cargas de trabalho, marcávamos e muitas vezes não dava certo. Foi assim com a ACS Camila e a enfermeira Priscila, que ficou como gerente até o final da segunda semana de janeiro. Já o ACS Gustavo, no momento em que eu comentei que precisaria refazer a entrevista, disse-me: “tem de ser agora?” Respondi que não, que seria quando ele tivesse disponibilidade. Ele, então, disse que ao finalizar o serviço burocrático que estava em andamento, ele me

61 Fiquei surpresa por dois motivos. Primeiramente, por não encontrar a gerente, que havia chegado no CSF não fazia muito tempo. Pensei que ela poderia estar de férias, mas lembrei que ela estava de férias quando eu visitei o CSF em novembro de 2017. Depois soube que seu contrato não havia sido renovado. Em segundo lugar, também fiquei surpresa por não encontrar a enfermeira Renata como gerente, pois a regra é que o/a enfermeira mais antigo/a no CSF substitua o/a gerente quando necessário. Foi nesse instante que soube que a enfermeira Renata não estava mais lá por conta de seu contrato ter sido finalizado e não renovado, como o da gerente.

concederia a entrevista novamente. A enfermeira Priscila foi essencial para que eu conseguisse aproximação com o doutor Roberto, que concordou em participar da pesquisa e permitiu-me observar consultas suas. Faltava ainda um/a participante. Uma ACS, a Laís, pediu para participar e eu concordei. Assim, finalizei o quadro de cinco participantes do grupo de profissionais de saúde.

Para conseguir os/as participantes do grupo de pacientes, por outro lado, foi mais desafiador. Por isso, pedi ajuda dos/as ACSs, por conhecerem bem a comunidade.⁶² Ao visitar as residências, Gustavo me apresentava ao/à paciente e explicava que eu estava fazendo uma pesquisa. Em seguida, passava-me a palavra. Eu conversava um pouco com o/a paciente, falava sobre os objetivos e a relevância desta pesquisa, explicava como se daria a geração de dados, pois precisaria entrar em contato com cada um/a deles/as mais de uma vez, e, por fim, perguntava se ele/ela gostaria de participar. Todos/as disseram que sim. Em seguida, eu apresentava o TCLE, dava um tempo para que eles/as lessem e tirassem as dúvidas que poderiam ter. Assinávamos as duas vias e, por fim, eu conduzia a entrevista. É relevante frisar que, em todos os momentos de entrevista, os ACSs se retiravam, permanecendo apenas eu e o/a participante, para que a entrevista realmente fosse sigilosa e a ética não fosse comprometida. Ao final da entrevista, pedia que o/a participante anotasse seu telefone de contato na minha via do TCLE, assim como eu anotava o meu na via dele/a, para que tivéssemos um canal de comunicação mais prático.

A segunda fase, que consistiu na aplicação da técnica diário de participante, foi relativamente fácil para os/as participantes do grupo de profissionais de saúde. Acredito que por eu estar todos os dias na unidade, observando consulta, conversando os/as profissionais, almoçando junto com vários funcionários, facilitou para que eles se sensibilizassem e preenchessem os diários durante os cinco dias. Já com os/as pacientes foi um pouco mais complicado, pois alguns não entendiam a relevância da técnica e achavam as perguntas repetitivas, haja vista que deveriam responder as mesmas perguntas por cinco dias. A partir disso, eu explicava novamente que se tratava de um diário, em que ele anotaria conforme as informações do dia, que poderiam variar de um dia para o outro. Aqui é necessário dizer que para que eu descobrisse essas dificuldades, foi preciso que eu visitasse os/as pacientes outras vezes no decorrer da semana. Em contrapartida, essas visitas facilitaram o processo de escrita dos diários durante os cinco dias.

62 Minha orientadora e eu tivemos essa ideia a partir da leitura da tese de Tavares (2017). Acompanhei ACSs em suas visitas várias vezes durante toda a pesquisa de campo, principalmente o ACS Gustavo. Consegui, em sua área, quatro participantes que precisava. Na área da ACS Laís, uma. Uma das participantes da área do ACS Gustavo desistiu de participar. Nessa mesma área, consegui uma nova participante.

A terceira fase ocorreu durante uma semana também, pois as entrevistas eram pequenas e rápidas. De modo geral, não tive dificuldades na segunda condução de entrevistas. Apenas uma paciente foi difícil de localizar, precisando que a visitasse mais de três vezes para conseguir sua entrevista, mesmo quando sua mãe combinava comigo um horário que ela estaria em casa. Finalizadas as entrevistas, encerrei a pesquisa de campo. A última fase durou meia semana, momento em que realizei os grupos focais com profissionais de saúde e pacientes. Com aquele grupo foi mais complicado de marcar, tendo em vista que eles só poderiam fazer em horário comercial, o que coincidia com seus horários de trabalho. Conversei, então, com a gerente, que me auxiliou neste processo, tendo em vista que às quintas-feiras eram dias menos movimentados, por, costumeiramente, ter reunião com os funcionários e não ter atendimento. Dessa forma, ela liberou os/as participantes da pesquisa por duas horas para que eu pudesse conduzir o grupo focal. Com os/as pacientes foi mais simples, nesse ponto, pois bastou eu marcar em um dia que um dos médicos da unidade não estava presente, a fim de ter uma sala vazia, sempre com a autorização da gerente. O desafio com os/as pacientes foi convencê-los/as a ir ao CSF, para participarem do grupo focal, pois, por ser horário comercial, eles/as também tinham obrigações que dificultavam sua ida. No último dia em que eu estava na cidade de Sobral, pedi a palavra para a gerente no GD, em que agradei a colaboração, a hospitalidade e apoio de todos/as.

Disse, anteriormente, que a observação participante aconteceu em todos os momentos da pesquisa de campo e, muitas vezes, foi na comunidade, acompanhando ACSs, especialmente os três ACSs que participaram desta investigação. Por isso, dedicarei, agora, algumas linhas para descrever os aspectos geográficos e sociais que mais achei pertinente ou que mais me chamaram atenção, em campo; seguidas de um comentário a respeito de minha convivência com os/as funcionários/as do CSF que não participaram da pesquisa. Começo por dizer que o CSF Oswaldo Cruz atende duas áreas muito diferentes entre si. As únicas similaridades a qual me recordo são as ruas planas, sem morros ou desníveis, o que facilita o deslocamento dos/as ACS e da equipe multidisciplinar quando vão a campo; e a quantidade pequena de praças e árvores, o que faz Sobral ser ainda mais quente. Há dias que atinge 40 °C.

A área que chamarei de 'A' é mais abastada economicamente, com casas maiores, com portões elétricos e paredes de pedras decorativas. Algumas famílias dessa área têm empregada doméstica ou cuidadora de idosos. As ruas são, em sua maioria, asfaltadas, com calçadas de tamanho adequado para o tráfego de pessoas. Por ser uma área majoritariamente residencial, não há muitas pessoas andando nas ruas, nem comércio.

A outra área, que chamarei de ‘B’, é economicamente mais desfavorecida, havendo pessoas em situação miserável, trabalhadores/as, aposentados/as e estudantes. As ruas são mais estreitas, com calçadas pequenas; algumas são asfaltadas, outras são de terra batida. Parte da área é rica em comércio, sendo, assim, comum o tráfego intenso de pessoas, que precisamos desviar a todo momento, por conta das calçadas estreitas. As casas variam muito: há edifícios inteiros de quitinetes, em que moram famílias ou grupos de estudantes; há casas pequenas, fechadas com grades de ferro e portas duplas de madeira (pois se dividem em duas, pela metade, na altura. São muito comuns no nordeste do Brasil), há casas maiores e há casas feitas de galhos de árvore e lona. Nesta área B é frequente ver as pessoas nas calçadas ou nas portas de casa, varrendo a calçada. Também é corriqueiro observar animais de rua ou animais que estão na rua, mesmo tendo dono/a.

Nesta área B, vi cenas que me chamaram muita atenção. Acompanhei o ACS Gustavo e a ACS Camila algumas vezes e, em suas microáreas de atendimento, há muitos casos vulneráveis. Relatarei apenas um, pois meu intuito é mostrar um pouco da realidade que vi e não expor as pessoas, já vulneráveis. A casa a que me referi anteriormente, feita de galhos de árvore, foi marcante em diversos aspectos. Em primeiro lugar ela é feita inteiramente por galhos de árvore amarrados nas pontas e cobertos por lona em algumas partes. Não me recordo quanto ao teto, se há telhas, galhos e/ou lona. A porta também é feita de galhos. Em segundo lugar, dentro da casa, havia apenas dois cômodos, divididos por uma parede de galhos e barro/terra também. Um era a cozinha e o outro era sala/quarto. Provavelmente, havia banheiro, mas não vi onde ficava. Dentro da casa também não havia piso trabalhado, era chão de terra batida. A casa tinha um cheiro desagradável bem forte. Não sei quantas pessoas vivem lá, além da senhora que foi consultada pela enfermeira Priscila. Em outras residências de alta vulnerabilidade era comum haver sujeira e odor.

De volta ao CSF, no decorrer das semanas que fiquei em campo, almocei quase todos os dias com a ASB Eduarda e outros funcionários do CSF, como os porteiros, o funcionário da farmácia e técnicas de enfermagem. No começo, todos, exceto a ASB Eduarda, com quem dividia uma “quentinha”⁶³ bem servida, saíam da sala de reuniões, local onde almoçávamos, quando eu chegava. E isso se dava por eles me verem como “superior”, pessoa “granfinada” nas palavras da ASB Eduarda. Sentia-me desconfortável, mas compreendia que eu era uma “novata”, que conquistaria espaço aos poucos. Com o passar de quase duas semanas, eles foram permanecendo, conversando, até que dividíamos o espaço durante todo o momento da refeição quase todos os dias. Compartilhavam comigo sua vida privada,

63 Termo comum no Ceará para se referir à marmitta.

contavam sobre suas vidas.⁶⁴ Senti-me pertencente àquele lugar. E não era uma via de mão única, porque também compartilhei sobre minha vida com eles/as.

Durante a transcrição dos áudios, percebi que cometi alguns deslizes na condução das entrevistas, pois há algumas ocorrências de perguntas fechadas, que foram formuladas no momento da entrevista com base no que o/a participante dizia. Entendo que isso poderia acarretar em novos problemas de validação. Entretanto, examinei cuidadosamente as ocorrências e elas não apresentam prejuízos nas informações, principalmente por eu ter usado mais de uma técnica de pesquisa, o que me permite a triangulação de dados, que, como já explicado em subseção anterior, é necessária para que haja mais qualidade e validade na pesquisa qualitativa. Ademais, aproveito para dizer que o momento de entrevista é de grande tensão, o que facilita a ocorrência de deslizes, pois, enquanto pesquisadora, preciso concentrar-me nas perguntas, manter contato visual, formular novas perguntas quando se fizer necessário, transparecer segurança e humildade, ao mesmo tempo, ao/a participante e manter a formalidade.⁶⁵

Apresento, a seguir, alguns quadros. Dois com a lista de participantes atualizada⁶⁶ e um com o total de dados gerados com as técnicas de pesquisa entrevista semiestruturada, diário de participante e grupo focal.

Quadro 13: Dados dos/as participantes definitivos/as do grupo de profissionais de saúde

Nome	Idade	Gênero	Naturalidade	Profissão	Tempo de exercício de profissão	Tempo de exercício de profissão no CSF Oswaldo Cruz
Camila	44 anos	Feminino	São Paulo	Agente Comunitária de Saúde	Quase 9 anos	Quase 9 anos
Gustavo	29 anos	Masculino	Goiânia	Agente Comunitário de Saúde	7 meses	7 meses
Laís	27 anos	Feminino	Sobral	Agente Comunitária de Saúde	8 meses	8 meses
Priscila	37 anos	Feminino	Fortaleza	Enfermeira	15 anos	7 meses
Roberto	27 anos	Masculino	Belo Horizonte	Médico	6 meses	6 meses

64 Apesar de relatar sobre o almoço, esse fato estende-se a maioria dos/as funcionários/as do CSF, pois criei vínculo e conheci-os/as para além do superficial que a observação na postura de pesquisador proporciona.

65 Sobre esse assunto, indico a leitura de Angrosino (2009), que descreve, em leitura simples e direta, o que se deve e o que não se deve fazer durante uma entrevista.

66 As informações contidas no quadro 13 são de janeiro de 2018; portanto, alguns dados como idade, tempo de profissão ou de atuação no CSF Oswaldo Cruz diferem em alguns participantes daquelas apresentadas no quadro 11, que foram geradas em novembro de 2017.

Quadro 14: Dados dos/as participantes definitivos do grupo de pacientes

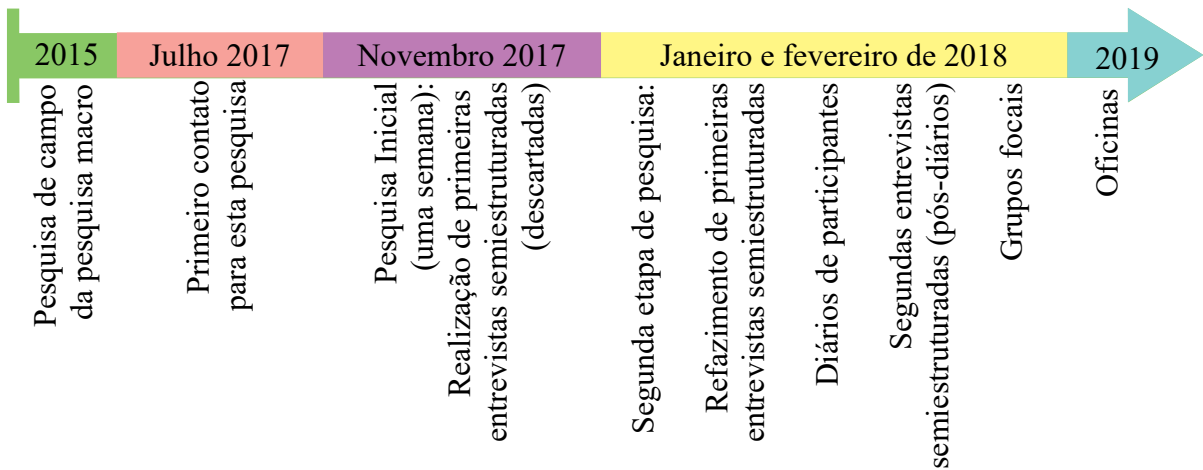
Nome	Idade	Gênero	Naturalidade	Tempo de uso do SUS	Tempo de uso do CSF Oswaldo Cruz
Andressa	52 anos	Feminino	Sobral	2 a 3 anos	2 a 3 anos
Bárbara	83 anos	Feminino	Viçosa do Ceará	30 anos	30 anos
Carla	22 anos	Feminino	Meruoca	Mais de 5 anos	10 anos
Cauã	44 anos	Masculino	Fortaleza	15 anos	8 ou 9 anos
Erison	53 anos	Masculino	Itapajé	10 anos	10 anos

Quadro 15: Levantamento de dados gerados dos/as participantes definitivos/as

Nome	Grupo de participantes	Primeira entrevista	Quantidade de diários preenchidos	Segunda entrevista	Grupo focal
Camila	Profissionais de saúde	SIM	05	SIM	NÃO
Gustavo	Profissionais de saúde	SIM	05	SIM	SIM
Laís	Profissionais de saúde	SIM	05	SIM	SIM
Priscila	Profissionais de saúde	SIM	05	SIM	SIM
Roberto	Profissionais de saúde	SIM	05	SIM	SIM
Andressa	Pacientes	SIM	04	SIM	SIM
Bárbara	Pacientes	SIM	05	SIM	SIM
Carla	Pacientes	SIM	05	SIM	NÃO
Cauã	Pacientes	SIM	05	SIM	SIM
Erison	Pacientes	SIM	05	SIM	NÃO
		Total: 10 entrevistas	Total: 49 diários	Total: 10 entrevistas	Total: 2 grupos focais

A título de ilustração e para que fique mais claro para os/as leitoras, elaborei uma linha do tempo, a seguir, que apresenta as datas, as etapas e os principais eventos da pesquisa de campo e o uso de cada técnica de pesquisa. Informo que a observação participante seguida de relato não está explicitada na linha do tempo, pois acontece em todos os momentos.

Figura 8: Linha do tempo de pesquisa em Sobral de 2015 a 2018



Este capítulo teve por objetivo apresentar os aspectos metodológicos que escolhemos⁶⁷ para o desenvolvimento desta pesquisa. Todos eles foram cabais para responder às questões desta pesquisa, que serão discutidas no capítulo a seguir, destinado para as análises.

⁶⁷ Aqui me refiro à minha orientadora, dra. Izabel Magalhães, e a mim, pois todas as decisões metodológicas foram tomadas por nós, em conjunto, mesmo quando do uso de 1ª pessoa do singular durante o capítulo.

5 ANÁLISES

Para esta seção, utilizo dados gerados em pesquisa de campo em janeiro e fevereiro de 2018. São analisados trechos retirados das entrevistas iniciais, das entrevistas pós-diários de participantes e dos grupos focais.⁶⁸ Os relatos de observação participante e os diários de participantes figuram como material de apoio para as análises, a fim de aprimorar a macroanálise da prática social estudada nesta pesquisa. Então, durante a leitura dos dados, identifiquei que há **três tópicos guarda-chuva**⁶⁹ que servem de apoio para a organização das análises, as quais responderão as três questões iniciais desta pesquisa sobre a construção discursiva do vínculo terapêutico na Estratégia de Saúde da Família na cidade de Sobral, no estado do Ceará, sobre os elementos linguístico-textuais usados por pacientes e por profissionais de saúde e sobre a dialética entre discurso e a prática social em questão.

Os três tópicos mencionados são: a) definições de vínculo terapêutico; b) aspectos favoráveis para a consolidação do vínculo terapêutico; e c) aspectos desfavoráveis para a consolidação do vínculo terapêutico. Cada um desses três tópicos abarca outros assuntos pontuais que foram pautados pelos/as participantes da pesquisa. Destaco que as análises não estão divididas entre pacientes e profissionais de saúde, nem por questão de pesquisa (em que o primeiro tópico responderia a primeira questão e assim por diante); faço uso de trechos de entrevistas de ambos os grupos sobre os aspectos encontrados, a fim de formar um quadro da prática social, bem como respondo simultaneamente as três primeiras perguntas de pesquisa. Assim, findadas as análises, faço um comentário correlacionando-as, o que serve de resposta à quarta e última questão desta pesquisa, sobre a relação dos dados encontrados com o vínculo terapêutico.

Por conta da quantidade e da extensão dos dados selecionados para análise, esclareço que preparei um apêndice (veja Apêndice K, p. 303), com todos os trechos escolhidos, por ordem de análise.⁷⁰ No corpo do texto deste capítulo, trarei frases ou grupos de frases analisados, sempre fazendo referência ao código do trecho no apêndice referido, para conferência. Portanto, sugiro a leitura do apêndice K (p. 303) antes de iniciar a leitura das

68 As entrevistas pós-diários de participantes foram consideradas quando fiz a seleção dos trechos relevantes para esta pesquisa. Alguns trechos foram retirados delas, configurando-se como trechos de apoio e não como trechos de análise. Entretanto, sua relevância é mantida, tendo em vista que os trechos de apoio são tão importantes quanto os que foram efetivamente analisados, por proporcionarem conhecimento sobre a prática social investigada.

69 Por meio desses tópicos fui capaz de entender como se dá a construção discursiva do vínculo terapêutico na cidade de Sobral-CE, que será discutida ao longo deste capítulo.

70 Os critérios de escolha dos trechos foram três: a) as questões de pesquisa, que eu queria responder; b) a literatura sobre vínculo terapêutico, que indicou alguns problemas, pontos positivos e definições de vínculo nas falas dos/as participantes; e c) a recorrência de dados.

próximas páginas, no qual consta a explicação de como funciona a codificação dos trechos a serem analisados. Esclareço também que, por serem dados orais transcritos para a modalidade escrita, e que, na oralidade, não há marcação explícita de pontuação, a maioria das orações analisadas não conterá pontos finais marcados. Essa escolha foi feita com o objetivo de manter, ao máximo, a fidedignidade dos dados.

5.1 DEFINIÇÕES DE VÍNCULO TERAPÊUTICO

Para iniciar esta seção, identifiquei e agrupei as palavras-chave usadas por pacientes e profissionais de saúde a respeito do vínculo terapêutico nos dados que foram gerados. Em seguida, utilizando o *website* <www.wordclouds.com>, gerei uma nuvem de palavras, com o objetivo de sintetizar o que esses dois grupos de participantes identificam como vínculo terapêutico, suas características e suas premissas. Faz-se importante informar dois aspectos sobre a nuvem de palavras: o primeiro, relacionado ao tamanho das palavras na imagem, cuja regra é quanto maior a ocorrência de uma palavra, maior ela será desenhada na nuvem, e quanto menor é a ocorrência, menor é seu desenho; já o segundo aspecto é sobre a substituição de termos para um termo em comum na nuvem. A fim de condensar o tamanho da imagem, termos como “amigo”, “amiga” e “amizade”, por exemplo, foram incluídos em “amizade”. A seguir, apresento a nuvem de palavras:

Figura 9: Nuvem de palavras a respeito do vínculo terapêutico⁷¹



Fonte: da autora, feita no *website* <www.wordclouds.com>.

Com a imagem da nuvem, podemos observar que os termos mais recorrentes são “amizade”, “escutar”, “conversar”, “confiança”, “ética”, “abertura” e “laços”. Dessas, apenas a última não está relacionada à postura profissional na relação com pacientes. Por sua recorrência, começaremos a análise de trechos por esse assunto.

5.1.1 POSTURA PROFISSIONAL

Nas falas dos/as participantes, a definição do vínculo terapêutico, na maioria dos casos, está relacionada diretamente à postura profissional recomendada (com base no que eles/as disseram) na prática profissional do dia a dia. Apesar de ser capcioso pensar em como a postura profissional define o vínculo, muitos/as profissionais de saúde utilizam desse artifício para defini-lo, pois, sabendo que vínculo terapêutico tem relação espessa com “confiança”, eles/as precisam explicar como conquistá-la, e fazem-no por meio de definição da postura profissional recomendada.

⁷¹ O *website* <wordclouds.com> não reconhece locuções, nomes compostos ou termos como sendo apenas uma palavra; por isso, estão interligados por hífen.

No trecho A01, retirado do grupo focal com profissionais de saúde, há a presença significativa de muitos aspectos linguísticos relevantes. Começo, então, com a análise das primeiras duas orações, a seguir. Todas as falas presentes no trecho A1 são respostas à pergunta: “Para vocês, o que é vínculo terapêutico?”.

(O vínculo)⁷²	Deve	ser	a a relação,	né,	que entra/ que tem entre o usuário, o profissional,	né
	Verbo auxiliar modal (probabilidade)	Verbo principal				
Identificado	Processo relacional identificativo	Identificador	Elem. textual	Identificador	Elem. textual	
(1) Fala do ACS Carlos, trecho A01						
(o vínculo)	(deve)	(ser)	essa relação	recíproca	de de criar mesmo um vínculo, o afeto	
					de conseguir, né, se abrir pro profissional, expor os problemas, dizer exatamente o que ele tá sentindo, sem ter aquele receio, nesse sentido	
	Verbo auxiliar modal (probabilidade)	Verbo principal				
Identificado	Processo relacional identificativo	Identificador	Atributo	Circunstância de causa (finalidade)		
(2) Continuação da fala do ACS Carlos, trecho A01						

O ACS Carlos utiliza-se da modalidade, com sentido de probabilidade, para definir o vínculo terapêutico. De acordo com Fairclough (2003), esse tipo de modalidade é epistêmica objetiva, dado o distanciamento, no texto, entre o locutor (ACS Carlos⁷³) e a informação. Para além disso, na oração (2), ele indica a finalidade de se ter o vínculo terapêutico, relacionado à prática de saúde no CSF. Sua fala é complementada pela da enfermeira Priscila (orações (3) a (6)), que explicita dificuldade em se conseguir alcançar esses objetivos elencados pelo ACS Carlos. Além disso, novamente, há a presença da modalidade epistêmica, que, neste caso, enfatiza a dificuldade e obtém um valor de condicionalidade entre “a longo prazo” e “vínculo”. Outro aspecto relevante de destacar é a estrutura da sentença, que está na voz passiva, ocultando o Ator do Processo material. Van Leeuwen (1997) aponta que a estrutura passiva de orações é um dos meios que as pessoas utilizam para excluir um ator social da oração, seja por meio de supressão ou encobrimento, que significa que um ator social está excluído na oração, mas que é recuperável pelo/a leitor/a

72 Palavras ou conjunto de palavras entre parênteses indicam elementos recuperáveis.

73 Como explicitado no capítulo 4, todos os nomes são fictícios.

em outros momentos do texto (VAN LEEUWEN, 1997). Como conseguimos recuperar que se trata dos/as profissionais de saúde, de forma geral, temos uma exclusão por meio de encobrimento. A seguir, as orações (3) a (6).

O vínculo ele... a part/ ele	só	é construído	a longo prazo	né
	Adjunto modal de temporalidade (tempo)			
Meta	Elem. Interp.	Processo material criativo	Circ. de extensão (duração)	Marca da oralidade
(3) Fala da enf. Priscila, trecho A01				

O... profissional ele	também	tem que	ter	uma habilidade	né	pra conversar
						pra dialogar
						é pra explicar, né, (para) o paciente
		Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal			
Possuidor	Circ. de acompanhamento (adição)	Processo relacional possessivo		Possuído	Elem. textual	Oração circunstancial de finalidade
(4) Fala da enf. Priscila, trecho A01						

(eu)	Acho	<i>que o vínculo basicamente é a confiança, né, que o paciente tem com o profissional</i>			
Experienciador	Processo mental cognitivo	Oração projetada			
(5) Fala da enf. Priscila, trecho A01					
<i>que</i>	<i>o vínculo</i>	<i>basicamente</i>	<i>é</i>	<i>a confiança que o paciente tem com o profissional</i>	
Elem. textual	Identificado	Circ. de modo (grau)	P. relacional identificativo	Identificador	
(6) Oração projetada da fala da enf. Priscila, trecho A01					

As orações (4), (5) e (6) não só dão continuidade à fala de Priscila,⁷⁴ como possuem, entre si, uma relação de condição, visto que, em (6), temos um processo relacional identificativo, que “x é A”, uma caracterização do vínculo. Assim, vínculo é confiança (verifique trechos B01 a B04, que sustentam essa afirmação). A confiança, por consequência, viria da “habilidade” de “conversar”, “dialogar” e “explicar” (oração (4)). Ainda na oração (4), há uma modalidade deôntica expressando obrigação, por meio da expressão “tem que”.

⁷⁴ Informo, de antemão, que muitas das falas analisadas são da enfermeira Priscila e do ACS Gustavo. Isso se deu por conta de esses participantes serem muito engajados no trabalho, por serem mais comunicativos e por apresentarem mais detalhes e explicações a respeito dos elementos da prática social.

Contudo, a escolha do ator social, “o profissional”, enfraquece a modalidade. Isso ocorre pois há uma *categorização* (VAN LEEUWEN, 1997) do participante da oração, cujas características são a não inclusão do falante, a não determinação de quem são os atores sociais que formam a categoria estabelecida, bem como a diminuição do poder de agência. Ainda, quanto à oração (5), a modalidade fica marcada por conta do uso do “eu acho”, que caracteriza-se como modalidade epistêmica subjetiva, com proximidade entre o autor da sentença e a informação. Portanto, o processo é mental no sistema de transitividade, mas ele configura-se como uma marca típica de modalidade.

Nas próximas três orações – (7), (8) e (9) –, a enf. Priscila faz o mesmo percurso, mudando apenas a característica do vínculo, que deixa de ser confiança e passa a ser ética.

uma coisa que o profissional tem que ter em mente e tem que ter muito/muito/praticar		no seu dia a dia	é	a ética	
Atributo		Circ. de localização (tempo)	Processo relacional atributivo (intensivo)	Portador	
(7) Fala da enf. Priscila, trecho A01					
<i>que</i>	<i>o profissional</i>	<i>tem que</i>	<i>ter</i>	<i>em mente</i>	<i>(a ética)</i>
		Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal		
Elem. Textual	Possuidor	Processo relacional possessivo		Circ. de modo (qualidade)	Possuído
(8) Oração encaixada da fala da enf. Priscila, trecho A01					
<i>(O profissional)</i>		<i>(tem que)</i>	<i>praticar</i>	<i>(a ética)</i>	
		Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal		
Ator		Processo material transformativo		Escopo-processo	
(9) Oração encaixada da fala da enf. Priscila, trecho A01					

A relação condicional entre ética, confiança, vínculo e saúde, materializa-se nas orações (10), (11), (12), dispostas a seguir, pois a enfermeira usa estruturas típicas de circunstâncias de extensão (tempo), como circunstância de causa (finalidade). Logo, parece-me correto dizer que a ética, mais do que um objetivo da profissional, é o meio do qual os/as profissionais de saúde lançam mão para obterem informações sobre a saúde dos/as pacientes e executarem suas funções. Desse modo, a ética mais do que uma postura é uma prática a ser trabalhada no dia a dia, durante atendimentos dentro ou fora dos CSFs.

Quando a gente tem o vínculo	a gente	tem			a confiança	
Circ. de contingência (condição)	Possuidor	Processo relacional possessivo			Possuído	
(10) Fala da enf. Priscila, trecho A01						
Quando a gente tem a confiança,	a paciente	VAI falar	da vida pessoal,	né,	das particularidades	
Circ. de contingência (condição)	Dizente	Processo verbal	Verbiagem	Elem. textual	Verbiagem	
(11) Continuação da fala da enf. Priscila, trecho A01						
e	a gente	precisa	ter	a ética	também	pra poder tá recebendo tudo isso e tá mantendo sigilo, né, e agindo de uma maneira IMPESSOAL, né, onde a ge/ onde a gente vá ter uma impessoalidade, né, não não vá ter juízo de valor, né, daquela pessoa
		Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal			
Elem. textual	Possuidor	Processo relacional possessivo		Possuído	Elem. textual	Circ. de causa (finalidade)
(12) Continuação da fala da enf. Priscila, trecho A01						

No trecho A2, o ACS Gustavo é perguntado sobre sua relação com os/as pacientes. Sua fala, expressa nas orações (13) e (14), apresenta outra realidade: a dos/as ACSs. Em que além de ter a ética, precisam ter amizade. Isso se observa com a circunstância de contingência (condição) na oração (13), que produz uma relação condicional com os outros componentes da oração, bem como por meio da circunstância de contingência (falta/omissão), na oração (14). Outro aspecto que corrobora com o exposto é a frase “Olha, como eu sou agente de saúde, a gente tem que ser no mínimo amigo deles, porque a gente precisa adquirir o vínculo, senão eles não se abrem”, do ACS Gustavo, trecho A02. A seguir, as orações (13) e (14).

Se NÃO for amigo,	ela	não	fala
		Adjunto modal de polaridade (negação)	
Circ. de contingência (condição)	Dizente	Elem. Interpessoal	Processo verbal
(13) Fala do ACS Gustavo, trecho A02			

Sem o v-vínculo de amizade,	não	existe	o serviço
	Adjunto modal de polaridade (negação)		
Oração circunstancial condicional	Elem. Interpessoal	Processo existencial	Existente
(14) Fala do ACS Gustavo, trecho A02			

Para finalizar a subseção, a fala da ACS Camila, gerada por meio da mesma pergunta feita ao ACS Gustavo, concretiza ainda mais o que ele comentou a respeito da ética e da amizade, tendo em vista que, nas orações encaixadas na oração (15), a ACS Camila se inclui no processo, ao fazer uso de inclusão por ativação (VAN LEEUWEN, 1997). No entanto, sua fala é ainda mais modalizada, pois o tipo de verbo auxiliar modal que ela utiliza indica inclinação e não obrigação e o processo presente na oração (16) é o relacional, em vez do material. Isso se faz relevante por conta de os processos relacionais apenas caracterizarem/atribuírem/identificarem seres, ao passo que processos materiais estabelecem mudanças na representação do aspecto narrado (HALLIDAY, 1994). Assim, se o verbo principal deixasse de ser “ter” e passasse a ser “desenvolver”, a relação do ator social participante com a “ética” seria diferente: ela deixaria de ser Atributo e passaria a ser Meta, sofrendo a ação do processo material. Portanto, por ser um processo relacional junto de modalização, como explicado acima, posso inferir, com a fala da ACS Camila, que, para ela, a ética é algo que se tem e não que se constrói, ao contrário da fala anterior do ACS Gustavo.

Minha relação com		é	uma relação... que eu procuro ter	
pacientes			ÉTICA, né, e procuro ser amiga	
Portador		Processo relacional atributivo (possessivo)	Atributo (oração encaixada)	
(15) Fala da ACS Camila, trecho A03				
<i>que</i>	<i>eu</i>	<i>procuro</i>	<i>ter</i>	<i>ÉTICA</i>
		Verbo auxiliar modal (inclinação)	Verbo principal	
Elem. Textual	Portador	Processo relacional possessivo		Atributo
(16) Primeira parte da oração encaixada da fala da ACS Camila, trecho A03				
<i>(Eu)</i>		<i>procuro</i>	<i>ser</i>	<i>amiga</i>
		Verbo auxiliar modal (inclinação)	Verbo principal	
Portador		Processo relacional atributivo		Atributo
(17) Segunda parte da oração encaixada da fala da ACS Camila, trecho A03				

Na próxima subseção, discorro sobre o segundo aspecto que define o vínculo terapêutico, que é a frequência de atendimento.

5.1.2 FREQUÊNCIA DE ATENDIMENTO

Antes de tudo, enfatizo que esse aspecto foi levantado majoritariamente por pacientes, o que agrega outro sentido para vínculo terapêutico na Estratégia de Saúde da

Família, por representar a visão do grupo que recebe o atendimento e não a do grupo que o oferta/exerce.

Do trecho A04 (em que Cauã responde a pergunta “Como é o atendimento domiciliar, em casa?”), observa-se nas orações (18) a (21), dispostas após esse parágrafo, o intenso uso de circunstância de extensão (frequência), bem como a de localização (tempo) que fornece uma comparação entre uma agente de saúde que deixava a desejar no atendimento e o agente de saúde que tem um atendimento satisfatório. A frequência regular de agentes de saúde no domicílio dos/as pacientes como fator promotor do vínculo pode ser observada na oração (19), em que a circunstância de causa (razão), traz consigo o advérbio sempre, que indica frequência. Sobre esse mesmo aspecto, o ACS Gustavo também contribui, (confira trecho de apoio B03).

O agente de saúde	sempre	vem	aqui	uma vez por mês,	duas vez
Ator	Circ. de extensão (frequência)	Processo material	Circ. de localização (lugar)	Circ. de extensão (frequência)	Circ. de extensão (frequência)
(18) Fala do usuário Cauã, trecho A04					

(O atendimento dele) ⁷⁵	(é)	bom... atencioso...	[porque] (ele) sempre pergunta como a gente tá
Portador	Processo relacional atributivo	Atributo	Circ. de causa (razão)
(19) Fala do usuário Cauã, trecho A04			

Antes	tinha	uma mulher ⁷⁶	que ela veio aqui uma vez
Circ. de localização (tempo)	Processo existencial	Existente	Circ. de extensão (frequência)
(20) Fala do usuário Cauã, trecho A04			
Difícilmente	ela	andava	aqui
Circ. de extensão (frequência) ⁷⁷	Ator	Processo material	Circ. de localização (lugar)
(21) Continuação da fala do usuário Cauã, trecho A04			

Assim como na fala de Cauã, a fala de Erison, representada nas orações (22) e (23) (trecho A05), em seguida, recupera o relato sobre a mesma ACS ausente na comunidade e reforça a comparação entre um profissional que deixa a desejar (ausente da comunidade) e

⁷⁵ Nesse caso, os elementos são recuperáveis por meio da pergunta feita ao participante: “como você vê esse atendimento?”, que se refere ao atendimento domiciliar do agente comunitário de saúde.

⁷⁶ Referindo-se a uma antiga agente de saúde que trabalhou na área por volta de um ano, de acordo com relato do participante, presente no próprio trecho A04.

⁷⁷ Acredito que também poderia ser considerada circunstância de modo (grau).

um bom profissional (regularmente presente). Tal fala ocorreu ao perguntar-lhe: “O que você acha do atendimento que você recebe aqui no/ lá no posto?” Cabe perceber o tom categórico que essas orações carregam consigo, mesmo quando do uso de circunstância de extensão (frequência), que poderia ser um amenizador, se não tivessem sido ditas enfaticamente, o que é representado pelas letras maiúsculas na transcrição. Um segundo ponto relevante é o uso do processo mental cognitivo “conhecer”, em uma oração de conotação negativa, pois retomando a oração (2), em que o ACS Carlos caracteriza, por meio de um atributo, o vínculo como sendo uma relação **recíproca**, vê-se que o esperado para a construção do vínculo não aconteceu. Portanto, **conhecerem uns aos outros** faz parte da construção e da continuidade do vínculo.

Ninguém	nem	conhecia	ela
Experienciador	Marca da oralidade (intensificador)	Processo mental cognitivo	Fenômeno
(22) Fala do usuário Erison, trecho A05			

QUASE TODA semana	ele	passa
Circ. de extensão (frequência)	Ator	Processo material transformativo
(23) Fala do usuário Erison, trecho A05		

Com base na descrição dos dados desta seção, vemos que o vínculo é representado majoritariamente por processos relacionais, marcados por atributos e com forte presença da modalidade e alguns casos significativos de representação de atores sociais. Parece-me relevante destacar que a frequência de atendimento é algo cabal para que a oferta do serviço de saúde seja considerada satisfatória e para que o vínculo aconteça. Dessa forma, questiono-me a respeito da diferença existente entre a expectativa de frequência de atendimento dos/as pacientes e a quantidade oferecida efetivamente a essa comunidade, com base no que o SUS preconiza.

Um aspecto desfavorável para a quantidade insuficiente é a sobrecarga de trabalho burocrático para os/as ACSs (ver seção 5.3.3 adiante). Outro problema encontrado é a alta demanda de atendimentos para enfermeiros/as e médicos/as. Quanto aos/às enfermeiras, a demanda é ainda mais alta que a dos/as médicos/as pois não há limite máximo estabelecido. Durante pesquisa de campo, as enfermeiras do CSF Oswaldo Cruz relataram que já chegaram a atender mais de 30 (trinta) pacientes em um só turno. Também não há agendamento de consultas com elas, exceto pré-natal e prevenção de câncer do colo do útero. Mesmo nesses dias, elas também atendem demanda espontânea. No caso dos/as médicos/as, o número

máximo de atendimento por turno é 16 (dezesseis), como preconizado pelo SUS e pelo CFM., garantindo maior tempo de escuta.⁷⁸ Contudo, por conta da demanda ser alta, as marcações de consulta são esparsas e demoram, por vezes, meses para acontecerem. Portanto, observo que há obstáculos operacionais que dificultam e impossibilitam que a frequência de atendimento seja conforme as expectativas dos/as pacientes, prejudicando, assim, a consolidação do vínculo terapêutico.

Retomarei os pontos desta e das próximas seções na última parte deste capítulo, reservada para a explicação (CHOULIARAKI;FAIRCLOUGH, 1999) sobre a prática social e o vínculo terapêutico na ESF em Sobral/CE. O tópico a seguir é sobre os aspectos que contribuem para a construção e/ou o fortalecimento do vínculo entre pacientes e profissionais de saúde.

5.2 ASPECTOS FAVORÁVEIS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO

Esta seção divide-se em duas subseções: atendimento satisfatório e integração dos/as profissionais de saúde.

5.2.1 ATENDIMENTO SATISFATÓRIO

O atendimento satisfatório é um dos pontos apresentados pelos/as participantes como fator positivo no atendimento de saúde em Sobral. Para este item, analiso dois trechos. O trecho C01, originado por meio da pergunta “Para você, qual é o profissional mais fácil de conversar?”, retirado da fala da paciente Andressa, qualifica o atendimento proporcionado por ACSs. Isso se dá, primeiramente, pelo uso do processo mental cognitivo; em segundo lugar, pela ativação dela mesma como ator social do processo; e, por último, pelo uso do intensificador “mais”, na oração (24). Já na oração (25), em que ela explica o porquê de sua fala, ela modaliza, por meio do processo mental cognitivo, que, ao contrário do anterior, não possui a carga semântica esperada para um processo mental. Na verdade, a expressão “eu acho” é um típico modalizador com efeito atenuador. Portanto, esse processo mental dirime o impacto da afirmação de que as ACSs “são mais humanas”.

78 No CSF Oswaldo Cruz, o número máximo de atendimentos diários é respeitado. Em outras localidades, durante pesquisa do macroprojeto, observamos, eu e a outra bolsista de Iniciação Científica, que isso não acontecia, chegando o/a médico/a a atender mais de 50 (cinquenta) pacientes em dias mais movimentados, especialmente quando visitava localidades rurais uma vez por semana.

Já a oração (26) configura-se como uma razão para a afirmação presente na oração (25). Cabe observar o processo que foi escolhido: processo material transformativo, formado por um verbo bitransitivo (“dar”), que permite que haja, além do Ator e da Meta, um Beneficiário. Apesar de “elas” e “a gente” serem formas generalizadas de marcar atores sociais, sua fala não deixa de ter um peso, haja vista que poderia ter sido dita de forma apassivada, omitindo o Ator ou ainda por meio de uma oração relacional. Isso quer dizer que a paciente marca quem faz o quê e porquê, em sua fala, de forma predominantemente categórica.

Para finalizar a análise do trecho C01, “dar atenção”, de acordo com as observações participantes e as transcrições, é conversar, ouvir e relacionar-se de forma igual para com os/as pacientes. Por isso, sugiro a leitura dos trechos de apoio D05, D07, D08, D12, D13 e D14, que contêm relatos de profissionais de saúde sobre suas relações com pacientes. De antemão, esclareço que os trechos corroboram com a fala da paciente. A seguir, as orações (24), (25) e (26).

Eu	acho (considero)	mais	fácil	conversar com as agentes de saúde
Experienciador	Processo mental cognitivo	Circ. de modo (grau)	Atributo	Oração projetada
(24) Fala da usuária Andressa, trecho C01				

(Eu)	acho	que elas são mais humanas
Experienciador	Processo mental cognitivo	Oração projetada
(25) Continuação da fala da usuária Andressa, trecho C01		

Quando a gente chega ali,	elas	dão	mais	atenção	à gente
Circ. de localização (tempo)	Ator	Processo material transformativo (operação)	Circ. de modo (grau)	Meta	Beneficiário
(26) Continuação da fala da usuária Andressa, trecho C01					

A fala, a seguir, é retirada do trecho C02, que a ACS Laís responde à seguinte pergunta: “Na sua opinião, que fatores são precisos para que o vínculo terapêutico aconteça?”. Para melhor observação da progressão das orações, faço a introdução das análises após as orações (27) e (28), que estão a seguir:

Você	tem que	tá	aberto aaaa ouvir o que eles têm a dizer
	Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal	
Portador	Processo relacional atributivo		Atributo
(27) Fala da ACS Laís, trecho C02			

Você	tem que	se tornar	parte deles
	Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal	
Portador	Processo relacional atributivo		Atributo
(28) Continuação da fala da ACS Laís, trecho C02			

Nas orações anteriores, há a presença de ator social impersonalizado por meio de abstração, em que “você” representaria qualquer profissional de saúde que trabalhasse na atenção básica, construção essa que não necessariamente a inclui. Esse tipo de representação, nesse contexto, parece-me diminuir a força da modalidade deôntica trazida por meio da expressão modal “tem que”. Essa estrutura também aparece nos trechos de apoio D03, D04 e D10. Em seguida, as orações (29) e (30), que dão continuidade à progressão da fala da ACS Laís.

Eles	querem		que a gente escute e aconselhe	
Experienciador	Processo mental desiderativo		Oração projetada	
(29) Continuação da fala da ACS Laís, trecho C02				
Então,	isso	eu	faço	na medida do possível
Elem. textual	Meta	Ator	Processo material	Circ. de extensão (frequência)
(30) Continuação da fala da ACS Laís, trecho C02				

Na oração (29), há a presença de uma representação das expectativas dos/as pacientes quanto ao serviço dos/as ACSs, marcada pelo processo mental desiderativo “querem”, bem como pela oração projetada, que se relacionam com o dito nas orações (27) e (28). Já acerca da oração (30), faço duas considerações: a primeira, referente ao aspecto semântico conclusivo presente nela, marcado pelo elemento textual “então”. Tal elemento, junto do Ator “eu” do Processo material “faço” determinam a ação da ACS Laís com relação às expectativas no atendimento, ou seja, ela está ciente da postura que ela “tem que ter”, bem como dos anseios da população, e declara como ela procede. Logo, a segunda consideração sobre a oração (30) é quanto à forma como ela faz essa declaração. Tomando-se ambos o Ator “eu”, incluído por ativação, como o Processo material “faço”, no presente do indicativo, indicariam uma sentença categórica. No entanto, o elemento circunstancial “na medida do

possível” diminui o comprometimento da ACS Laís com o conteúdo de sua fala. Portanto, temos uma modalização epistêmica subjetiva.

Foi possível observar que um atendimento satisfatório, em que o/a profissional de saúde escute, dê atenção, converse e esteja aberto não só é um desejo da população, como um propósito presente na prática dos/as profissionais de saúde, em especial os/as ACSs e a enfermeira Priscila. Retomarei esse aspecto na última seção. Passo, então, para a descrição dos dados referentes à integração de profissionais de saúde.

5.2.2 INTEGRAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

O segundo aspecto mais relevante para a consolidação do vínculo terapêutico, não só pela presença recorrente nos dados, mas também pelos objetivos da ESF e pela literatura na área de Saúde Coletiva (veja capítulo 2), é a integração de profissionais de saúde, como equipe multiprofissional coesa, eficiente. Sobre esse assunto, a fala do médico Roberto, trecho C03,⁷⁹ a seguir:

Hoje em dia,	sabe-se	muito	bem	que é éé uma equipe multidisciplinar que facilita melhor do o-o-o a melhora do paciente
Circ. de localização (tempo)	Processo mental cognitivo	Circ. de modo (grau)	Atributo	Oração projetada
(31) Fala do dr. Roberto, trecho C03				

Na oração (31), o dr. Roberto constrói seu pensamento recorrendo a um senso comum recente,⁸⁰ que legitima a instituição e o exercício de uma equipe multiprofissional para o atendimento básico à saúde no Brasil. Ele faz isso utilizando uma Circunstância de tempo e um Processo mental cognitivo, cujo experienciador ele omite. Usa também o Atributo bem, junto da Circunstância de modo (grau), que realça o processo mental cognitivo. Portanto, essa construção oracional reguarda-o e legitima o que é dito na oração projetada (que seria o “Fenômeno” do Processo mental cognitivo).

A fala da ACS Laís,⁸¹ trecho C04, corrobora com o que dr. Roberto disse:

79 Pedi maiores esclarecimentos sobre um comentário que o dr. Roberto havia feito em momento anterior na entrevista. Esse pedido gerou o trecho C03.

80 Uso o termo recente, tendo em vista que a ESF surgiu apenas em 1994 e que foi ela que instituiu a equipe multiprofissional para atendimento da população.

81 Pergunta geradora: “Além do seu trabalho como ACS, que outros fatores você acha que é preciso tendo em vista as outras as outras profissões que atendem no posto?... outras especialidades.

Tem que	ter	uma parceria
Verbo auxiliar modal (obrigação)	Verbo principal	
Processo existencial		Existente
(32) Fala da ACS Laís, trecho C04		

Por conta do uso da expressão modal de obrigação “tem que”, a fala (32) da participante parece ser enfática, por meio de uma modalização deôntica. No entanto, a construção da oração por meio de um processo existencial diminui seu comprometimento, haja vista que, nos processos existenciais, o “objeto ou evento que está sendo dito que existe é rotulado, simplesmente, de EXISTENTE” (HALLIDAY, 1994, p. 142, tradução minha, grifo no original).⁸² Dessa forma, o participante da oração (existente) é um fenômeno,⁸³ posto como dado, sem que haja ação a ser exercida nem atores ativos para exercerem-na.

Sob outra perspectiva, para além da forma como foi enunciada a informação, é significativo comentar sobre a consciência que se tem sobre a necessidade de haver uma integração da equipe multiprofissional, para que o trabalho seja efetivo e eficaz. Essa consciência se apresenta tanto na continuação do trecho C04, em que a ACS Laís comenta “todo mundo trabalhando junto, eu acho, que... consegue alç/ alcançar o objetivo de um bom vínculo”, como no trecho de apoio D04, da enfermeira Priscila.

Considerando o que foi apresentado acerca das questões que auxiliam na consolidação do vínculo terapêutico, parece-me justo afirmar que há uma responsabilização ativa dos/as profissionais, advinda dos órgãos de saúde (municipal a nacional) por meio das metas a serem cumpridas, e dos/as pacientes, que exigem um bom atendimento, principalmente por ser o SUS, na maioria das vezes, o único serviço de saúde disponível à população sem plano de saúde privado. O próximo tópico de análise é sobre os aspectos desfavoráveis para a construção do vínculo terapêutico com a comunidade atendida.

5.3 ASPECTOS DESFAVORÁVEIS PARA A CONSOLIDAÇÃO DO VÍNCULO TERAPÊUTICO

Esta seção é a mais longa e é composta por três subseções. Porém, antes de iniciar as análises, penso ser indicado ponderar que aspectos negativos se sobressaem mais facilmente, por vários motivos, dentre eles o (possível) desgaste causado por esses aspectos

82 No original: “object or event which is being said to exist is labelled, simply, EXISTENT”.

83 Fenômeno escrito com letra maiúscula é referente ao participante de Processos mentais, já fenômeno escrito com letra minúscula significa, nesta situação, algo que é posto como dado, um acontecimento.

nos/as envolvidos/as. Sendo assim, acredito que pontos positivos existem e que a ênfase nos pontos negativos tem o propósito de contribuir para o aperfeiçoamento da ESF, já que algumas fragilidades se tornarão (ou não) relevantes pelo seu **conteúdo**. A primeira subseção se refere à rotatividade de profissionais de saúde nos CSFs.

5.3.1 ROTATIVIDADE DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A frequente troca de profissionais de saúde nos CSFs foi comentada desde a Pesquisa Inicial, tanto em conversas informais, quanto em algumas entrevistas que foram descartadas. Esses dados me fizeram perceber a necessidade de perguntar sobre a rotatividade quando refiz as primeiras entrevistas, principalmente aos profissionais de saúde. Essa decisão foi tomada fora do campo de pesquisa, em momento posterior à Pesquisa Inicial, quando refleti sobre o que eu havia vivenciado. Quando voltei a campo e descobri que uma das enfermeiras e a gerente do posto haviam saído do CSF Oswaldo Cruz, percebi que além de necessário, era urgente não só perguntar nas entrevistas, como analisar minuciosamente essa fragilidade presente na ESF em Sobral/CE. Por isso, utilizei o mesmo recurso da nuvem de palavras gerada no *website* <wordclouds.com> com as palavras-chave sobre a rotatividade de profissionais,⁸⁴ a fim de ilustrar o que profissionais de saúde e pacientes acham sobre isso. A seguir, apresento a Figura 10, em que consta a nuvem de palavras.

Figura 10: Nuvem de palavras acerca da rotatividade de profissionais de saúde



Fonte: Da autora, gerada pelo *website* <wordclouds.com>

84 Relembro que o *website* <wordclouds.com> não reconhece locuções, nomes compostos ou termos como sendo apenas uma palavra; por isso, esses casos estão interligados por hífen.

Com base na nuvem de palavras, é fácil perceber que não há nenhum termo positivo associado à rotatividade de profissionais, apenas termos negativos e neutros.⁸⁵ Esses últimos estão incluídos na lista de palavras-chave por sofrerem com a rotatividade, como mostrarei nas próximas páginas. Introduzo a seção com falas do grupo focal de pacientes (trecho E01, retirado do grupo focal com pacientes):

Ultimamente,	os médico que vêm	geralmente	são	os recém-formado
Elem. Interp.	Identificado	Circ. de extensão (frequência)	Processo relacional identificativo	Identificador
(33) Fala do usuário Cauã, trecho E01				

(isso)	É	um rodízio,	né
Identificado	Processo relacional identificativo ⁸⁶	Identificador	Marca da oralidade
(34) Fala da usuária Andressa simultânea à do usuário Cauã, trecho E01			

Nunca	tem	um médico que acompanha ele (paciente) até o final
Circ. de extensão (frequência)	Processo existencial	Existente
(35) Continuação da fala do usuário Cauã, trecho E01		

Três meses depois	é	outro médico
Circ. de localização (tempo)	Processo existencial	Existente
(36) Fala do usuário Cauã, trecho E01		

O que mais se apresenta relevante nas orações (33) a (36) são, em primeiro lugar, as Circunstâncias de tempo e frequência, que aparecem em três, das quatro orações. Essas Circunstâncias ilustram a inconstância de permanência de profissionais de saúde na rede pública⁸⁷ de Sobral, comprovada inclusive pela indignação da paciente Andressa, expressa na fala “ELE NÃO CONHECE MEU HISTÓRICO, porque é um rodízio tão grande”. Provavelmente, Andressa refere-se aos/às profissionais da rede de apoio, haja vista que é mantido prontuário de cada família atendida no CSF, por mais que haja grande rotatividade de profissionais. Nos trechos de apoio F01 a F05, em especial o F04, essa frequência de troca de profissionais é comentada detalhadamente.

85 Considero termos neutros aqueles que, por si só, não carregam um significado negativo. Por exemplo, as palavras “enfermagem” e “medicina” significam áreas de formação e “gerência” é um cargo, então considerá-las negativas não seria adequado.

86 Por conta da dificuldade de inferir exatamente a que a paciente Andressa se refere, essa oração pode ser interpretada também como um processo existencial, em que o único participante seria o rodízio (existente).

87 O termo “rede pública” não se restringe apenas aos CSFs, mas também aos profissionais e clínicas particulares que atendem pacientes do SUS, por meio da rede de apoio que cada município tem.

Em segundo lugar, os processos escolhidos para se referirem ao “fenômeno” são, em sua maioria, existenciais, especialmente se considerarmos a oração (34) como existencial, que é outra interpretação possível. Dessa forma, a ação de contratar um/a profissional de saúde, bem como os participantes envolvidos nessa ação não são representados, pois, como comentado anteriormente, os Existentes simplesmente existem, como um acontecimento autônomo. Portanto, o que parecem ser orações categóricas “absolutas”, com altíssimo comprometimento com a verdade, tratando-se de modalidade, no fundo, não o são. Voltarei a falar disso adiante.

A ACS Laís, quando questionada a respeito da rotatividade de profissionais, no trecho E02, caracteriza-a, por meio de um atributo, como “uma coisa negativa”,⁸⁸ e explica o porquê, como podemos ver nas orações (37) a (41):

Porque	se	você	cria	um vínculo...
Elem. textual	Elem. textual	Ator	Processo material criativo	Meta
(37) Fala da ACS Laís, trecho E02				
E	aquele vínculo		é quebrado...	
Elem. Textual	Meta		Processo material transformativo	
(38) Fala da ACS Laís, trecho E02				
E	vem		outro (profissional de saúde)...	
Elem. Textual	Processo material criativo		Ator	
(39) Fala da ACS Laís, trecho E02				
E	deixa		a desejar...	
Elem. Textual	Processo material		Escopo-processo	
(40) Fala da ACS Laís, trecho E02				
Aí	vem		a a cobrança.	
Elem. Textual	Processo material criativo		Ator	
(41) Fala da ACS Laís, trecho E02				

Na explicação da ACS Laís, há, novamente, a impersonalidade por abstração do ator social, por meio do uso do “você”, que marca uma situação hipotética. Logo, isso não é o fator relevante. Já a oração (38) é particularmente intrigante, haja vista que a oração está na voz passiva e há o apagamento do Ator do Processo material, bem como a falta da causa do vínculo, por meio de uso de Circunstância. Ambos o participante Ator e as circunstâncias não são obrigatórias no processo, motivo pelo qual o Ator foi omitido e não houve explicitação de razões para a quebra do vínculo; porém a escolha por omiti-los é significativa. Além disso, o uso de Processo material na oração (39), em que o Ator é o substituto do/a profissional que foi

⁸⁸ “Eu acho que isso me/ é uma coisa negativa” (trecho E02, p. 312).

trocado, faz parecer que a decisão de trabalhar no novo local foi decisão do Ator e não de um órgão regulador, nesse caso, a Secretaria de Saúde do município. Algo parecido acontece em (41), em que a nominalização “cobrança” é o Ator do Processo material, dificultando a recuperação do ator social excluído por encobrimento. Outro exemplo de uso de nominalização para encobrir o ator social é “medida administrativa”, presente na frase: “Foi só medida administrativa”, da mesma participante, no mesmo trecho.

A seguir, as orações (42) e (43), retiradas do grupo focal com profissionais de saúde, quando perguntados sobre a rotatividade de profissionais no CSF:

Existe	uma rotatividade profissional	ENOOORME	ENORME	ENORME	ENORME
Processo existencial	Existente	Circ. de modo (grau)	Circ. de modo (grau)	Circ. de modo (grau)	Circ. de modo (grau)
(42) Fala do ACS Gustavo, trecho E03					
(quando)	Troca	um profissional,	o vínculo	ó	estilhaça
Elem. Textual	Processo material transformativo	Meta	Ator	Marca de oralidade	Processo material transformativo
(43) Fala do ACS Gustavo, trecho E03					

Em (42), destaco a repetição da Circunstância de modo (grau), enfatizada pela marca de alteração no tom de voz (maiúsculas), e o processo existencial, que, como dito anteriormente, não indica como, por conta de quem ou por quê existe o Existente. Já na oração (43), o Ator do primeiro Processo material é omitido e o Ator do segundo processo é personificado e responsável pela ação. Isto é, em vez de “o vínculo” ser Meta como esperado, já que é ele o “estilhaçado” na fala, e em vez de “estilhaça” estar na estrutura de voz passiva, a oração é construída como ativa (vínculo como Ator). Assim, a princípio faz-se a pergunta: “o vínculo estilhaça o quê?”. Depois, fica claro que “estilhaça” tem o sentido de “estilhaça-se”, num processo reflexivo, que mais uma vez, não só exclui o real ator social da ação, como também faz entender que o vínculo quebra a si mesmo, por conta de uma troca feita sem ator explícito. Todos esses elementos juntos constroem um fenômeno incontrolável e inevitável.

O ACS Gustavo e a enfermeira Priscila dão uma sugestão de melhoria para a rotatividade, nas orações (44) a (46), abaixo:

O concurso ele	estabiliza	o profissional
Ator	Processo material transformativo	Meta
(44) Fala do ACS Gustavo, trecho E03		

O vínculo que a gente tem empregatício	é	muito	frágil
Portador	Processo relacional atributivo	Circ. de modo (grau)	Atributo
(45) Fala da Enf. Priscila, trecho E03			

Isso	dificulta...	o trabalho
Ator	Processo material transformativo	Meta
(46) Fala da Enf. Priscila, trecho E03		

As construções frasais seguem o mesmo padrão das anteriores, pois antropomorfizam “o concurso” (44) e “o vínculo empregatício” (46), ação que, enfatizo, suprime o real Ator/ator social da oração. Para além da gramática, a fala “QUISERAM... DESVINCULAR profissional DAQUELE local, porque ele já tava HÁ MUITO TEMPO” da enfermeira Priscila (trecho E03), exemplifica uma das razões pelas quais a Secretaria de Saúde municipal troca frequentemente os/as profissionais. É uma prática que, parafraseando a mesma participante, em sua fala do trecho de apoio F05, que trago a seguir a título de ilustração, vê o longo tempo de um profissional em um CSF como criador de “vícios” e não de vínculos.

Primeira entrevista com a enf. Priscila

17. Pesquisadora: Comente sobre a rotatividade de profissionais de saúde nas unidades.

18. Enf. Priscila: É, eu eu, assim, eu vejo que ééé hoje em dia há uma grande dificuldade de/ TALVEZ, NÃO SEI, de de alguns gestores compreenderem essa essência do da Estratégia Saúde da Família, que é a NECESSIDADE do vínculo. De alguns anos pra cá, nós temos tido algumas mudanças aqui no... na prefeitura, é onde eu percebo que que os gestores... eles têm uma imagem distorcida do profissional que fica MUITO tempo naquela unidade, como se isso fosse/ em vez de gerar um vínculo, girass/ gerasse VÍCIOS, né, então assim eu acredito que o vínculo, pra ele existir, o profissional ele tem que permanecer por um tem/ um tempo prolongado, que ele tem, que ele vai gerar um conhecimento da comunidade que ele trabalha, dos profissionais que ele trabalha e que OUTROS problemas, né, de funcionamento organizacional ou de gerenciamento eles precisam ser resolvidos éé nesse nível, né, de de de se conversar, de se precisar é de de, como é o nome? advertências, né, dos processos punitivos mesmo, né (...).

O último trecho analisado nesta seção é o E04, que teve como pergunta geradora: “Como você vê a rotatividade de profissionais na unidade?”. As orações (47) e (48), que se seguem, mantêm o padrão observado na fala dos/as participantes até então. Em (47), suprime-

se o Ator do processo material, se considerarmos “a gerência” como meta, ou coloca-a como Ator que executa a ação sobre si, como aconteceu na oração (43). Em (48), por outro lado, outro padrão se materializa: o uso de Processo existencial, junto da nominalização (“mudança”) para transformar uma ação em um acontecimento e excluir os atores sociais responsáveis. As orações (47) e (48) estão dispostas, a seguir.

De dois em dois ano	agora	está mudando	(a gerência)
Circ. de extensão (frequência)	Circ. de localização (tempo)	Processo material transformativo	Ator/Meta ⁸⁹
(47) Fala da ACSCamila, trecho E04			

Teve	muita	mudança já de vários médicos e enfermeiras
Processo existencial	Circ. de modo (grau)	Existente
(48) Fala da ACSCamila, trecho E04		

O próximo assunto a ser analisado é sobre o atendimento insatisfatório como prejudicial ao vínculo terapêutico.

5.3.2 ATENDIMENTO INSATISFATÓRIO

Se o atendimento satisfatório auxilia na consolidação do vínculo, o atendimento insatisfatório agirá de forma contrária. No trecho E05, quando perguntado sobre qual seria o/a profissional mais difícil de conversar, o paciente Cauã não só mostra sua insatisfação com o atendimento dos/as atendentes do SAME, cujas responsabilidades são, entre outras, lidar com os prontuários, dar informações, marcar consulta e fazer encaminhamentos dentro do CSF; como também contribui para construção de uma definição de “dar atenção”, nos moldes da ESF. Isso é feito quando diz: “(...) fala assim como se perdesse a esperança (...) eles num dão muita atenção, num tem uma estimativa, num tem nada”. A metáfora “como se perdesse a esperança” mostra uma apatia no atendimento, que aflige o/a paciente, causado por uma aceitação de que as coisas são como são e que não vão mudar. Essa forma de ver o serviço público é comum no contexto do Ceará.⁹⁰ Já o verbo “ter”, Processo relacional possessivo, indica que o mínimo desejado seriam informações sobre o tempo de espera, mas em alguns

⁸⁹ A frase e o trecho como um todo não me permitem dizer se o elemento “a gerência” é Ator ou Meta, por isso, ponho a possibilidade de ser qualquer um dos dois.

⁹⁰ Dado observado durante pesquisa de campo nas demais cidades participantes do projeto “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”, financiado parcialmente pela Funcap-CE e parcialmente pelo CNPq, coordenado por Izabel Magalhães e em andamento desde 2013.

casos o SAME, de fato, não tem acesso. Logo, por este ficar às cegas, não consegue dar um conforto ao/à paciente, que fica insatisfeito.

Os/as pacientes, durante o grupo focal, falaram sobre o “sistema”, como é possível ver nas orações (49) a (51) a seguir, retiradas do trecho E06:

O sistema	que	é	falho
Portador	Marca de oralidade	Processo relacional atributivo	Atributo
(49) Fala da usuária Bárbara, trecho E06			

A falha	geralmente	é	no sistema,	que	num	funciona,
Portador	Circ. de extensão (frequência)	Processo relacional circunstancial	Atributo circunstancial de localização (lugar)	Elem. Textual	Elem. Interp.	Processo material transformativo
(50) Fala do usuário Cauã, trecho E06						

agora⁹¹	o atendimento	é	razoável,	bom.
Elem. Textual	Portador	Processo relacional atributivo	Atributo	Atributo
(51) Continuação da fala do usuário Cauã, trecho E06				

O que seria o “sistema”? Seria o SUS, a ESF, a saúde em Sobral, a rede de apoio? O Processo material na oração (50) antropomorfiza o Ator “sistema”, que recebe toda a carga negativa do comentário, não indica quem seria responsável ou componente desse “sistema” e distancia-o da realidade. Ademais, a ausência de Circunstâncias, que ofereceriam mais informações sobre ele, demonstra um baixo comprometimento do paciente com o que é dito. A oração (51), de mesmo modo, corrobora com isso, já que o “sistema”, ruim, falho, distante, pouco acessível é comparado com o atendimento recebido no CSF, considerado “razoável”, “bom”, e palpável.

Vejam os a oração (52) e as orações projetadas (53) e (54), presentes no trecho E07, a seguir. Nelas, a enf. Priscila responde à pergunta: “E na sua opinião, ainda sobre o vínculo terapêutico, o que você acha que dificulta ou fragiliza esse/ a consolidação desse vínculo?”.

Eu	acho	<i>que um profissional que trabalha numa unidade muito sobrecarregado dificulta muuuuito o vínculo, porque você não tem a oportunidade de dar atenção que o paciente precisa</i>
Experienciador	Processo mental cognitivo	Oração projetada

91 Possui sentido adversativo, por isso foi considerado como elemento textual, e não, circunstância de localização (tempo).

(52) Fala da Enf. Priscila, trecho E07					
<i>que</i>	<i>um profissional que trabalha numa unidade sobrecarregado</i>		<i>dificulta</i>	<i>muuuuito</i>	<i>o vínculo,</i>
Elem. Textual	Ator		Processo material transformativo	Circ. de modo (grau)	Meta
(53) Oração projetada da fala da Enf. Priscila, trecho E07					
<i>porque</i>	<i>you</i>	<i>não</i>	<i>tem</i>	<i>a oportunidade de dar atenção que o paciente precisa</i>	
Elem. Textual	Possuidor	Elem. Interp.	Processo relacional possessivo	Possuído	
(54) Continuação da oração projetada da fala da Enf. Priscila, trecho E07					

Além da modalidade subjetiva comum, marcada por “eu acho”, a enfermeira Priscila compromete-se pouco com sua fala ao responsabilizar o Ator “profissional sobrecarregado” de dificultar a consolidação do vínculo, haja vista que o/a profissional de saúde é sobrecarregado pela quantidade grande de funções para exercer e pacientes para atender; logo, acredito que ele/a não seria o/a responsável imediato. A responsabilização do profissional na fala da enfermeira também ocorre na construção da oração (54), em que há a impersonalização do Possuidor, e há a presença de uma nominalização no Possuído (“a oportunidade”), a qual omite a ação de receber, ou não, uma oportunidade de alguém (Processo material). Algo semelhante acontece em outro momento da fala da enf. Priscila: “Eu acho que um profissional insatisfeito com a sua profissão dificulta (o vínculo)”.

Por último, sobre o atendimento insatisfatório, a ACS Laís diz (trecho E08, orações (54) e (55)), quando perguntada sobre o que deveria ser mudado no atendimento:

Eu	ainda	vejo	muitaa	é	ignorância por parte dos do TRATAMENTO
Experienciador	Elem. Textual	Processo mental perceptivo	Circ. de modo (grau)	Marca da oralidade	Fenômeno
(55) Fala da ACS Laís, trecho E08					

Um bom acolhimento	é	importante
Portador	Processo relacional atributivo	Atributo
(56) Fala da ACS Laís, trecho E08		

Novamente, há dois casos de nominalização (“tratamento” e “acolhimento”), que suprimem o ator social e as ações que eles executam, transformando-as, respectivamente, em (parte de) um Fenômeno e um Portador. Além disso, a escolha pelo uso de Processo mental e Processo relacional corrobora com esse encobrimento, haja vista que, nesse, os dois elementos

estão relacionados, não havendo ação; e naquele um Experienciador percebe algo, indicando uma ação que ocorre dentro do mundo mental, não no mundo material, da realidade (FUZER; CABRAL, 2014). Por fim, quando questionada a respeito da definição de “receber bem” (referente ao bom acolhimento), ela responde: “Tratamento, bom dia, um simples bom dia, né, que é muito importante... dar informação, é direcionar, direcionamento CORRETO (...)”.

Considerando o que foi analisado e com base no que vivenciei no trabalho de campo, por meio da observação participante, nos trechos analisados e nos trechos de apoio (F01 a F16), acredito haver uma fragilidade na estabilidade profissional atrelada a um receio de se prejudicar, os quais dificultam os/as participantes de dizerem diretamente quem ou o que é/são responsável/is pela maioria dos fatores negativos presentes na ESF. Isso foi observado nessa subseção e na anterior e voltará a se evidenciar na próxima, e, por isso, não me alongarei sobre isso, neste momento.

5.3.3 ALTA DEMANDA DE ATENDIMENTO PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

O terceiro e último aspecto que analiso linguisticamente é a alta demanda de atendimento. Focalizo os/as ACSs por conta da recorrência, porém percebo que a alta demanda é um problema que assola a ESF de modo geral, tendo em vista alguns relatos feitos pela enfermeira Priscila e pelo médico Roberto e o que observei em Sobral e nas demais cidades participantes do projeto supracitado.

Com a leitura dos trechos E09 e F13, sabemos que os/as ACSs são responsáveis pelo atendimento de um grupo de pessoas, que se dividem em famílias. Tal divisão, na visão do ACS Gustavo é problemática, pois para ele: “ela não foi pensada em número de famílias, ela foi pensada em número de pessoas. E o agente de saúde ele não faz visita às pessoas, ele faz visita às FAMÍLIAS”. Logo, um/a ACS com mais famílias formadas por uma ou duas pessoas tem trabalho maior que um/a ACS responsável por famílias de cinco, seis pessoas. Quando à estrutura oracional da fala do ACS Gustavo, note o uso de Processo mental na voz passiva “foi pensada”, em que o Experienciador é apagado e que ameniza o problema apresentado, assim como apresentado na oração (55) anteriormente. Ameniza tendo em vista que Processos mentais ocorrem no mundo das ideias, pois dizer que algo foi pensado não quer dizer que foi executado. Note também que o “agente de saúde” é Ator ativo do Processo material “fazer visita” (visitar).

Além da divisão problemática, há a quantidade mínima de visitas a cada família, que é uma por mês (“a gente tem que visitar todo mundo pelo menos uma vez no mês”, fala do ACS Gustavo), e há a possibilidade de outras visitas serem necessárias, dependendo do quadro clínico dos/as pacientes (verifique trecho E09). Por exemplo, hipertensos/as e diabéticos/as recebem duas visitas ao mês; pacientes em tratamento de tuberculose e gestantes nas semanas finais do período gestacional recebem visitas diariamente.

Nas orações (57) e (58), a seguir, retiradas do trecho E10, gerado por meio da pergunta: “O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?”, vemos a repetição do padrão que se estabeleceu desde o início: uso de Processos relacionais, que não contêm ação sendo expressa, mas sim algo sendo caracterizado, e o uso do modalizador “eu acho” com o intuito de atenuar a fala. Na continuação da fala da ACS Laís, “eu acho que menos [quantidade] se torna mais qualidade, que é MUITA gente pra cê dá conta e sempre fica alguém faltando”, outro padrão se observa: o uso de Processo existencial, em que o Existente é tomado como um fenômeno e a impersonalização do ator social “(vo)cê”.

Eu	acho	que é a quantidade é grande
Experienciador	Processo mental cognitivo	Oração projetada
(57) Fala da ACS Laís, trecho E10		
<i>A quantidade</i>	<i>é</i>	<i>grande</i>
Portador	Processo relacional atributivo	Atributo
(58) Oração projetada da fala da ACS Laís, trecho E10		

Por fim, o exposto é agravado com a alta quantidade de trabalho burocrático que os ACS precisam preencher. Observemos as orações (59) e (60), retiradas, respectivamente, dos trechos E09 e E10, dispostas a seguir:

Às vezes	a gente	é sufocado	coom trabalho burocrático
Circ. de extensão (frequência)	Meta	Processo material	Circ. de modo (meio)
(59) Fala do ACS Gustavo, trecho E09			

Hoje,	é	muito	burocracia
Circ. de localização (tempo)	Processo existencial	Circ. de modo (grau)	Existente
(60) Fala da ACS Laís, trecho E10			

No primeiro caso, temos um Ator suprimido agindo sobre a Meta, isto é, o trabalho burocrático é o meio utilizado para sufocar os/as ACSs. Essa construção é significativa, haja vista que omite o fato de alguém (presumidamente, a Secretaria de Saúde) estabelecer atividades burocráticas para os/as ACSs, e, por consequência os/as “sufocarem”, cuja formulação oracional ficaria: “às vezes, a gente é sufocado com o trabalho burocrático pela Secretaria de Saúde”. Nesse caso, o trabalho burocrático passaria a ser Circunstância de modo (meio) e a Secretaria de Saúde poderia ser⁹² o Ator. Algo similar ocorre na oração (60), que faz uso de Processo existencial, em que o trabalho burocrático existe sem um agente que o fomenta.

Ambas as orações, assim como as análises feitas ao longo desta seção 4.3, apresentam um aspecto ideológico forte, em que o/a profissional de saúde evita explicitar a Secretaria de Saúde como um dos responsáveis por alguns problemas no serviço do CSF,⁹³ principalmente pela fragilidade de seu vínculo empregatício. A seguir, faço um comentário sobre o vínculo terapêutico na cidade de Sobral/CE e recupero essa discussão.

5.4 O VÍNCULO TERAPÊUTICO EM SOBRAL, CEARÁ

A pujança na postura profissional, no que se refere à ética, à amizade e à frequência de atendimento, no atendimento quando é satisfatório e na integração da/s equipe/s multiprofissional/is, em um contexto de fragilidade, é formidável. Esses/as profissionais de saúde, que trabalham na linha de frente do atendimento básico de saúde, e a comunidade atendida, cuja maioria depende exclusivamente do SUS, perseveram na busca de melhorias. Deixo explícito meu respeito a esses dois grupos, de antemão, pois sabemos que os/as pacientes são os que detêm menor poder na relação assimétrica entre os atores sociais presentes na prática social da saúde, como podemos perceber na Figura 11 a seguir, mesmo sendo eles/as o motivo principal da existência do SUS. De mesma forma, apesar de muitos considerarem que não, os/as profissionais de saúde, principalmente aqueles que não são formados em medicina,⁹⁴ estão em posição frágil na relação também. Evidentemente que, como aponta Magalhães (2000), os/as profissionais de saúde estão em posição de poder

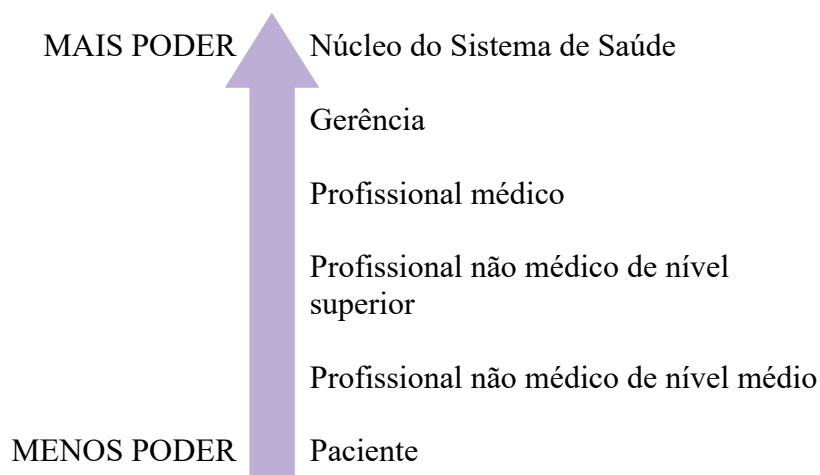
92 Utilizo a locução verbal ‘poderia ser’ por considerar que outros atores sociais acima da Secretaria de Saúde, na escala hierárquica de organização do serviço de saúde, podem exigir trabalho burocrático dos/as profissionais de saúde. Outra razão para esse uso é a impossibilidade de recuperação do ator social referido na oração no restante do texto. Portanto, não estaria preciso o uso de “seria”.

93 Mesmo caso da nota anterior.

94 Médicos/as detêm um *status quo* legitimado, inclusive historicamente, em nossa sociedade, o que lhes proporciona mais poder na relação entre os atores sociais.

superior à dos pacientes, inclusive pela detenção do conhecimento científico. Logo, apoio minha explicação, que segue, na percepção de que existe um sistema de saúde excelente, mas que apresenta falhas prejudiciais ao recebimento e à oferta de atendimentos de saúde.

Figura 11: Relação de poder entre atores sociais



Com base nas análises linguísticas, pude perceber que os principais problemas que dificultam a formação do vínculo terapêutico são consequências de ações executadas externamente ao CSF, mas que o afetam diretamente. Notei ainda, que, ao falarem sobre esses problemas, a maioria dos profissionais de saúde e dos pacientes excluem o/s ator/es social/is que exercem as ações promotoras. Isso é evidenciado principalmente nas subseções 5.3.1 e 5.3.3, sobre, respectivamente, a rotatividade profissional no CSF e a alta demanda do atendimento dos ACSs, que inclui a quantidade excessiva de trabalho burocrático. Essa última também é uma das razões da quantidade de atendimentos desejada pela população não ser atingida. Como formas linguísticas de excluir os atores sociais, há o uso regular de atores antropomorfizados, em Processos materiais, quando seriam Circunstâncias na forma oracional tradicional; uso de Processos existenciais, no qual o Existente é um acontecimento dado; uso de nominalizações em Processos relacionais, cujo objetivo é demonstrar uma relação existente entre dois elementos, não havendo o desenrolar de ações nesses Processos; e o uso de estruturas passivas, especialmente nos Processos materiais, com o apagamento do Participante envolvido nos Processos. Há também o uso frequente de atenuadores, inclusive em orações, aparentemente, categóricas.

Essas estratégias linguísticas atreladas a alguns dados obtidos em campo apontam para a presença de uma inquietação ou uma preocupação deles/as em sofrer sanções ou, ainda, algum tipo de prejuízo, advindos de atores sociais em situação superior de poder, por

exemplo, a Secretaria de Saúde do município. O primeiro desses dados, relatado na subseção sobre a rotatividade, é o frágil vínculo empregatício dos/as profissionais de saúde. Em um relato de profissionais de saúde, tive acesso à informação de que a Secretaria de Saúde contrata, anualmente, os/as enfermeiros/as, os/as médicos/as e os/as gerentes, e que esse contrato pode ser, ou não, renovado. Logo, fica claro que essa instabilidade motiva os/as profissionais de saúde a não reivindicarem os problemas que assolam suas práticas, por consequência das ações executadas externamente ao CSF.

Outro dado apontado brevemente nos dados gerados é o político, ou seja, a rotatividade de profissionais, bem como a contratação deles/as, tem motivação política também. Apesar de ter sido apontado de forma breve, fez-me observar mais atentamente esse aspecto tanto no dia a dia, como em relatos informais dados.⁹⁵ De acordo com o que pude apurar, a cada nova eleição municipal, novos Secretários de Saúde e funcionários da Secretaria de Saúde (não concursados) são empossados; esses novos membros decidem o destino dos/as profissionais de saúde dentro do município, que vai desde a troca de local de trabalho, até a demissão. Por outro lado, é necessário ponderar acerca da rotatividade de profissionais de saúde. Verifica-se, nos dados gerados, a representação de outro motivo para a Secretaria de Saúde trocar os profissionais de saúde regularmente: o receio de que a permanência de um profissional de saúde em um local promova “vícios” em vez de vínculo, parafraseando a participante Priscila. Apesar dessa mentalidade da gestão, é básico entender que sem vínculo empregatício não há vínculo terapêutico.

Além da política, **em especial** no caso dos/as pacientes, que, repito, dependem muitas vezes exclusivamente do sistema público de saúde, o medo de falar sobre os problemas existentes, que dificultam o acesso deles/as a um serviço verdadeiramente de qualidade, parece-me ser resquícios de mandonismo no município, muito citado quando se fala do Ceará e do Nordeste do Brasil, em geral, junto do termo coronelismo. Nas palavras de Carvalho, mandonismo

[r]efere-se à existência local de estruturas oligárquicas e personalizadas de poder. O mandão, o potentado, o chefe, ou mesmo o coronel como indivíduo, é aquele que, em função do controle de algum recurso estratégico, em geral a posse da terra, exerce sobre a população um domínio pessoal e arbitrário que a impede de ter livre acesso ao mercado e à sociedade política. O mandonismo não é um sistema, é uma característica da política tradicional. Existe desde o início da colonização e sobrevive ainda hoje em regiões isoladas. A tendência é que desapareça completamente à medida que os direitos civis e políticos alcancem todos os cidadãos (CARVALHO, 1997, n.p.).⁹⁶

95 O aspecto político como regulador das práticas também foi observado em outros municípios participantes do projeto “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes”.

Por uma questão de distinção conceitual, mandonismo difere de coronelismo, tendo em vista que o coronelismo foi um sistema político surgido com a instituição do Federalismo no Brasil, que substituiu os antigos presidentes das províncias por Governadores e outros representantes da Federação. Logo, o sistema político nacional do coronelismo foi marcado com forte comutação de favores entre o governo e os coronéis: os coronéis garantiam votos para os governantes regionais e para o presidente em troca da permissão de tomar decisões políticas regionais. Esse sistema permitia o reconhecimento dos coronéis como dominadores dos estados e teve seu fim em 1937 (CARVALHO, 1997).

Diante disso e por todos os argumentos trazidos nas análises, identifico a presença de uma apatia por parte dos/as pacientes, no modo como eles/as veem o sistema de saúde, como sendo algo estático e incapaz de mudar; ao mesmo tempo em que os/as profissionais de saúde se obrigam a aceitar e contornar, como podem, as dificuldades que afetam seus serviços, sejam dificuldades estruturais, burocráticas ou empregatícias. Por essas razões, o vínculo terapêutico entre profissionais de saúde e pacientes não consegue ser consolidado. No entanto, há, em sua grande parte, um esforço conjunto desses grupos de atores sociais para que o serviço ocorra de modo eficaz e eficiente dentro do possível. Ou seja, a postura profissional, a frequência no atendimento, o atendimento satisfatório e a integração dos profissionais indicam ser mais “estratégias” utilizadas a toda força para construir em curto prazo uma relação mínima, haja vista a grande rotatividade, e para cumprir metas de atendimento, do que ser uma qualidade do atendimento por si só. Esclareço que, ao dizer isso não intento minimizar a preocupação com o exercício de um atendimento de qualidade, mas, sim, mostrar como um sistema marcado por decisões unilaterais provoca mudanças no modo como as atividades são desenvolvidas.

96 Citação retirada de artigo publicado originalmente em formato impresso no periódico *Dados: Revista de Ciências Sociais* e disponibilizado na plataforma Scielo, conforme consta nas referências.

6 CONCLUSÃO

A necessidade de se trabalhar empiricamente, em trabalhos qualitativos, aspectos da saúde em pesquisas da ADC está no objetivo desta área da Linguística em discutir ideologias e tentar promover uma mudança social. Além disso, cada vez mais, pesquisas qualitativas, de modo geral, tentam criar espaços para que pessoas, em seus papéis sociais, tenham suas vozes ouvidas, na tentativa de explicarem e entenderem práticas sociais e culturas específicas. Com base nisso, esta pesquisa teve por objetivo entender, por meio das falas de profissionais de saúde e de pacientes, a construção discursiva do vínculo terapêutico na ESF (atenção básica de saúde do SUS) em Sobral, cidade do estado do Ceará. Para que isso fosse possível, senti a necessidade de recapitular aspectos teóricos tanto sobre o SUS, a ESF e o vínculo terapêutico, assim como discutir conceitos derivados das Ciências Sociais e da Linguística, vistos, respectivamente, nos Capítulos 2 e 3.

Ademais, a escolha do aporte metodológico, explicitado no Capítulo 4, foi essencial para que eu obtivesse os resultados. A etnografia discursiva, junto das técnicas de coleta e de geração de dados, possibilitaram-me o conhecimento empírico necessário para que eu entendesse o funcionamento do CSF, do atendimento, das listas de espera e das burocracias; para que eu conhecesse os/as profissionais de saúde, sua rotina de trabalho e suas condições de trabalho, muito precarizadas; e para que eu conhecesse pacientes, suas condições de vida, seus anseios, suas angústias e seus sofrimentos, muito comuns no ambiente público de saúde no Ceará. Digo isso com base em minha experiência não só nesta pesquisa, mas também com base no que vivenciei como bolsista de Iniciação Científica da graduação, como explicitado na Introdução desta dissertação. Isto é, foi apenas com a adoção da etnografia discursiva que tive acesso à maioria dos demais elementos das práticas sociais, que não fosse o discurso. Aliás, até mesmo o discurso eu só tive acesso por meio dela, haja vista que coleta de dados sem observação participante e ida a campo, provavelmente, excluiria as vozes de quem menos detém poder nas relações: as dos/as pacientes.

No Capítulo 5, analisei detalhadamente sessenta orações retiradas de dezenove trechos significativos para o entendimento da formação discursiva do vínculo terapêutico e sua relação com as práticas de saúde, com o uso das categorias analíticas da Transitividade, da Representação de Atores Sociais e da Modalidade. A seguir, então, faço algumas considerações finais, com o propósito de responder resumidamente as quatro questões norteadoras desta pesquisa.

A construção discursiva do vínculo terapêutico por pacientes e profissionais de saúde, de forma geral, ocorreu por meio de descrições das práticas, com comparações e exemplificações, apontando pontos positivos e negativos dos elementos que constituem essas práticas. Isso pôde ser visualizado por meio, também, das Figuras 9 e 10 (p. 97 e 110, respectivamente) no capítulo 5, destinado às análises. Especificamente, observei que os/as pacientes recorrem, em sua grande maioria, às suas expectativas de atendimento, baseadas em exemplos reais de atendimentos bons e atendimentos insatisfatórios, normalmente pontuando o que é de grande valia e o que poderia ser mudado. Diferentemente dos/as pacientes, os/as profissionais de saúde recorrem ao que é postulado pelo SUS, pela ESF, pela prefeitura da cidade e pelo que se conhece como bom atendimento. Essa “estratégia” usada por eles/as demonstra que retêm conhecimento teórico sobre o que deve ser feito e as exigências postas sobre eles/as. Ao mesmo tempo que fazem isso, esses/as profissionais apontam o que é efetivado e o que não é, muitas vezes apresentando as razões para isso. Desse modo, observo a existência de dois polos: o do que é ideal e o do que é real.

Isso foi corroborado por diversos elementos linguístico-textuais presentes nas falas de profissionais de saúde e pacientes, percebidos a partir, principalmente, da análise da Transitividade e da Representação de Atores Sociais. Pude perceber que o ideal é formulado por meio de Inclusão por Ativação e por Inclusão por Impersonalização – Abstração, em que o ator social é colocado como Ator/Experienciador/Portador/Dizente das orações, bem como é referido por um termo abstrato “você”, que representaria os/as profissionais de saúde em geral. Já o polo da realidade apresenta estruturas com modalizações, ocultamento dos atores sociais nas sentenças, mesmo que recuperáveis, bem como o uso de circunstâncias para definição de condições, de finalidade ou de frequências de práticas. Além disso, quando os/as pacientes e os/as profissionais de saúde referem-se a atores sociais superiores na relação de poder, tendem a Excluir por Supressão os atores sociais, por meio de Processos existenciais, nominalizações, passivação de orações Materiais, com ocultamento do Ator, e Processos relacionais, que substituem ações por grupos nominais relacionados entre si.

Esses elementos linguístico-textuais, atrelados às “estratégias” escolhidas por pacientes e profissionais de saúde para a construção (discursiva) do vínculo terapêutico revelaram ideologias que sustentam relações de poder. A primeira relação de poder observada foi entre profissionais de saúde e os pacientes, que se dá não só por meio de suas “funções” nos atendimentos, no qual pacientes são recebedores e profissionais são fornecedores, os quais detém o poder de decisão do tempo, do modo, da qualidade, da frequência e do encaminhamento do atendimento. A relação de poder entre profissionais de saúde e pacientes

também se dá por meio do conhecimento científico que aquele grupo possui e esse, normalmente, não.

Entretanto, a relação de poder entre esses dois grupos não foi o mais relevante. Na verdade, foi possível perceber que tanto profissionais de saúde como pacientes são quase igualmente atingidos (tendo em vista o que foi apontado anteriormente) pela assimetria de poder trazida por órgãos reguladores. Digo órgãos reguladores pois não é possível recuperar especificamente sobre quem se fala quando profissionais e pacientes se referem a eles/as, dadas as estratégias linguísticas apontadas anteriormente. Isso acontece por conta do baixo poder de agência sobre as decisões unilaterais tomadas por esses órgãos, que atingem diretamente profissionais de saúde e pacientes, bem como (a qualidade de) o atendimento ofertado/recebido por eles/as. Logo, parece certo dizer que a prática social da saúde, por meio dos discursos representados, é fragilizada e desigual, em que se preserva interesses e afeta-se, principalmente, os/as pacientes. Além disso, essa forma unilateral de decisão, bem como as estratégias utilizadas para dirimir o poder de agência (contratação frágil e alta burocracia, por exemplo), causando apatia na população, podem ser consideradas como resquícios de mandonismo desses órgãos sobre os menos favorecidos de poder.

Assim, com base em tudo que foi exposto, acredito que o vínculo terapêutico não ocorra, por conta de todas essas adversidades. Há, no entanto, uma tentativa, por meio de um interesse mútuo e urgente de profissionais de saúde e de pacientes de que sua relação seja amigável e ética, para promover, em curto prazo uma relação de reciprocidade; principalmente, tendo em vista que os/as profissionais de saúde possuem metas a serem cumpridas e os/as pacientes têm problemas de saúde que precisam solucionar. Afinal de contas, a rotatividade de profissionais, muito marcadamente presente nas falas, é a prova de que sem vínculo empregatício não há vínculo terapêutico.

Com base no que foi encontrado, acredito que este trabalho seja relevante para o entendimento das práticas sociais e para lançar luz sobre aspectos que dificultam o atendimento, de modo a prejudicá-lo em sua qualidade. Além disso, foi relevante para perceber que resquícios de mandonismo ainda estão presentes nas práticas de saúde e que contribuem para a apatia de grupos de atores sociais, sustentando, dessa forma, uma ideologia que mantém relações muito assimétricas de poder. Porém, este estudo contemplou apenas alguns aspectos discursivos dessas práticas, havendo diversos outros aspectos a serem desenvolvidos com o objetivo de continuar este trabalho. Sugiro, por exemplo, que futuros/as pesquisadores/as incluam atores sociais de órgãos reguladores em seus grupos de participantes, com o objetivo de identificar quem são os atores suprimidos nas falas obtidas

nesta pesquisa; façam uma intersecção com aspectos econômicos, que me pareceram ser parte da razão pelas quais tamanha assimetria existe; ou, ainda, que façam estudo de caso em que pacientes são os atores centrais da pesquisa, para que suas vozes sejam ainda mais ouvidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASCHIDAMINI, I. M., SAUPE, R. Grupo focal – estratégia metodológica qualitativa: um ensaio teórico. **Cogitare Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 9-14, jun. 2004.
- AITH, F. M. A. Marcos legais da promoção da saúde no Brasil. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 92, n. 2, p. 148-154, jun. 2013.
- ALESSIO, M. M.; SOUSA, M. F. Programa Mais Médicos: elementos de tensão entre governo e entidades médicas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1143-1156, 2017.
- ALTHUSSER, L. **Ideologia e aparelhos ideológicos de Estado**. 3. ed. Lisboa: Editorial Presença/Martins Fontes, 1980.
- ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ARGENTA, J. S., MAGALHÃES, I. O status quo de profissionais médicos/as no contexto do Programa de Saúde da Família no estado do Ceara. In: **I Encontro Nacional Discurso, Identidade e Subjetividade (ENDIS)**, 2016, Teresina, Brasil. Acesso em 15 de dezembro de 2016. Disponível em: <https://www.endis2017.com.br/anais>.
- ÁVILA, M. M. M. Origem e evolução do Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará. **RBPS**, Fortaleza, v. 24, n. 2, p. 159-168, 2011.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v.13, n.3, p.16-29, 2004.
- BARBOSA, R. S. **A saúde do atraso: uma alternativa ao SUS autoritária e seletiva**. 2018. Disponível em: <<https://www.cartacapital.com.br/blogs/brasil-debate/a-saude-do-atraso-uma-alternativa-ao-sus-autoritaria-e-seletiva>>. Acesso em: 17 de maio de 2018.
- BARROSO, S. C. **Tematização e representação da prática docente: análise sistêmico-funcional da construção discursiva da profissão e da identidade do professor de inglês como língua estrangeira**. [Dissertação] Rio de Janeiro (Rio de Janeiro): Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2009.
- BARTON, D.; HAMILTON, M. **Local literacies: reading and writing in one community**. London: Routledge, 1998.
- BERCHO, C. F. As artes de curar: higiene e educação médica na sociedade imperial. **Trilhas Pedagógicas**, v. 3, n. 3, p. 51-68, Ago, 2013.
- BRAGA, T. **Polo universitário de Sobral atrai estudantes de outros municípios**. 2017. Disponível em: <<https://www20.opovo.com.br/app/revistas/cultura/2017/01/04/notrcultura,3677678/polo-universitario-de-sobral-atrai-estudantes-de-outros-municipios.shtml>>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>>. Acesso em 17 de maio de 2018.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 17 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. LEI 8.142, de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 17 de maio de 2018.

BRASIL. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. (Coleção Cadernos de Atenção Básica, caderno 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Brasília: Ministério da saúde, 2005

BRASIL. Portaria 399, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 16 de maio de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Programa Farmácia Popular do Brasil: manual de informações às unidades credenciadas: sistema de co-pagamento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização: Formação e intervenção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos HumanizaSUS; v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Programa mais médicos – dois anos:** mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. **Acta paul. Enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 176-182, 2009.

BUNCHAFT, A. F., GONDIM, S. M. G. Grupos focais na investigação qualitativa da identidade organizacional: exemplo de aplicação. **Rev. Estudos de Psicologia**, PUC Campinas, v. 21, n. 2, p. 63-77, maio/agosto 2004.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J.. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CARVALHO, G. A saúde pública no Brasil. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 7-26, 2013.

CARVALHO, J. M. Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: uma discussão conceitual. **Dados**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 2, p. , 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 outubro de 2018.

CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2001.

CHOULIARAKI, L.; FAIRCLOUGH, N. **Discourse in late modernity: rethinking Critical discourse Analysis**. Edinbourg: Edinbourg University, 1999.

COELHO FILHO, J. M. Relação médico-paciente: a essência perdida. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 631-633, dez. 2007.

COSTA, R. **Congresso aprova corte de R\$ 18 milhões na segurança do Ceará**. 2018. Disponível em: <<https://www.opovo.com.br/jornal/politica/2018/02/congresso-aprova-corte-de-r-18-milhoes-na-seguranca-do-ceara.html>>. Acesso em: 13 de maio de 2018.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família: uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

CRUZ, M. M. Histórico do sistema de saúde, proteção social e direito à saúde. In: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES, W. (Org.). **Qualificação de Gestores do SUS**. 2ªed. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp/EAD, v. 2, p. 35-46, 2011.

DE LAVOR, A.; DOMINGUEZ, B.; MACHADO, K. O SUS que não se vê. **Revista RADIS**, Rio de Janeiro, n. 104, p. 9-17, abr. 2011.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2ª ed. Trad. S. R. Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 15-42.

DOMINGUEZ, B. N. R. **Programa de Saúde da Família: Como Fazer**. São Paulo: Ed. Parma LTDA, 1998

DEBUS M. **Manual para excelência em la investigacion mediante grupos focales.** Washington: Academy for Educational Development, 1997.

FAIRCLOUGH, N. **Language and power.** London: Longman, 1989.

_____. **Discurso e mudança social.** Coord., trad., revisão e prefácio à edição brasileira I. Magalhães. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 2001.

_____. **Analysing discourse:** textual analysis for social research. London: Routledge, 2003.

_____. A dialética do discurso. *Revista Teias*, v. 11, n. 22, p. 225-234, 2010.

FLICK, U. **Qualidade na pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009a. (Coleção Pesquisa Qualitativa).

_____. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009b.

FONTES, G. **‘Refém’ de cubanos, Brasil deve prorrogar programa Mais Médicos em 2019.** 2016. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/politica/republica/refem-de-cubanos-brasil-deve-prorrogar-programa-mais-medicos-em-2019-3rq13nvueezimd517dw67vg94>>. Acesso em: 18 de maio de 2018.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso.** trad. Laura Fraga de A. Sampaio. São Paulo: Loyola, 1999.

FRAZÃO, F. **Fundo eleitoral tira R\$ 70 milhões de verbas para saúde.** 2017. Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,fundo-eleitoral-tira-r-70-milhoes-de-verbas-para-saude,70002081210>>. Acesso em: 14 de maio de 2018.

FRANCO, A. L. S.; BASTOS, A. C. S.; ALVES, V.S. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública (Rio de Janeiro)**, v. 21, n. 1, p. 246-255, jan-fev, 2005.

FUZER, C.; CABRAL, S. R. S. **Introdução à gramática sistêmico-funcional em língua portuguesa.** Campinas: Mercado de Letras, 2014.

GAGLIARDO, V. C. A medicina a serviço da civilização no Rio de Janeiro oitocentista. **Fênix – Revista de História e Estudos Culturais**, v. 12, n. 2, p. 1-22, jul-dez. 2015.

GALLO, E. *et al.* Reforma sanitária: uma análise de viabilidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 414-419, dez. 1988.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica-pan American Journal of Public Health.** Washington: Pan Amer Health Organization, v. 35, n. 2, p. 144-149, 2014.

GHERARDI, S. **How to conduct a practice-based study:** problems and methods. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar, 2012.

GOMES, A. L. C.; SA, L. D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 365-372, junho, 2009.

GOMES, A. M. A. *et al.* Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012.

GRAMSCI, A. **Selections from the Prison Notebooks**. Londres: Lawrence & Wishart, 1971.

HALLIDAY, M. A. K. **Introduction to Functional Grammar**. Londres: Edward Arnold, 1985.

_____. **Introduction to Functional Grammar**. 2ª ed. Londres: Edward Arnold, 1994.

HALLIDAY, M. A. K.; MATTHIESSEN, C. M. I. M. **An Introduction to Functional Grammar**. Londres: Edward Arnold, 2004.

JONES, K.; MARTIN-JONES, M.; BHATT, A. A construção de uma abordagem crítica, dialógica para a pesquisa sobre o letramento multilíngue – diários de participantes e entrevistas. In: MAGALHÃES, I. (Org.). **Discursos e práticas de letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 2012. p. 111-158.

KRESS, G.; HODGE, R. **Language as ideology**. Londres: Routledge, 1981.

LEVY, F. M.; MATOS, P. E. S.; TOMITA, N. E. Programa de agentes comunitários de saúde: a percepção de usuários e trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 197-203, fev. 2004.

LIRIO, S. Réquiem para o SUS. **Carta Capital**, ano XXIII, n. 962, p. 32-33, jul. 2017.

LOPES, B. C. O Agente Comunitário de Saúde: hoje, uma categoria profissional de fato e de direito. **Revista APS**, v. 6, n.1, p.46, jan./jun. 2003.

MACHADO, M. H. (Coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa de Saúde da Família no Brasil: um relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

MAGALHÃES, I. **Eu e Tu: a constituição do sujeito no discurso médico**. Brasília: Thesaurus, 2000.

_____. Introdução: a análise de discurso crítica. **D.E.L.T.A.** v. 21, no. spe, 2005.

_____. Crítica Social e Discurso. In: FERREIRA, R.; RAJAGOPALAN, K.. (Org.). **Um Mapa da Crítica nos Estudos da Linguagem e do Discurso**. 1ed. Campinas, SP: Pontes, 2016, v. 1, p. 225-253.

MAGALHÃES, I.; MARTINS, A. R.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso crítica: um método de pesquisa qualitativa**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2017.

MARIANO, C. M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. **Revista de Investigações Constitucionais**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MARTELLO, A. **Governo deve cortar até R\$ 21 bilhões do Orçamento de 2018**. 2018. Disponível em: <<https://g1.globo.com/economia/noticia/governo-deve-cortar-ate-r-21-bilhoes-do-orcamento-de-2018.ghtml>>. Acesso em: 13 de maio de 2018.

MATHIAS, M. **Antes do SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura**. CEE-FIOCRUZ. 2018. Disponível em: <<https://jornalggn.com.br/noticia/antes-do-sus-como-se-desorganizava-a-saude-no-brasil-sob-a-ditadura>>. Acesso em: 16 de maio de 2018.

MENDES, E. V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 358-364, junho 2009.

MORGAN, David L. **Focus group as a qualitative research**. Qualitative Research Methods Series. 16. London: Sage Publications, 1987.

_____. Focus groups. **Annual Review of Sociology**. v. 22, p.129-152, 1996.

MOURA, D. O. Comunicação em saúde: apenas remediar ou participar e prevenir? In: MENDONÇA, V. *et al.* (Orgs.). **Comunicação da informação em Saúde: aspectos de qualidade**. Brasília: Editora do Deptº de Ciência da Informação e Documentação, 2008. pp. 123-132.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e a municipalização. **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 2, p. 29-47, 1992.

PEREIRA, R. S. O lúdico como estratégia de legitimação de ideologia em piadas. In: **I Colóquio Nacional de Análise do Discurso – Discurso, Poder e Heterogeneidade, 2014**. Anais do I Colóquio Nacional de Análise do Discurso – Discurso, Poder e Heterogeneidade, 2014.

_____. **Estratégias discursivas na construção das identidades de profissionais de saúde e usuários do Programa de Saúde da Família: uma perspectiva etnográfico-discursiva** [Dissertação]. Fortaleza (Ceara): Universidade Federal do Ceara, 2016.

PEREIRA, M. G. A.; AZEVEDO, E. S. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 153-157, junho, 2005.

PINTO, H. A. et al. Programa Mais Médicos: avaliando a implantação do Eixo Provimento de 2013 a 2015. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 21, supl. 1, p. 1087-1101, 2017.

RESENDE, V. M. Análise de Discurso Crítica: uma perspectiva transdisciplinar entre a Linguística Sistêmica Funcional e a Ciência Social Crítica. In: **33rd International Systemic**

Function Congress, 2006, São Paulo. SFL and interdisciplinary dialogue: politics, education and business - program and abstracts. São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Lingüística Aplicada e Estudos da Linguagem (LAEL), 2006.

_____. Análise de discurso crítica como interdisciplina para a pesquisa social: uma introdução. In: Iran Ferreira de Melo. (Org.). **Introdução aos estudos críticos do discurso: teoria e prática.** 1ed. Campinas: Pontes, 2012, p. 99-112.

RUFFATO, L. **O golpe contra Dilma Rousseff.** 2016. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2016/08/31/opinion/1472650538_750062.html>. Acesso em: 17 de maio de 2018.

SANJEK, R. On ethnographic validity. In: _____. (Ed.) **Fieldnotes: the makings of anthropology.** Ítaca e Londres: Cornell University Press, 1990, p. 385-418.

SILVA, H. M. **A política pública de saúde no Brasil: dilemas e desafios para a institucionalização do SUS.** 123f. Dissertação (Mestrado em Administração Pública) – Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1996.

SILVA, C. M. G. C. H. *et al.* Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1457-1465, 2011.

SILVA, B. V. G. Políticas de Saúde no Brasil: elaboração, institucionalização e implantação do Sistema Único de Saúde entre as décadas de 1980 e 1990. **Aedos**, v. 5, n. 12, p. 133-146, jan-jul, 2013.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Programa “Farmácia Popular do Brasil”: caracterização e evolução entre 2004-2012. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 10, p. 2943-2956, out. 2015.

SOBRAL. **História.** 201-. Disponível em: <<http://www.sobral.ce.gov.br/a-cidade/historia>>. Acesso em: 13 de maio de 2018.

SOUZA, K. M. J. et al. Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 904-910, dez. 2010.

TAVARES, T. S. **A garantia dos direitos sociais das crianças com condições crônicas: reinventando o cuidado para a cidadania.** 2017. 223 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2017.

VAN LEEUWEN, T. A representação dos atores sociais. In: Pedro, E. R. (Org.) **Análise Crítica do Discurso: uma perspectiva sociopolítica e funcional.** Lisboa: Caminho, 1997, p. 169-222.

_____. **Discourse and practice: new tools for critical discourse analysis.** New York: Oxford, 2008.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Trad. (Coord.) Pedrinho A. Guareshi. Petrópolis: Vozes, 2007.

VIDICH, A. J.; LYMAN, S. M. Métodos qualitativos: sua história na Sociologia e na Antropologia. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2ª ed. Trad. S. R. Netz. Porto Alegre: Artmed, 2006, p. 49-90.

VIEIRA, V.; RESENDE, V. M. **Análise de discurso (para a) crítica**: O texto como material de pesquisa. 2ª ed. Campinas, SP: Pontes Editores, 2016.

WODAK, R. What CDA is about: a summary of its history, important concepts and its developments. In: WODAK, R.; MEYER, M. (orgs.). **Methods of Critical Discourse Analysis**. Londres: Sage, 2001, pp. 1-13.

APÊNDICE A – Entrevistas descartadas da Pesquisa Inicial

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)

Instrumento: Entrevista

Data: 08 de novembro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Rodrigo	Idade: 26
Naturalidade: Sobral	Tempo de uso do SUS: 15 anos
Tempo de atendimento no CSF Aparecida: 3 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Por que você veio ao posto hoje?*

2. Rodrigo: *Eu vim porquee... um amigo meu ele tavaa com caso de tuberculose, porque ele contraiu tuberculose, aí eu tive quee fazer os exames também, aí hoje eu vim pegar o resultado com ela.*

3. Pesquisadora: *Uhum e como foi o resultado?*

4. Rodrigo: *O resultado deeu negativo.*

5. Pesquisadora: *Que bom, fico muito feliz por você. O que você acha do atendimento que você recebe aqui no posto?*

6. Rodrigo: *O atendimento é bom, mas algumas pessoas, né, mas tem outras quee precisam melhorar e muito o atendimento.*

7. Pesquisadora: *Por quê?*

8. Rodrigo: *Porquee tem algumas pessoas que não sabe lidar com a gente que é usuário, tem algumas que são ing/ ignorante... quer rebaixar a gente.*

9. Pesquisadora: *Você lembra de algum caso em específico que aconteceu com você, que você queira me dizer?*

10. Rodrigo: *Teve um caso aqui teve um dia que eu vim tomar... a vacina aqui doo HPV, aí a moça do/ da sala de vacina não sabia dessa campanha... aí ela foi super grossa comigo.*

11. Pesquisadora: *E como você se sente nessas situações?*

12. Rodrigo: *A gente se sente constrangido, né, a gente perde até vontade de procurar o serviço de saúde, por causa dessas situações.*

13. Pesquisadora: *Com que frequência você costuma vir ao posto?*

14. Rodrigo: *É ra/ raramente... eu costumo vim.*

15. Pesquisadora: *E como é a sua relação com as pessoas que atendem no posto?*

16. Rodrigo: *A nossa relação é boa, a gente procura assim, cultivar o vínculo de amizade, né?*

17. Pesquisadora: *Ee, quais dos profissionais você acha mais fácil de conversar?*

18. Rodrigo: *A Renata e a outra moça lá que eu não sei ainda o nome dela.*

19. Pesquisadora: *A outra enfermeira? A dou/ a enfermeira Priscila?*

20. Rodrigo: *Acho que é.*

21. Pesquisadora: *A que tava na sala com ela?!*

22. Rodrigo: *Isso.*

23. Pesquisadora: *E qual deles você acha mais difícil?*

24. Rodrigo: *Por enquanto eu só tive contato com elas duas.*

25. Pesquisadora: *Ah, foi?*

26. Rodrigo: *Foi.*

27. Pesquisadora: *Ah, tudo bem. ã, como você se sente nas consultas de um modo geral?*

28. Rodrigo: *Eu me sinto bem... eu tenho... num escondo nada... num tenho assim esse receio de... de expor o que eu sinto pra elas.*

29. Pesquisadora: *E o que você acha que faz... você se sentir bem?*

30. Rodrigo: *(Risos) Eu acho que é pelo fato de eu já lidar com a área, né? Porque eu sou técnico de enfermagem, aí eu tô fazendo eu tôô/ faço enfermagem, eu tô no sétimo período.*

31. Pesquisadora: *Bacana... ee, como é o atendimento domiciliar?*

32. Rodrigo: *Nunca tive não.*

33. Pesquisadora: *Não?*

34. Rodrigo: *Não.*

35. Pesquisadora: *Mas você é-é atendendo pelo ACS também?*

36. Rodrigo: *É, mas dificilmente ela vai lá em casa.*

37. Pesquisadora: *Ah é?*

38. Rodrigo: *É.*

39. Pesquisadora: *Ah, então tá bom. Éé, como é a comunicação com as pessoas que atendem no posto? A comunicação.*

40. Rodrigo: *Aa comunicação algumas vezes é fragilizada [por/] teve um tempo que eu vim... pra cá, pra fazer esse negócio desses exame, porque eu já tinha vindo pra cá e eu passei quase a tarde toda aqui... de esperando ser chamado pela médica e a médica não tava com o meu prontuário ainda, aí é por isso que ela não me chamava.*

41. Pesquisadora: *E como foi resolvido... essa situação?*

42. Rodrigo: *Nesse caso eu... eu peguei e cobrei aa aa agente de saúde, porque já tava bem com umas cinco horas aqui e não tinha sido atendido.*

43. Pesquisadora: Entendi. ã, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento aqui da unidade?

44. Rodrigo: ... ah, assim, a maioria do... a pessoa chegar pra gente e perguntar o que que a pessoa deseja, não esperar que a gente vá atrás... assim, na bondade né com as pessoas.

45. Pesquisadora: Mais alguma coisa que você acha que poderia ser mudado se você fosse o CHEFÃO daqui? (risos)

46. Rodrigo: (risos) por enquanto só isso mesmo.

47. Pesquisadora: E a última pergunta. Se dependesse de você, o que você acha que deveria ser mudado na Estratégia de Saúde da Família de um modo geral?

48. Rodrigo: Assim, no caso o que eu acho que deveria ser mudado... é essa questão da abordagem também, porque muita das vezes, a pessoa procura a unidade de saúde, aí tá precisando, aí tem... a abordagem também e e a demora também das consultas, porque geralmente... pra quando... o paciente ele passa primeiro pela enfermeira, aí a enfermeira vai pra ser encaminhado pelo médico. Nesse caso tinha que ser um procedimento mais rápido.

49. Pesquisadora: Entendo... pois, Rodrigo, muito obrigada. Se você quiser falar mais alguma coisa, eu agradeço.

50. Rodrigo: Não, só era isso mesmo.

51. Pesquisadora: Só isso? Muito obrigada.

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 10 de janeiro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Débora	Idade: 33
Naturalidade: Sobral	Tempo de uso do SUS: 33 anos
Tempo de atendimento no CSF Oswaldo Cruz: 3 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Por que você vai ao posto normalmente?*
2. Débora: *Eu vou pela necessidade de tratar minha voz, porque eu sou professora, né, e preciso tá cuidando da minha voz, aí eu vou uma vez por semana lá fazer o meu a minha oficina.*
3. Pesquisadora: *Você é professora de quê?*
4. Débora: *Dee da prefeitura, de crianças.*
5. Pesquisadora: *O que você acha do atendimento que você recebe lá no posto?*
6. Débora: *É, a doutora Aline que me atende, ela é uma pessoa maravilhosa e (ininteligível) não só o aspecto da voz, mas tudo que eu preciso ela sempre dá um jeitinho de buscar o melhor pra gente.*
7. Pesquisadora: *E como é a sua relação com as pessoas que atendem lá no posto de modo geral?*
8. Débora: *De modo geral, é boa... no posto em si eu NUNCA precisei ir e vou quando eu preciso tomar alguma vacina, sempre me tratam bem.*
9. Pesquisadora: *E qual dos profissionais você acha mais fácil de conversar?*

10. Débora: *Coom a fono, que é a que me atende, o médico também que me atende lá também o foto fono, né, que me atende também e algumas enfermeiras, não são todas.*

11. Pesquisadora: *E quem você acha mais difícil de conversar?*

12. Débora: *Tem algumas enfermeiras que tão ali no atendimento que elas são muito grosseiras, elas acabam sendo grosseiras com as pessoas, não só comigo, mas a gente percebe, né, não tem muita paciência com o paciente.*

13. Pesquisadora: *Como é o atendimento domiciliar?*

14. Débora: *Começou a pouco tempo, porque antes não tinha realmente uma pessoa que vinha aqui com frequência, então começou há pouco tempo essa visita, né, do do rapaz aqui que tá acompanhando a gente.*

15. Pesquisadora: *E o que você acha dessas visitas?*

16. Débora: *Importante, porque a gente não tem tanto tempo pra tá indo TODO dia ou toda semana num posto pra, né, ter essas informações e ELES vindo, até porque é a obrigação deles também tarem vindo, é de suma importância.*

17. Pesquisadora: *Ééé, e como é a comunicação com as pessoas que atendem lá no posto?*

18. Débora: *... assim, depende muito de QUEM a gente chega lá pra atender, né, que vem atender a gente, tem dia que você pega uma pessoa mais FLEXÍVEL e tem dias que a gente pega uma pessoa tá estressada naquele momento, aí acaba descontando no paciente, aí depende muito do DIA e da CONSULTA que você tá indo atrás.*

19. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

20. Débora: *Eu acho que as pessoas têm que entender que nós somos seres humanos, se nós estamos indo lá em busca de algo, não é por frescura, não é pra implicar com ninguém, é porque a gente necessita, e eu também sou servidora pública, então eu tenho que tratar o meu cliente bem, porque eu DEPENDO do meu cliente. Meu cliente tá pagando pra que eu esteja ali, então eu PRECISO ter essa reciprocidade com ele.*

21. Pesquisadora: *E se dependesse de você, o que deveria ser mudado no PSF, que é o programa que atende vocês?*

22. *Débora: Hmm, eu acho que também poderiam prolongar um pouco o horário, já tem uma proposta né do PSF ir até sete da noite, eu acho que poderia entrar em vigor, porque muita gente trabalha em comércio e lá fecha cinco da tarde e as pessoas s-só saem do trabalho seis da noite, muitas vezes, então eu acho que deveriam ver essa questão do horário.*

23. *Pesquisadora: Mais alguma coisa que você [não] acha que deva mudar?*

24. *Débora: Tá bom, mudar só isso mesmo.*

25. *Pesquisadora: Pois, muito obrigada.*

26. *Débora: Naada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)

Instrumento: Entrevista

Data: 09 de novembro de 2017

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados da participante

Entrevistada: Janete	Idade: 60
Naturalidade: Sobral	Tempo de uso do SUS: mais de dez anos
Tempo de atendimento no CSF Aparecida: mais de dez anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *É... normalmente, quando a senhora vai ao posto, é por qual motivo?*
2. Janete: *Assim, nu-num vou MUUUITO não, mas quando eu sinto assim necessidade de fazer meus exames a/ todos os osos/ todos os anos eu faço meu check-up né? Que eu gosto de/ aí eu procuro o médico, às vezes uma gripezinha, qualquer coisinha que eu sinto a mais que eu... que tá me incomodando eu procuro.*
3. Pesquisadora: *Entendi. É... o que a senhora acha do atendimento que recebe no posto?*
4. Janete: *Assim... ATENDIMENTO... num é/ assim, é/ ultimamente tá bom, mas já fooii/ num foi muito legal no passado. Já teve assim... enfermeiras/ assim as/ a-a-a que/ a/ atende no posto tem umas que até boa, mas tem umas que não recebe as pessoas bem.*
5. Pesquisadora: *A senhora lembra de algum caso em específico que a senhora se aborreceu?*
6. Janete: *Sim... é já teve um... uma médica aí que saiu...há há talvez seis ano/ seis meses atrás quee eu procurei... e a pessoa que estava no balcão... num me atendeu bem, sabe? Ela não atendeu bem, eu pedi pra marcar consulta, ela disse que naquela hora não podia, que tava num sei o quê, enfim aquelas dificuldades, sabe? Sempre tem umas que... recebe a gente assim... com GROSSERIA, num sabe ser AMÁVEL com a pessoa... mas agora é raro, né? ALGUMAS... por exemplo essa que marca que marca o-o-os exames, que ela mar/ de marcação, ela NUM É BEM EDUCADINHA NÃO, sempre ela é assim um pouquinho grosseira.*
7. Pesquisadora: *Uhum, entendo. Como é a sua relação com as pessoas que atendem no posto?*
8. Janete: *Eu sou... BEM com todo mundo, meu amor (risos) eu sou bem com TODO MUNDO. Quando a pessoa é um pouquinho grosseira EU JÁ SOU AMÁVEL, pa ver se a pessoa me retorna com educação, mas eu-eu sou/ trato as pessoas muito bem, nem que eu serra um pouquim... maltratada, mas eu num... eu num retorno do mer/ eu num dou retorno do mermo jeito não. (Risos)*
9. Pesquisadora: *(Risos) Qual dos profissionais lá do posto a senhora acha que é mais fácil de conversar? De todos que a senhora conhece.*

10. Janete: *É, tem umas agentes de saúde MARAVILHOSAS, tem uma enfermeirinha MARAVILHOSA, num sei se posso dizer o nome.*

11. Pesquisadora: *Pode, eu vou trocar por outros nomes. (Risos)*

12. Janete: *(Risos) A Renata... enfermeira MARAVILHOSA, num tenho nada contra ela, ela é uma pessoa EXCELENTE, é as agente de saúde, e-esse menino aí é maravilhoso, o Gustavo, Fernanda, Victória... tem outra que eu num sei n-não lembro o nome, uma que quando a gente chega lá, ela olha a pressão, também é uma menina MARAVILHOSA [uhum] e agora tem até um bocado de gente MUITO boa (risos).*

13. Pesquisadora: *E qual dessas/ desses profissionais do posto, a senhora acha mais DIFÍCIL de conversar?*

14. Janete: *É a que marca as consulta (risos).*

15. Pesquisadora: *(Risos) Entendi... e como você se sente nas consultas?*

16. Janete: *Me sinto à vontade assim pa/ pra falar com o médico? À vontade. Eu abro o jogo (risos).*

17. Pesquisadora: *Que bom (risos). ã...*

18. Janete: *Até porque essa médica, a que tá agora aí, que é-é novata, doutora Mariana, é MARAVILHOSA, deixa a gente à vontade [uhum] gostei MUITO dela, foi a MINHA PRIMEIRA CONSULTA COM ELA, esse a-agora no final do ano, né, porque ela é novata aí [uhum] gostei muito dela, é uma profissional excelente.*

19. Pesquisadora: *E... como como é o atendimento domiciliar?*

20. Janete: *Domiciliar?*

21. Pesquisadora: *É, em casa?*

22. Janete: *É, aqui só/ vem sempre só esse/ o meni/ o agente de saúde [uhum] gente muito boa. Ultimamente foi que procurei pra o meu esposo, sabe? Que ele é assim... tem muito medo de MÉDICO e tudo, aí eu tava preocupada com ele e ele trouxe umaaa, uma enfermeirinha aqui pra conversar com ele, [uhum] também foi uma menina excelente, num botou dificuldade, foi ótimo. (risos)*

23. Pesquisadora: (risos) *É... e como é a comunicação com as pessoas que atendem no posto? Como é que acontece a comunicação?*

24. Janete: *É/ eu vou sempre lá assim, pra receber os meus remédios... menino da farmácia também é gente boa eee me dou bem, graças a deus.*

25. Pesquisadora: *E a comunicação, como é que a/ como é que é? O diálogo?*

26. Janete: *Com ele lá?*

27. Pesquisadora: *É, com as pessoas do posto, de modo geral.*

28. Janete: *É, eu tenho mais diálogo só com essas meninas, agentes de saúde, que eu já conheço muito tempo, né? E outras pessoas que eu encontro lá que a gente conhece, a gente se dá bem. É bom, conversa.*

29. Pesquisadora: *E se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento? Se você fosse a chefe do lugar e pudesse mudar qualquer coisa?*

30. Janete: *Eu tirava algumas pessoas, botava OUTRAS que pudesse atender todo mundo assim... com SIMPATIA, com DELICADEZA, porque tem umas pessoas que num... num num num é pra/ num é NEM PRA TÁ ALI NAQUELE LOCAL, porque num sabe atender as pessoas bem.*

31. Pesquisadora: *Entendo. E de novo, se dependesse da senhora, o que deveria ser mudado na ESTRATÉGIA de Saúde da Família, que é esse programa do SUS que atende no posto?*

32. Janete: *Ééé... o que era que ia ser mudado?*

33. Pesquisadora: *Uhum.*

34. Janete: *Amor, num tenho nada contra falar não, porque assim, os exames que a gente faz NÃO não demora muito, né, então agora tá/ a gente recebe logo, né? Ee, GRAÇAS a deus eu num precisei assim de uma coisa URGENTE pra num ser atendido. Então, eu num te/ eu num tenho o que falar.*

35. Pesquisadora: *Então, muito obrigada.*

36. Janete: *De nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)**Instrumento:** Entrevista**Data:** 08 de novembro de 2017**Dia da semana:** quarta-feira**Turno(s):** tarde**Local:** Centro de Saúde da Família Aparecida**1ª Parte: Dados da participante**

Entrevistada: Priscila	Idade: 37
Naturalidade: Fortaleza	Profissão: Enfermeira
Tempo de exercício da profissão: 14 anos	Tempo de exercício da profissão no CSF Aparecida: 5 meses

2ª Parte: Questões da pesquisa**Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):**

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *Enf. Priscila: Como é o?*

3. *Pesquisadora: Atendimento [o atendimento? éé] na Estratégia de Saúde da Família.*

4. *Enf. Priscila: Aqui em Sobral, eu achooo o atendimentoo, é um município organizado, né, por ter uma estrutura tanto física como... DE REDE mesmo, né, ond/ pra onde a gente encaminhar os pacientes. Eu... acredito que TODOS TENHAM condições de realizar um bom atendimento. Aqui na unidade, a gente procura sempre tá tentando dar uma resolubilidade o máximo que a gente pode aos pacientes, né, então eu acredito que aqui a gente dê um bom*

atendimento às-aos usuários, né, que a gente presta esse cuidado, até mesmo porque a gente a gente tem uma RESPONSABILIDADE sobre esses... usuários, assim, o-o a IDEIA da Estratégia de Saúde da Família é a gente TER essa/ ser respo/ de certa forma RESPONSABILIZADO por TODO o cuidado daquele paciente, não só no que se refere à DOENÇA dele, MAS NELE como um todo, né, a gente vê todas aqueles aquelas áreas pra gente ter um vínculo, a gente conhecer tentar conhecer o ambiente familiar, né, a estrutura que ele tá, então a gente CRIA esse vínculo e esse vínculo ele ajuda a prestar um cuidado continuado, vendo não só a patologia dele, mas vendo ele como um todo.

5. Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?

6. Enf. Priscila: Eu... considero que tenho uma boa relação, apesar de fazer pouco tempo que eu tô aqui, né, ééé eu vejo que os pacientes eles... sempre agradecem a atenção, né, eu eu ach/ depende mu/ dependendo muito do... da PERSONALIDADE da pessoa, né, de como ela é, eu sempre fui muito essa pessoa mais tranquiila, é, as pessoas dizem que eu sou zen (risos) e eu acho quee isso, ele proporciona uma tranquilidade pro/ eu vejo que proporciona tranquilidade pro paciente, né, em... em tá conseguindo escutar, num tá conseguindo... ter uma confiança, pra-pra tirar as DÚVIDAS, né, pra éé eu gosto muito de adentrar um pouquinho assim no no que vai ALÉM do-do... do QUE ele tá TRAZENDO de PROBLEMA, né, e-eu gosto de ter/ eu sempre gostei/ NISSO mas como um todo, né, então assim eu-eu tenho muito comigo essa questão DA HUMANIZAÇÃO do ser humano, de tá vendo ele éé como um ser humano e não só como uma pessoa que tá vindo procurar atendimento, né, eu acho que isso ajuda um pouco nesse vínculo ee ajuda um pouco a o atendimento a fluir, né, e eu gosto muito de falar assim bem devagaar, né, de explicar bem explicadinho o máximo que eu posso, às vezes a gente não tem oportunidade porque em algumas unidades tudo é muito corrido e a demanda é MUITO grande e aqui foi um posto que eu vim, que eu me identifiquei muito e-e consegui ter esse diálogo, porque aqui a gente tem um fluxo maais tranquilo, mais equilibrado, onde ninguém precisa tá fazendo tudo correndo e isso ajuda muito a ge/ eu/ a gente tentar fazer esse bom atendimento.

7. Pesquisadora: Como considera que seja a sua COMUNICAÇÃO com os pacientes?

8. Enf. Priscila: Eu acredito que tenho uma boa comunicação, né, éé por tudo que eu já disse mesmo, por tentar extrair dele assim algo que vai ALÉM do que ele tá trazendo, né, ter vínculo/ assim, eu vejo alguns exemplos, por exemplo, é um paciente veio dizendo que queria

uma consulta médica, né, alguns pacientes chegam assim, a gente vai tentar ver o que é que eles sentem, né, e ele falou de um/ quer que eu pare?

9. Pesquisadora: *Você que sabe.*

(Nesse momento a enfermeira Renata estava batendo na porta. Até então não sabíamos que era ela. A entrevista continuou).

10. Enf. Priscila: *A gente falou... a gente falou a parte clínica, né, do que ele tava sentindo e aí eu comecei a perguntar se ele tava com algum problema, algum problema familiar, né, algum problema alguma PREOCUPAÇÃO e ele começou a se abrir, né, a dizer que realmente tinha passado por um problema, por isso que a pressão tava alterada e-e eu SEI que nessa conversa, ele/ eu vi que ele conseguiu relaxar e-e saiu, assim, foi uma coisa que ele NÃO lembrou mais do atendimento médico, ele já saiu tão satisfeito, tão relaxado, que ele agradeceu e foi pra casa, né, então assim, eu... (batidas na porta) às ve/ com esses exemplos eu vejo que faz bom atendimento/*

(Nesse momento, com a insistência da porta batendo, a enfermeira Priscila preferiu atender. O gravador foi pausado).

11. Pesquisadora: *Você tava relatando o caso que o rapaz... conversou com você [pronto] e saiu satisfeito.*

12. Enf. Priscila: *E saiu satisfeito. Então assim, nesses exemplos eu... também me sinto satisfeita como profissional de ver que eu consigo prestar um bom atendimento, as pessoas saem agradecidas, né, pela atenção. Muitos pacientes que a gente consulta, a gente vê que não é problema clínico, né, é um problema familiar, é um problema psicológico, é algo que é uma ociosidade, né, então eu acredito que eu... consiga prestar esse atendimento.*

13. Pesquisadora: *Qual é a regularidade de retorno dos pacientes de modo geral?*

14. Enf. Priscila: *A-a gente tem, dependendo do caso, né, é a gente tem pacientes que vem pouco à unidade, mas... e/ dependendo da área, a gente percebe/ por exemplo, a área da-da Renata, que é a outra enfermeira, né, ela é um pouco mais vulnerável, a gente vê a presença desses pacientes mais frequentemente aqui na unidade e-e a minha área é uma área que tem uumm maior... uma maior escolaridade, que tem um poder aquisitivo maior, então a gente/ a maioria tem um plano de saúde, tem condições de fazer consultas particulares, então a*

gente vê uma menor... é adesão, né, aqui a o maior pro/ o menor procura pela unidade de saúde, né, já que ele tem/ eles têm outros recursos.

15. Pesquisadora: Entendi. Como você vê o vínculo terapêutico?

16. Enf. Priscila: É... o vínculo... é com os pacientes, é como eu já tinha te explicado antes, essa questão da gente TER uma responsabilidade pela área, então/ a maioria dos pacientes que teem um... uma patologia o-ou um caso clínico que precisa do acompanhamento continuado, a gente SEMPRE consegue ter um... manter um vínculo, na verdade, a gente PRECISA desse vínculo... né-é é um vínculo que a gente não constrói muitas vezes porque não é necessário com pacientes que vêm POUCO à unidade ou que não tem uma patologia que a gente considera de certa forma prioridade, porquee ele vai precisar vim pouco, ser pouco assistido, mas com os pacientes que a gente tem é a necessidade de estar assistindo, de tá acompanhando a medicação, de tá verificando algum exame, algum/ fazendo algum acompanhamento, então a gente precisa construir, né, aí é onde tá a gente ter um bom diálogo, porque muitas vezes eles PRECISAM adquirir essa confiança, né, se eles não conseguirem adquirir essa confiança, eles não adere bem aos tratamentos, né, o acompanhamento, então a gente precisa ter esse vín/ essa... essa construção dessa/ de certa forma dessa amizade, né, e aqui em Sobral, como a gente também tem essa questão de ter muitoos recursos, né, pra fazer esses encaminhamentos, ajuda também a gente a construir esse vínculo. Então o paciente, por exemplo, eles não ac/ num município menor, onde não tem onde ele ser assistido, ele não/ muitas vezes ele não dá credibilidade ao serviço e não volta, ele não retorna, porque ele vai pro serviço e ninguém consegue resolver o problema dele.

17. Pesquisadora: Entendo. Na sua opinião, que fatores determinam a efetivação da consolidação do vínculo terapêutico que é objetivo basilar da ESF?

18. Enf. Priscila: É, eu acho que... um... é, os dois... principais fatores ele vai ser a escuta qualificada... você TEM que saber escutar o paciente E valorizar aquilo que ele tá falando, não adianta você só escutar e não valorizar o que ele tá falando e você tem que ter um bom diálogo, você tem que ter uma maneira de f/ conversar com aquele paciente, de explicar de uma maneira ACESSÍVEL, que muitas vezes ele não vai entender um termo técnico, né, então acho que essas duas coisas, essas duas vertentes vão ser o que vão maior influenciar, né, fora isso, a gente precisa ter apoio, né, um apoio, é essa questão da rede de saúde, né, que vai ter que ter estrutura praa resolver o problema desse paciente e a gente tem que ter também uma boa equipe, né, um trabalho em equipe, precisa ter profissionais capacitados, precisa ter uma

equipe multiprofissional, né, precisa ter um bom trabalho do agente comunitário de saúde, que ele vai fazer essa ponte entre paciente e equipe de saúde, né, então eu acho que é isso que é vai fazer o-o vínculo acontecer.

19. Pesquisadora: *Comente sobre a rotatividade de profissionais nos Centros de Saúde?*

20. Enf. Priscila: *É, essa rotatividade, assim, eu vejo que ela acontece por inúmeros fatores, né, ela vai acontecer pelo fator... fatores internos, né, já vi profissionais saírem por não conseguirem um bom convívio e acaba influenciando no trabalho da equipe, né, então eu vejo profissionais saírem por isso. Eu vi profissionais saindo por questões políticas, inclusive, eu acabei sendo uma delas, que eu saí de certa forma, não foi SÓ por isso, mas se eu não tivesse OUTRO motivo, que me levou a mudar de de local de trabalho, porque eu trabalhava no Timbó e eu vim pro Aparecida depois que eu tive a minha segunda filha, eu achei que ela precisava ser melhor assistida, né, porque lá eu passava o dia inteiro, saía de manhã e voltava no final da tarde... então eu precisei sair, mas a pessoa que estava lá na minha licença maternidade já tinha OUTRAS INFLUENCIAS, que já tinham me colocado pra poder ela ficar e eu... e eu sair daquele local, né, então é talvez tivesse me FRUSTRADO MAIS SE EU TIVESSE PERSISTIDO EM VOLTAR, PORQUE EU NÃO IA VOLTAR (risos) né, então assim, é eu já vi pessoas saindo mesmo por uma questão de não conseguir um vínculo empregatício, né, aqui a gen/ quem tem o vínculo é consegue ser nomeado como cargo comissionado, acaba tendo um de certa forma uma maior estabilidade, né, porque envolve política também, porque quem entra como cargo comissionado acaba tendo alguma influência política que lhe colocou, conseguiu colocar nesse cargo, então quem é contrato, quem entra através de seleção, a seleção tem um prazo de validade, né, então esse vínculo empregatício também influencia muito na rotatividade, né, e e-eu vejo isso como algo muito negativo, porque a Estratégia da Saúde da Família precisa de um VÍNCULO... com aquela COMUNIDADE de longo PRAZO, pra poder fazer conseguir adquirir a confiança e realizar um bom trabalho.*

21. Pesquisadora: *Como que é a rotatividade... nas diversas categorias? Como é que ela acontece?*

22. Enf. Priscila: *Bom, ela acontece, eu pelo que eu observo, de acordo com o vínculo empregatício, né, existem categorias terceirizadas, eu não sss/ eu não vejo nas categorias terceirizadas, como elas TÊM que passar por um determinada empresa pra chegar na prefeitura, eu vejo que elas tem uma dificuldade maior de sair, até diante de alguns*

problemas que levariam até a demissão por justa causa, eu vejo uma dificuldade. E existe também pessoas concursadas que **TAMBÉM TÊM** uma estabilidade e uma dificuldade maior de sair do serviço, né, eu vejo que quem tem mais facilidade de sair **SÃO** os contratados, né, eee os que teem esse vínculo temporário através de seleção, quee... era uma coisa que é muuitoóó ééé apesar de ter a fiscalização do ministério do trabalho, é a coisa que não acontece que são concurso para algumas categorias... entendeu? Também a necessidade do profissional, a gente vê que um profissional médico sair de um locals é-é muito difícil pelaa necessidade daquele profissional, porque nem todos querem ficar em determinadas áreas, né, áreas com menos acesso, não é todo/ não são todos que topam, né, mas assim, os que não conseguem vim através de concurso, eles acabam saindo com mais facilidade.

23. Pesquisadora: *É, como você vê o atendimento domiciliar?*

24. Enf. Priscila: *É... o atendimento domiciliar é ele precisaaa... s-ser organizado, assim, na minha opinião, de uma forma que ele tenha uma sistematização... né, como seria essa sistematização? Ele precisa ter uum... momento determinado... tantas vezes por semana ou por mês pra poder ele acontecer, né, a gente como a gente tem... que atender uma demanda de de muitas... é como é que eu posso dizer, de-de muitos programas, de muitos de muitas consultas, onde a gente não pode voltar nenhum paciente da unidade, então a gente acaba tendo que acolher **MUITA** coisa... se a gente não tiver um tempo determinado praquele praqueles pacientes e não tiver **CONHECIMENTO** de quem **SÃO** os que **s/ REALMENTE** tiver necessidade desse atendimento, então a gente não consegue fazer um atendimento de qualidade e nem um acompanhamento eficiente daquela da-daquela paciente, daquele caso, né? Aqui eu acredito que a gente consiga alcançar justamente por isso, a gente tem um cronograma semanal, a gente tem um dia reservado de visita domiciliar onde a gente procura ver as prioridades, que a gente sabe que muitas vezes a necessidade é maior do que aquilo que a gente consegue fazer naquele dia, mas aí a gente vai tentando ver as prioridades e tentando suprir essa necessidade.*

25. Pesquisadora: *Quem é que vai para as visitas domiciliares? Quais são [pronto] os profissionais?*

26. Enf. Priscila: *A gente tem é o agente de saúde, que já é o trabalho dele, né, as visitas domiciliares têm o profissional de nível médio, que são os técnicos de enfermagem e têm os profissionais de nível superior, que são os enfermeiros e os médicos, ou seja, todas as pessoas da unidade de saúde eles participam da visita domiciliar **EM MOMENTOS DIFERENTES E***

tem os residentes também. Os residentes também prestam essa assistência a pessoas restritas ao lar, restritas ao leito, elas prestam essa assistência também.

27. Pesquisadora: O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?

28. Enf. Priscila: É... eu... eu acredito que isso aí o que vai influenciar mais nessa questão da do quantitativo é o a demanda de cada unidade. Aqui a gente consi/ consegue suprir... né, até... MAIS, porque, por exemplo, se não me engano, pro médico são dezesseis pacientes turno... e aqui eles atendem menos que isso, né, porque eles vêm LÓGICO... a gente tem que ver a qualidade, né, do atendimento que eles querem e podem dar diante do horário que eles/ do trabalho deles, né, então aqui a gente, pro médicos são doze pacientes por turno, pro enfermeiro? Pro enfermeiro não tem um quantidade certa que a gente atende aqui, né, porque o enfermeiro ele não faz só o atendimento, né, ele tem turnos que ele faz é momento de triagem, momento de acolhimento, tem turnos que ele atende um programa do Ministério da Saúde, como pré-natal, uma prevenção, tem turnos que ele atende puericultura e faz uma agenda flexível, mesclando com outros atendimentos, então assim, eu acho que vai da organização de cada unidade de saúde, mas existem unidades superpopulosas... né, que realmente NÃO conseguem... fazer esse atendimento desejado, né, dentro do do número de vagas, né, eu acho que dezesseis pra uma consulta CLÍNICA, uma avaliação realmente é como a gente diz, né, completa, integral, eu acho que é muito paciente pra um turno, pelo que eu vejo, né, o ritmo de atendimento aqui. Agora se for uma agenda flexível, né, pode se organizar, aí pode se suprir... né, porque agenda flexível o médico, por exemplo, faria... atenderia dois pacientes e seria só a receita, dois só pra ver exame, que é uma coisa, dependendo do caso, às vezes mais rápida e outros atendimentos mais demorados, aí daria pra... fazer, suprir essa questão e o número de vagas... pra enfermeira não, pra enfermeira é que vier, o enfermeiro acaba sendo A PORTA DE ENTRADA, pra poder é encaminhar pra outras... pra outros setores, pra outros profissionais.

29. Pesquisadora: Então, deixa eu ver se eu entendi...

(nesse momento somos interrompidas e o gravador é pausado)

30. Pesquisa: O-o que eu ia te perguntar, deixa eu ver se eu me lembro. SIM, e porque você acha que vocês enfermeiros não têm um número estabelecido aqui na-na unid/ é na unidade [é] ou é geral no no atendimento [assim] de Sobral?

31. *Enf. Priscila: Aqui em Sobral, a gente tem uma questão quee NINGUÉM pode voltar... claro, né, sem ter uma resolução do seu problema, nem que seja com agendamento, então TODAS as pessoas que chegam na unidade vêm pro enfermeiro, SEJA u-um uma rotina ou uma rotina às vezes se coloca dentro dum agendamento de acolhimento, onde algumas unidades têm vários enfermeiros atuando, sempre tem um no acolhimento, então ninguém volta da unidade sem ter seu problema resolvido, acaba passando pela enfermagem.*

32. *Pesquisadora: Hum... entendi.*

33. *Enf. Priscila: Entendeu? (risos)*

34. *Pesquisadora: (risos) se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

35. *Enf. Priscila: No atendimento com o paciente o-ou [de modo geral] de uma maneira estrutural?*

36. *Pesquisadora: Pode ser ambas, se for ambas é melhor ainda.*

37. *Enf. Priscila: Pode? Assim, no atendimento com o paciente, eu acho que a quest/ eu sempre vejo a questão da humanização, assim... é eu acho quee SEMPRE deve se trabalhar com a equipe a questão daa... da receptividade, do acolhimento, da gentileza com aquela pessoa que já vem vulnerável por causa da doença... né, algumas coisas aqui na unidade eu vejo quee as pessoas acabam não sendo bem recebidas por alguns profissionais... né, e isso me DÓI muito, porque acho que é o que mais/ pra mim mais/ é o mais importante, né. É, na parte estrutural, eu acho que assim, AQUI a gente tem essa questão estrutural de duas enfermeiras atenderem na mesma sala, que acaba perdendo um pouco do sigilo, da ética, né, é de cronograma, eu acho que... eu acho que... é bom, mas poderia melhorar um pouco mais, a equipe teria que sentar to/ como um todo, né, a gente construiu muitos cronogramas de maneira... de certa forma individual, como são duas equipes, uma equipe sentou, fez o seu, a outra equipe s/ mas como todas se mesclam, no fim todo mundo atende todo mundo, então eu acho que isso poderia ser algo a ser melhorado, né, essa equipe sentar como um todo pra ver todo esse fluxo.*

38. *Pesquisadora: Como é a sua relação com os demais profissionais da sua equipe e da outra equipe de saúde?*

39. *Enf. Priscila: Não tenho... é e-eu, mulher, eu tenho relação com todo (risos) BOA RELAÇÃO COM TODO MUNDO, assim, essa tranquilidade num... nunca me dificultou não,*

às vezes a gente tem alguns, né, alguns empasses, mais por uma questão mesmo de... de imprevisto, de algum inconveniente, de algum, mas a MINHA RELAÇÃO mesmo n/ sempre foi boa assim, eu cheguei eu cheguei de uma maneira muito abrupta aqui, porque outra profissional teve que sair por uma... por uns problemas, né, com algumas pessoas da equipe, então assim, como muitas pessoas gostavam dela, quando eu cheguei, ainda levou um tempo pra conquistar (risos), mas hoje em dia eu tenho uma boa relação com todas as pessoas daqui.

40. Pesquisadora: Legal, a última perguntinha, [hum] se isso não se desenrolar em outras (risos) se dependesse de você, o que deveria ser mudado NA ESTRATÉGIA de Saúde da Família? Antes foi o atendimento, agora é a Estratégia.

41. Enf. Priscila: Pronto, a Estratégia, pra mim hoje, ela perdeu um pouco o foco éé nessa questão deeee... de que todo mundo tem que passar pela enfermagem, porque a enfermagem, dentro da Estratégia, ela TEM QUE SER, ela tem que trabalhar o preventivo e a gente acaba NÃO conseguindo trabalhar o preventivo pela sobrecarga, né, que a gente tem. Então eu acho que assim, deveria ser ser é haver treinamento pra pessoas que pudessem ACOLHER na porta de entrada, né, eu sei que is-isso é uma questão organizacional muitas vezes interna, mas eu acho que poderia ser sistematizada de uma maneira geral... né, é vamos ver u-u-um técnico de enfermagem só pra isso, aqui a gente tem em ALGUNS momentos a IMPOSSIBILIDADE de disponibilizar um técnico pra isso, né, então eu acho que esse acolhimento ele poderia ser melhorado, ele poderia ser... é COMPARTILHADO mais com outros profissionais, assim, é questão de TUDO ter que vim pra enfermagem, sobrecarrega o enfermeiro, existem coisas que poderiam tá se estruturando de uma maneira que a gente PUDESSE ir pro preventivo, né, pro trabalho (ininteligível) pra ESSÊNCIA, né, da Estratégia que é a PREVENÇÃO da saúde.

42. Pesquisadora: Se você pudesse HOJE montar um cronograma de de atividades preventivas, quais seriam as que você tem em mente, assim que você gostaria de trabalhar e não-não-não não consegue pela demanda?

43. Enf. Priscila: É, eu gosto MUITO de trabalhar com grupos, é tanto que agora nesse momento tá acontecendo um grupo da minha área, e eu NÃO PUDE IR porque eu tô sozinha aqui na unidade, né, mas por outras questões, mas assim... éé eu tenho tido muito imprevistos pra sair pros grupos, eu sei que o grupo não é SÓ o enfermeiro, né, mas eu a/ eu acho importante o enfermeiro tá presente... né, então essa busca, né, eu gostaria de estar mais na

questão domiciliar, na questão da comunidade... né, então (ininteligível) tentar pra buscar mais coisas DENTRO da comunidade. Os mutirões de dengue quando tem, a gente não consegue participar, né, mais os agentes de saúde, outros agentes de endemia, né, então acho que essa questão de IR pra comunidade é importante, pra gente VER, ter noção do-do que acontece lá, pra ir pras lideranças, ir pras igrejas, né, tentar falar de prevenção mesmo, tentar ver grupos de vulnerabilidade, como grupos de hipertenso e diabético, que é uma doença de vulnerabilidade, nem todo mundo/ a gente tem muito pouca adesão às dietas do diabético, a gente tem muita perda por amputação, eu-eu tenho MUITO desejo de conseguir reunir, que é uma coisa, claro, que é DIFÍCIL de reunir esse grupo, que às vezes pela falta de consciência é já é difícil ele trazer eles, mas é MUITAS VEZES a gente não tem como tá buscando... né, como tá sensibilizand/ a minha área é um pouco mais difícil por essa questão que eu te disse, né, acaba que DENTRO da Estratégia de Saúde da Família às vezes as pessoas têm esse negócio “ai, é o SUS é pros pobres”, mas não é nem por isso, mas quem procura mais são ELES e a gente acaba assistindo MAIS, porque a gente tem o feedback deles, né, aí a minha área que tem muito plano de saúde, pessoas que têm boas condições num querem chegar até aqui pra escutaaar o que é prevenção, então EU que tenho essa dificuldade ainda maior porque eu não tenho o meu público aqui, o grupo de de hipertenso e diabético, a gente começou a pouco tempo. O da Renata... já vã/ vai pro segundo ou é pro terceiro encontro. O primeiro que eu fiz, só fiz um, ficou em primeiro e não apareceu ninguém [noossa] e eu tenho na minha área pessoas JOVENS morrendo de infarto, morren/ tendo AVC, JOVENS menos de quarenta anos [nossa]... eu tenho pessoas JOVENS que começaram hipertensão com dezesseis anos... sabe, então eu não consigo chegar no público pela questão que vai além do que a gente às vezes pode controlar, que é o social, né, que é/ mas eu tenho muita vontade, mas agora que hora que eu vou atrás? Não tenho como, né, porque... minha/ meu/ o cronograma hoje cro/ nossa área agenda flexível, ele não é tão engessado quanto era antes, que era um-um dia a gente só pode fazer isso, no outro só isso, no outro só isso, ele não é mais tão engessado, MAS a gente fica PREESO à demanda, DO MESMO JEITO... entendeu, a gente não consegue tá saindo da unidade praa... ir numa empresa fazer um palestral de ocupacional, a gente não consegue, quer dizer, a gente tem MUITA coisa que é cobrado, que a gente recebe TREINAMENTO, que/ mas a gente não consegue sair pra tá... né, acho que o-o-o-o que a essência da Estratégia que era ANTES quando eu entrei, há catorze anos atrás, a gente conseguia mais... né, POR QUÊ? Porque a gente conseguia voltar uma pessoa dali quando a gente via que era um remédio pra verme “não, volte amanhã, amanhã vai ter atendimento normal e tudo”, hoje a gente não pode... envolve a

política, ninguém pode ficar insatisfeito, as pessoas não compreendem, a gente nem sempre tem uma pessoa preparada na unidade pra explicar, então envolve tudo isso que eu te disse, você ser gentil, ser... saber tratar o paciente DESDE lá na porta de entrada, o porteiro já SABER o fluxo da unidade, SABER explicar, TEM que ter pessoas instruídas pra poder tá em todos os cargos da unidade de saúde, néé, pessoa que possa INFORMAR, que possa ASSISTIR TAMBÉM/ se uma pessoa chegar ali tendo uma... uma dor, uma síncope, um desmaio o porteiro vai ficar só olhando? Ele tem que saber agir, ele tem que saber pra onde que ele vai carregar, onde é que ele vai pegar uma cadeira de roda, onde é que ele vai deitar, ele TEM QUE SABER agir, então a gente TEM QUE TER pessoas preparadas pra isso também dentro da unidade em OUTROS cargos, que não s/ seja só os profissionais da saúde... entendeu, então nisso aí eu acho que fica.

44. Pesquisadora: E o que você sugeriria pra que essas pessoas tivessem... essa formação?

45. Enf. Priscila: O que, os profissionais?

46. Pesquisadora: É, da da entrada, do [da unidade?] SAME. Isso.

47. Enf. Priscila: Aí teria que ter o que a gente chama o a famosa educação permanente, né, mas também eu acho que teria que ter um critério de admissão pra isso... né, você vai admitir como porteiro uma pessoa que já tem problema de saúde/ eu sei que TEM coisas que não é por PRECONCEITO, né, uma determinada idade, mas eu acho que tem funções que você precisa ver a capacidade também do profissional em tá exercendo aquela função, DENTRO de um serviço de saúde precisa, né, então acho que isso aí vai deesde a gestão da administração até o trabalho que a gente pode fazer aqui dentro pra tá treinando, porque uma coisa é você treinar uma pessoa que TEM uma certa comunicação, né, que consiga ter essa comunicação, uma pessoa que tenha uma certa idade, né, que possa dar essa assistência, não vou botar pessoa que tem um problema de saúde pra levantar um paciente do chão, né, num vou, entendeu, então eu acho que tem que ter critérios pra isso, né, o que a gente pode fazer aqui dentro da unidade a gente tenta fazer, mas o que foge do nosso alcance, fica mais difícil (risos).

48. Pesquisadora: Então é isso, se cê quiser falar mais alguma coisa, que você tenha lembrado ou que tenha passado mais ou menos a pergunta não tenha voltado, agora é a hora (risos).

49. *Enf. Priscila: (risos) não, acho que é i/... Acredito que contemplou, não lembrei de nada não [entã/] mas eu gostei, adorei de participar (risos).*

50. *Pesquisadora: Eu que agradeço ENORMEMENTE pela sua contribuição. Muito obrigada [de nada] mesmo.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)

Instrumento: Entrevista

Data: 08 de novembro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados da participante

Entrevistada: Amanda	Idade: 27
Naturalidade: São Paulo	Profissão: Cirurgiã-dentista
Tempo de exercício da profissão: 1 ano e dois meses	Tempo de exercício da profissão no CSF Aparecida: 1 ano

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *Dent. Amanda: Como é o atendimento?*

3. Pesquisadora: Isso, como ele ocorre.

4. Dent. Amanda: (longa pausa) Assim... [na sua área] não, o atendimento é tranquilo, assim, é/ como eu já até tinha lhe relatado antes, né, a gente tem alguns éé alguns tropeços, vamos dizer assim, né, com paciente ou com material ou falta de material, que t/ agora graças a deus a gente resolve, é POUCA coisa, mas assim a gente consegue, atender os pacientes numa boa, a gente atende manhã e tarde, agenda seis pacientes a cada turno e consegue dar continuidade no cuidado que é umaa um caminho da Estratégia da Família, graças a deus a gente consegue... cumprir assim (ininteligível).

5. Pesquisadora: E como é a sua relação com os pacientes?

6. Dent. Amanda: Ah, é a é aa é a melhor possível, a gent/ digo/ brinco muito com a Eduarda, que eu só falto botar os meus pacientes no colo e balançar, porque... graças a deus a gente num tem nenhum estresse com os pacientes, é tranquilo eee é isso, a gente tenta ter o maior vínculo possível, né, com os pacientes, e graças a deus, é a melhor possível. (risos)

7. Pesquisadora: E como considera que seja a SUA comunicação com os pacientes?

8. Dent. Amanda: A minha comunicação... comunicação como assim?

9. Pesquisadora: Como você acha que é a sua fala com eles?

10. Dent. Amanda: Assim, a gente tenta passar/ a gente tenta se comunicar com eles da melhor forma possível, pra que eles possam entender, a gente não usa, né, um termo assim muito técnico, tenta sempre ter a forma mais clara pra que eles compreendam e entendam o tratamento que eles tão fazendo, né, que eu acho que isso é muito importante também, porque o paci/ eu não posso só simplesmente sentar o paciente na cadeira, fazer e não me comunicar com ele, então eu tenho que tá sempre falando com ele da melhor forma e da forma mais clara, pra que ele entenda que que tá se passando, e aí até ele concluir o tratamento.

11. Pesquisadora: Qual é a regularidade de retorno dos pacientes?

12. Dent. Amanda: Assim, quando a gente termina uma consulta, a gente já marca o retorno, caso ele necessite, então assim, o índice de falta, aqui, é pouco, eu não considero o índice muito alto não, mas o retorno ele já sai daqui na no final da consulta, com o retorno dele agendado se precisar de um retorno. Então, isso a gente faz aqui mesmo, a gente nem bota lá

pro SAME não, a agenda fica aqui, aqui terminou a consulta, a gente já retorna... ele já sai com o dia e hora marcada pra retorno.

13. *Pesquisadora: Bacana. Como você vê o vínculo terapêutico?*

14. *Dent. Amanda: O vínculo terapêutico... me explica melhor sobre o vínculo terapêutico.*

15. *Pesquisadora: O vínculo terapêutico que a Estratégia de Saúde da Família preconiza, que é a boa relação entre os profissionais de saúde [é o vínculo mesmo, num é, como/] isso.*

16. *Dent. Amanda: É, como eu já lhe falei, a gente tenta ser o mais próximo do paciente possível, quando ele precisa mostrar o raio-X ou precisa de um, né, um medicamento, alguma coisa, que ele não tá agendado, a gente tenta atender, caso tenha uma vaguinha, pra que fique mesmo bem próximo dele. A gente também conta muito com os agentes de saúde, né, que é os que estão mais próximos dele, a gente tem sempre essa parceria com os agentes de saúde pra criar esse vínculo mesmo, né?*

17. *Pesquisadora: Ééé, na sua opinião, éé, coo é a rotatividade dos profissionais nos centros de saúde?*

18. *Dent. Amanda: A o quê?*

19. *Pesquisadora: A rotatividade dos profissionais de saúde na unidade. Comente sobre isso por favor. (risos)*

20. *Dent. Amanda: (risos) É, principalmente na nossa área da odontologia, a rotatividade de dentista é muito grande, como eu já até havia lhe relatado, né, A CADA SEIS MESES, FECHA O QUADRO, e seis meses abre novas vagas, porque já/ o quadro já tá incompleto, e isso causa um grande problema, que é a falta do vínculo, né, porque a cada seis meses você tem um profissional novo dentro da unidade, você num/ acaba que nem/ DEU NEM TEMPO de criar o vínculo com o paciente, né, e creio que isso seja uma falha muito grande, muito ruim.*

21. *Pesquisadora: Você até comentou comigo, mas eu gostaria que você repetisse, se possível, quais são os fatores que fazem com que tenha vaga depois dos primeiros seis meses, como você relatou?*

22. *Dent. Amanda: Bom, os profissionais geralmente a prefeitura contrata profissionais recém-formados. Então, é o profissional fica, SEIS MESES OU UM ANO, éé cons/ abre um*

consultório particular, vai pro consultório, deixa a prefeitura, ou então consegue alguma coisa melhor em outra cidade, vai pra outra cidade, é condições assim né de trabalho mesmo, melhores, que faz com que o profissional não... não fique muito tempo aqui na prefeitura.

23. Pesquisadora: E tendo em vista essas condições melhores, o que deveria ser mudado nas condições de vocês atuais, para que os profissionais queiram ficar aqui na prefeitura?

24. Dent. Amanda: Condições de salário... É O PRIMEIRO, né, é a gente não recebe insalubridade... a odontologia é uma das profissões MAIS insalubres e a gente NÃO TEM nossos quarenta por cento de insalubridade. Só recebem insalubridade os profissionais com carteira assinada, nós não somos carteira assinada, nós somos CONTRATADOS e comissionados, eee acho que mais é por conta disso mesmo, a carga horária né que são quarenta horas semanais, uma carga horária puxada, (ininteligível) um pouco da redução dessa carga horária também facilitaria muito, que é o que a enfermagem tá tentando brigar agora, pra reduzir pra trinta horas, né, acho que... mas também falta um pouquinho de união da classe, ela tem que correr atrás dos direitos, né, só isso.

25. Pesquisadora: Bom comum, se me permite dizer, de modo geral (risos).

26. Dent. Amanda: Na odontologia, é que nós / o pessoal é muito desunido.

27. Pesquisadora: Eu vou te perguntar isso, mas eu acho que talvez você não faça, mas como você vê o atendimento domiciliar? É feito?

28. Dent. Amanda: Assim, quando os agente de saúde veem que algum paciente precisa né, até mesmo de orientação de higiene, alguma coisa que não pode vim pra cá, principalmente os acamados, né, e os restritos ao lar, a gente VAI até eles, éé, eram pra ter os homecares, né, que é os carrinhos que a gente/ pra fazer o atendimento em casa, só que a gente também a prefeitura não disponibiliza mais pra gente. Então, a gente vai lá, faz orientação e se for assim um caso MUUUUITO complexo, a gente tenta, conversa com o coordenador, né, pra tentar resolver, né, mas sempre que precisa, o agente de saúde vem, comunica, que a gente vai com eles fazer a visita.

29. Pesquisadora: Entendi. É, o que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da saúde preconiza para o seu atendimento?

30. Dent. Amanda: Não, eu acho quee éé um número acessível, né, eles tavam até querndo aumentar, não sei se (risos) vai acontecer, né, mas seis pacientes por turno a gente atende tranquilo, quando vem os seis mesmo, que é difícil vim os seis completo, né, mas quando vem, a gente atende sem problema, dá pra atender legal.

31. Pesquisadora: Bacana.

32. Dent. Amanda: Se não for um atendimento assim MUUITO demorado, muito complexo, né, dá pra gente atender.

33. Pesquisadora: Entendi. Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?

34. Dent. Amanda: No atendimento... atendimento no geral, num é?

35. Pesquisadora: Uhum.

36. Dent. Amanda: Eu acho que alguns ma/ a-a gente poderia tá recebendo alguns materiais que a gente não recebe na unidade, pra poder MELHORAR, até mesmo o atendimento, né, implantar algumas coisas... que a gente chama mesmo de instrumental, de mate/ a/ uma coisa que eu acho muito importante, que deveria ser mudado é a QUALIDADE de alguns materiais, porque não sei se você percebeu, mas, atualmente, eu atendo com duas máscaras, porque uma máscara é transparente, a gente consegue ver o outro lado [ah é?] então a gente/ eu-eu atendo com duas máscaras... qualidade das luvas, um mês vem uma boa qualidade, outro mês vem uma qualidade (ininteligível), as resinas/ as próprias resinas, que é o material que a gente faz as restaurações, não são boas, então eu acho que, principalmente, é a QUALIDADE de alguns materiaais eee a gente receber novos instrumentais que a gente não tem aqui, que às vezes dificulta MUITO pra fazer uma cirurgia, a gente tem que se virar mesmo com o que tem, porque a gente pede (ininteligível) não tem, então eu acho que melhoraria MUITO a qualidade do atendimento.

(Nesse momento, alguém entra na sala. O gravador é pausado)

37. Pesquisadora: Pronto. Éé, e como é a sua relação com os demais profissionais da equipe de saúde/ DAS equipes, já que você serve às duas, né?

38. Dent. Amanda: Graças a deus, aqui a gente tem éé um vínculo mesmo de amizade, como que a gente fala, porque aqui a gente passa mais tempo com a família Aparecida do que com

a família de casa (risos) então graças a deus, me relaciono bem com todo mundo aqui, é a gente BRINCA, a gente faz, comemora dia de todo/ todos profissionais a gente COMEMOORA e, graças a deus, nossa relação de trabalho é são as melhores. Graças a deus. (risos)

39. Pesquisadora: *Que bacana. (risos)*

40. Dent. Amanda: *E tem que ser muito bacana, a gente passa mais tempo aqui do que em casa. Então tem que, a gente tenta mesmo, graças a deus, é a melhor, é a melhor relação possível.*

41. Pesquisadora: *Que ótimo. E a última perguntinha, se dependesse de você, o que deveria ser mudado na Estratégia de Saúde da Família? Antes foi o atendimento, agora é a estratégia.*

42. Dent. Amanda: *O que deveria ser mudado?! Num sei, difícil... eu acho que, a questão do vínculo, que deveria ser mais... mais estreitado nossa relação, porque tem u/ a gente às v/ assim/ a/ eu não digo por mim, porque aqui a gente consegue estabelecer esse vínculo, mas a gente vê assim que alguns/ de alguns outros profissionais é um pouco complicado, acho que esse vínculo mesmo deveria ser uma coisa, assim, mais, mais estreitado, porque (ininteligível) mas acho que de mudança, eu num tenho nada pra pontuar não.*

43. Pesquisadora: *E como você acha que esse vínculo poderia ser estreitado? Que estratégias poderiam ser feitas?*

44. Dent. Amanda: *Pergunta difícil (risos) ai, não sei dizer...*

45. Pesquisadora: *Tudo bem. Sem problemas.*

46. Dent. Amanda: *Assim, não é assim... eu acho que mais por conta dos médicos, a gente vê assim uma coisa muitooo ainda, sabe? (A dentista Amanda, neste momento, fez um gesto com as duas mãos, indicando a posição social e de status quo dos médicos, como superior aos demais) Num sei se você me entende [entendo] (risos) eu entendo assim, né... eu não sei, eu acho que é/ eu acho que deveria se estreitar mais essa relação com os médicos, os médicos deveriam mais fazer mais visitas, até quando você pega um paciente que tá acamado, tá restrito ao lar, e chega na casa pra fazer uma visita, o paciente não pode entrar no seu consultório, isso é muito importante, que o paciente tá vendo que você tá se preocupando*

com a saúde, mesmo ele ali em casa, dentro de casa, acamado, né, eu creio que deveriam ser feitas mais essa relação médico-paciente, pacientes acamados (ininteligível).

47. Pesquisadora: *Muitíssimo obrigada. Se você quiser falar mais alguma coisa, agora é o momento. (risos)*

48. Dent. Amanda: *(risos) Mulher, num sei nem como é que eu consegui dar essa entrevista, que eu morro de vergonha (risos). Num sei se/ (intranscritível) foi o-o conseguiu cumprido que era pra ser cumprido.*

49. Pesquisadora: *Foi ótimo, muito obrigada.*

50. Dent. Amanda: *Nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)

Instrumento: Entrevista

Data: 10 de novembro de 2017

Dia da semana: sexta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados da participante

Entrevistado: Camila	Idade: 43
Naturalidade: São Paulo	Profissão: Agente Comunitária de Saúde
Tempo de exercício da profissão: quase 9 anos	Tempo de exercício da profissão no CSF Aparecida: quase 9 anos

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase

Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *ACS Camila: Na Estratégia de Saúde da Família? Em geral?*

3. *Pesquisadora: Isso.*

4. *ACS Camila: Eu acho um-um ÓTIMO atendimento... né, que a pessoa passa pela triagem, pela enfermeira, aí depois vai para o médico, aí dependendo do que deer, assim no caso do paciente se for uma coisa mais grave, aí é um tratamento continuado, aí a é acompanhado pelo agente de saúde, pelo médico, por toda equipe de família. Eu acho EXCELENTE o atendimento da Estratégia da Família.*

5. *Pesquisadora: E como é a sua relação com os pacientes?*

6. *ACS Camila: Minha relação com os pacientes é bem profissional, né, eu tenho muita ética profissional ee sou muito amiga, MAS eu separo a amizade e a ética profissional, eu me entendo MUITO BEM com meus pacientes, procuro atender a TODOS, né, ee me dou muito bem com eles.*

7. *Pesquisadora: E como considera que seja a sua comunicação com seus pacientes?*

8. *ACS Camila: Eu acho a minha comunicação ÓTIMA (risos) eu tento assim suprir a necessidade de cada um, né, quando eu passo, eles perguntam quando é que tem médico, como é que é o funcionamento da unidade, eu tento repassar pra todo mundo, MAS NEM TODO MUNDO raciocina assim o que eu tô dizendo, tá entendendo, eu digo “prevenção é dia de segunda e quinta”, aí eu digo, eles não decoram, aí quando eu passo eu per/ eles perguntam de novo, às vezes não vêm, aí vem na próxima semana, mas eu-eu acho minha comunicação é boa com eles.*

9. *Pesquisadora: É, qual é a regularidade de retorno dos usuários aqui à unidade?*

10. *ACS Camila: Éé é pra ser mensalmente, né, porque eles recebem remédio da pressão, exemplo, se a enfermeira renovar a receita do remédio da pressão por três meses, aí eles recebem, né, aí todo mês eles vêm receber quando acaba o remédio, ai quando TERMINA*

eles vêm renovar, se for pro médico é seis meses de validade, se for com a enfermeira é três, aí a-a frequência deles andarem aqui é mensalmente... MAS SE ELES ADOECEREM, LÓGICO que eles vem antes.

11. Pesquisadora: Entendi. É, como você o vínculo terapêutico? [ininteligível] Esse vínculo entre os profissionais de saúde [e-entre profissional e usuário?] e os usuários?

12. ACS Camila: Eu acho u-um vínculo bem legal, viu, assim, a Priscila conhece muito os pacientes da minha área, né, que é por equipe, a Renata tem uma equipe, a Priscila tem outra, mas só que que a gente procura apresentar todos os pacientes a elas pra ficar um vínculo bom, a gente falar do paciente, elas já conhecer. A Priscila toda terça faz visita comigo, aí ela já conhece a maioria dos meus pacientes, eu tenho quinhentos e quarenta pessoas, ela já conhece a maioria.

13. Pesquisadora: Legal. E o que que você acha que faz com que esse vínculo aconteça? E o que você acha que faz com que ele seja prejudicado?

14. ACS Camila: Eu acho faz com que aconteça éé assiiim depende da necessidade do paciente, né, se ele PRECISA da unidade, como uma receita, um atendimento, ele vem aqui, aí CRIA o vínculo. Ee ele ser prejudicado, infelizmente o ser humano é assim, a gente faz NOVENTA E NOVE, se não fizer o CEM, você não presta. Às vezes porque NUM DÁ uma receita aí ele JÁ FICA com raiva.

15. Pesquisadora: Hum, entendi.

16. ACS Camila: Cê sabe como é ser humano, né? (risos)

17. Pesquisadora: Ã, comente sobre a rotatividade de profissionais de saúde na unidade.

18. ACS Camila: Rotatividade assim como?

19. Pesquisadora: Essa troca... de-de profissionais, um tempo FICA, depois vai embora, aí [ah, infelizmente] vem outro.

20. ACS Camila: Ó, os residentes são dois anos. A gente se APEGA, eles... a-ajudam muito a gente, NOS GRUPOS DE CONVIVÊNCIA, no grupo de GESTANTE, no grupo de mulher, no grupo de idosos, mas INFELIZMENTE eles só ficam dois anos, aí depois de dois anos eles saem. AS ENFERMEIRAS também, a gente se APEGA, gosta MUITO, se DEDICA, aí com pouco ela sai TAMBÉM, isso é muito triste pra gente. Era bom que ficasse, né, o resto da

vida, mas *QUEM* é concursado, que fica direto, é o ACS, o agente de saúde, que ele fica direto, permanente no posto. Os técnicos de enfermagem, tem uns que ficam, já faz quinze anos que estão aqui, mas as enfermeiras, ó, já tenho nove ano, acho que já troquei umas cinco enfermeira, GERENTE já trocou bem umas quatro. É TRISTE porque a gente se apega, mas INFELIZMENTE elas têm que mudar de unidade, acontece alguma coisa, caso de doença, aí tem que se ausentar.

21. Pesquisadora: E q-que que você acha que isso faz com os pacientes, assim, q-que que você acha que acontece?

22. ACS Camila: Não, eu acho que os pacientes se acostumam, do jeito que a gente se acostuma, os pacientes *TAMBÉM* se acostumam, eles *ENTENDEM* e se acostumam.

23. Pesquisadora: Entendi. É, como você vê o atendimento domiciliar?

24. ACS Camila: Eu acho *MUITO* bom o atendimento domiciliar, porque tem paciente/ parece que tá é chovendo, mas não tá não (risos) tem paciente que não pode vir à unidade, né, que é restrito ao lar, acamado, aí a gente leva os profissionais de saúde, os residente, o enfermeiro, o médico e é uma trat/ é um tratamento muito bom, quando precisa voltar várias vezes, o médico retorna. Por exemplo, esse meu paciente que ligou nesse instante pra mim, ele tá acamado com uma escária nas costas, no bumbum, já levamos *MUITOS* profissionais lá, já foi *MÉDICO*, já foi *ENFERMEIRA*, a-a técnica de enfermagem *TODO* dia vai ajeitar o curativo dele, eu acho muito importante a visita domiciliar.

25. Pesquisadora: O que você acha da quantidade de pacientes que você atende?

26. ACS Camila: Eu acho que *SÃO MUITO*, quinhentos e quarenta são muito, porque... não dá pra mim visitar mensal quinhentas pessoas não, aí eu faço uma rotatividade, se eu visito *DUZENTOS E CINQUENTA* este mês, no outro mês eu começo pelos que eu não visitei, mas eu acho muito.

27. Pesquisadora: Então qual seria o número que você acha que seria [eu acho que] bom?

28. ACS Camila: *BOM*, umas trezentas pessoas, mas na Saúde da Família é quinhentos e cinquenta.

29. Pesquisadora: Se dependesse de você, o que deveria ser mudado *NO* atendimento?

30. ACS Camila: *Mulher, eu não tenho... o-o que dizer não, eu acho o atendimento ÓTIMO aqui de dentro do posto, MÉDICO, ENFERMEIRA, GERÊNCIA, MARCAÇÃO DE CONSULTA, acho MUITO bom o atendimento, eu NÃO TENHO o que dizer. SE DEPENDESSE DE MIM, não mudaria em nada.*

31. Pesquisadora: *Ee, como é a sua relação com os demais profissionais da sua equipe e da outra que também atende aqui?*

32. ACS Camila: *Eu me dou superbem com a minha equipe e com a outra. Não tenho nada contra, não tô intrigada (risos) tento cultivar a paz com todo mundo E TENTO SERVIR a todo mundo, né, o que eu ti/ o que tiver no meu alcance, eu faço.*

33. Pesquisadora: *Legal. E, a última perguntinha, se dependesse de você, o que deveria ser mudado NA ESTRATÉGIA de Saúde da Família?*

34. ACS Camila: *Eu acho quee deveria vir MAIS medicações, que faltam muito, pode ser esse tipo de mudança?*

35. Pesquisadora: *CLAARO.*

36. ACS Camila: *Pois é, porque a gente PEDE a medicação, André pede, eu acho que não vem a quantidade X que é pra vim, aí o paciente fica reclamando na área, acha que a culpa é da gente, mas não é da gente. As vacina, a antirrábica tá muito pedida, SETENTA pessoa precisa tomar, vem QUATRO vacinas... quatro, cinco, seis.*

37. Pesquisadora: *Uhum... mais alguma coisa que você queira falar?*

38. ACS Camila: *Hum, não.*

39. Pesquisadora: *Então, muito obrigada pela sua entrevista.*

40. ACS Camila: *De nada viu? Precisando (risos).*

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)

Instrumento: Entrevista

Data: 08 de novembro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados da participante

Entrevistada: Renata	Idade: 32
Naturalidade: Sobral	Profissão: Enfermeira
Tempo de exercício da profissão: 3 anos	Tempo de exercício da profissão no CSF Aparecida: 1 ano e 3 meses

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *Enf. Renata: (longa pausa) ele é BOM, né, ele é bom, PORQUE na Estratégia de Saúde da Família a gente CONSEGUE, né, desafogar os hospitais, a intenção é essa, mas a gente sabe que como é difícil trabalhar com gente, MUITOS ainda preferem que a PORTA de entrada ainda seja a atenção terciária, né, e se dirige logo ao hospital, SABENDO que vai voltar pra atenção pri/ né, pra atenção primária, MAS a gente consegue resolver MUITA coisa na atenção primária... MUITA... apesar de algumas dificuldades, mas a gente consegue resolver.*

3. *Pesquisadora: Quais as dificuldades?*

4. *Enf. Renata: Às vezes falta de insumos, recursos, né, demora de consulta, os pacientes se estressa, d/ gera aquele desconforto, né, porque pensa que é por conta do profissional, mas num é, é o sistema, né, então... é complicado muitas coisas exatamente por isso.*

5. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os pacientes?*

6. *Enf. Renata: Ótima, tenho nenhum problema com eles, NENHUM... NENHUM, CONHEÇO MUITOS pacientes eu conheço POR NOMES, alguns eu não conheço por nome, né, MAS see... né, fizer uma avaliação, ELES me conhece por nome, eles já chega procurando, né, a profissional, a Renata... Re/ “pode resolver isso”, “cê pode resolver isso pra mim?” né, então assim, eu tenho u-um... uuuum CONTATO com os meus pacientes MUITO bom, tenho nenhum problema não.*

7. Pesquisadora: *Como considera que seja a sua comunicação com os pacientes?*

8. *Enf. Renata: Ótima, né, e assim... tem umas mais formais, tem outros mais informais, tem aquele paciente que você já é mais íntima e você brinca, tem aquele paciente que te dá trabalho e você dá carão, né, na graça mesmo, a gente vai ee dá aquele carão, puxa a orelha mesmo, por tá fazendo algo de errado PRINCIPALMENTE os passa/ os pacientes que fazem tratamentos contínuos, né, tuberculose, hanseníase, que tem o dia de vim tomar a dose supervisionada e não vem no dia, a gente precisa fazer essa busca ativa, né, pacientes que fazem tratamento de sífilis também é muito complexo, muitas vezes têm a questão doo próprioo éé... como é que eu posso dizer? PRECONCEITO deles mesmo, “ah, eu num vou pra unidade porque eles vão saber que eu tô fazendo tratamento pra isso ou praquilo” né, então tem toda a questão do sigilo, a ética, então é muito difícil a gente trabalhar com eles, MAS ainda assim a gente consegue.*

9. Pesquisadora: *Que bom. Qual é a regularidade de retorno dos pacientes de modo geral?*

10. *Enf. Renata: ... existe pacientes que todo dia eles estão na unidade, se você vier TODO dia na unidade, vai ter AQUELA, né, pessoa em específico que você vai ver todo dia... MAS, né, geralmente é trinta dias, porque tem os medicamentos de hipertensão e diabetes que s/ que precisa de renovação de receita, existe os medicamentos controlados que também são mensais, porque tem os controlados quee na unidade eu tenho como fazer receita pra validade dois meses, mas se for pra fora da unidade, ele só vale um, e tem as receitas azuis, né, que são os medicamentos tarja preta e que ESSES medicamentos eu TENHO que renovar mensal, porque essa receita só vale pra um mês, então assim, a ROTATIVIDADE desses retornos é é complexo eu lhe dizer assim u-um... um X, um dia X, né, mas existe retornos com sete dias, existe retorno diários, existe retorno mensais, quinzenais, né, então assim, as gestantes, né, nosso público gestante, elas têm retornos... mensal, dee uma certa idade*

gestacional elas vão vim quinzenal, e de uma outra idade gestacional elas vão vim, né, semanal, então esses retornos eles são bem diversos.

11. Pesquisadora: Entendi. Essas pessoas que vêm todos os dias, quais seriam as causas mais comuns? Já foi identificado, assim?

12. Enf. Renata: Sim, existe pacientes de saúde mental, cê pôde presenciar uma... pronto, aq/ existe pacientes de saúde mental quee ele tá aqui todo dia, aí ele vem pra quê? Pra olhar s/ ele vem e chega “ah, eu vim só ver sua cara”, “eu só vou trabalhar se eu lhe ver...” vai vim aquele paciente queee... ele faz/ a gente atende o centro POP, né, que apesar de não ficar na nossa área de abrangência os pacientes vêm pra cá e esses pacientes são moradores de rua e aí o que que acontece? Quando a gente identifica, logo a gente corta, porque alguns dele vêm, diz que tá sentindo dor; a gente passa o medicamento pra dor, e eles trocam por... DROGA ou por bebida, eles VENDE, quando a gente DESCOBRE isso, a gente já corta... “a gente não vai passar medicamento pra você, né, a gente vai passar um... você pode comprar um gel pra fazer uma massagem?” né ou então “pegue um paninho com água fria, ponha na cabeça, que vai amenizar a dor de cabeça” mas o remédio, a gente não dá. Mas até a gente descobrir, é muito complicado, porque vai ser a palavra dele contra a nossa, né, então até a gente identificar isso, é muito... difícil. É, eu não posso tá dizendo “ah/ porque às vezes ele vem na segunda e vem na sexta... né e vai vim aquela pessoa também às vezes alguns idosos... e muitas vezes o que que eu identifico nos idosos? Carência mesmo em casa, não têm com quem conversar e muitas vezes ele não VEM NEM ATRÁS de uma consulta em si, e sim a escuta... ele chega, ele conversa e aí, né, ele tem um relato... de quee SAIU MELHOR... entendeu, então é só a questão do escutar... e aí isso acontece mais com os idosos e hoje TEM... u-um fator predominante, as mães não sabem mais, né, manusear GRIPE em casa... criança tossiu, espirrou, tem que vim pra unidade de saúde... TEVE UM DIA DE FEBRE, vem pra unidade de saúde, entendeu, então ESSES particularidades a gente tenta trabalhar, MAS AINDA é com frequência que esses pacientes continuam procurando a unidade de saúde e aqui a gente até faz, né, a orientação e tudo, MAAS às vezes o paciente se zanga, porque não saiu com o REMÉDIO na mão, que muitas vezes não há necessidade do remédio, existe alguns outros meios QUE podem evitar esse consumo exacerbado, né, de medicamento, a automedicação ela ainda tá muito alta, muitas vezes o paciente chega e diz “ah, mas eu JÁ TÔ tomando amoxicilina”, “por que cê tá tomando?” “não, porque eu senti uma dor de garganta e disseram que era bom”, então a gente sabe que a questão da RESISTÊNCIA medicamentosa ela tá crescente, né, então assim... É DADA ORIENTAÇÃO,

não é falta de orientação... né, fá/ é falta QUE as farmácias não vendam, que as bodegas não vendam, mas ISSO é DIFÍCIL trabalhar... é por mais que teja a fiscalização e tudo, mas a gente SABE que ainda tem aquele paciente que chega “ah, era meu amigo... e aí me vendeu”... então é complicado. Até remédio CONTROLADO eu já escutei relatos que a pessoa disse que comprou diazepam sem receita controlada... né, aí, fica aquela questão, esse controle TÃO RIGOROSO na unidade de saúde pra uma receita e quando na farmácia não tem esse controle tão rigoroso, por quê? Onde é que tá o erro? Né, então são muitos questionamentos, pra gente é muito difícil.

13. Pesquisadora: Imagino. Esse centro POP que você comentou, como é que ele funciona?

14. Enf. Renata: O centro POP ele atende só moradores de rua, pessoa em SITUAÇÃO de rua e aí como é que funciona, lá existe uma equipe multidisciplinar... MAS, né, não tem o médico, não tem o enfermeiro, tem psicólogo, tem um assistente social, né, tem o... éé algumas outras especialidades lá ee eles SE o morador chegou queixando que tá com uma dor, alguma coisa, eles fazem uma referência, né, E encaminha pra unidade de saúde... aí esses pacientes procuram SEMPRE a nossa unidade, né, pra procurar esse atendimento... aí a gente já pegou pacientes que chegou aqui altamente drogado, né, mesmo... BEEM e aí éé a gente também tem uma questão segurança... né, a questão segurança porque eu tô no consultório sozinha e aí a pessoa entra, que já aconteceu a situação que um entrou e trancou a porta e eu estava só na sala, eu disse “pode abrir a porta”, “não ma/” “não tem mais e nem menos, abra a porta, eu não preciso da porta trancada”... né, então assim, o que se passa na cabeça dessa pessoa? Ele vai VAI ter aquele com/ “não, é o profissional que vai me atender”? Eu não sei o que se passa na cabeça dele, eu não sei se ele usou alguma coisa antes de vir, se ele bebeu, se ele MISTUROU alguma coisa. GERALMENTE... a maioria deles são usuários, são usuários, né, então a gente fica muito exposta, eu não sei quem é O paciente que vai entrar, né, então assim a questão da segurança ela é MUITO importante, MUITAS vezes a gente é agredida também, né, eu passei por uma situação de agressão, paciente só NÃO BATEEU em mim... porque existe uma OUTRA profissional que estava entre eu e ela... senão, eu teria sido agredida [noossa] e sem contar que assim, QUANDO você é agredida depende muito do seu estado emocional no dia... você SABE que você não pode revidar, mas dependendo do seu estado emocional, você não se controla. Então é muito complexo, então assim... éé a questão segurança ela ainda é... bem desfavorável...

15. Pesquisadora: Quem/ [ininteligível] quem tentou lhe agredir eraa/

16. *Enf. Renata: Paciente.*

17. *Pesquisadora: Paciente mas da do centro POP, não?*

18. *Enf. Renata: Não, paciente do centro POP não, PACIENTE QUE DIZ QUE MORA NA NOSSA ÁREA e ela não mora, ela mora em outra área de abrangência, mas ela quer porque quer ser atendida aqui... né, aí fala que tomou remédio controlado e por isso ela tem distúrbio... mas ela é mais sabida que todo mundo... tendeu, já é IDOSA, mas toda vez que ela vem, ela az o MESMO espetáculo E DESSAS existe VÁRIAS OUTRAS e por que que eu tenho a obrigação de atender?... por que que eu sou obrigada a atender uma pessoa que ACHA que teem DEVER/ que eu tenho OBRIGAÇÃO de atender porque eu estou numa instituição pública? Que eu sou obrigada a atender ela, que eu sou EMPREGADA e que eu TENHO que fazer aquilo? E não é assim que funciona... do mesmo jeito que o paciente tem direito, eu também tenho os meus direitos enquanto profissional, né, então eu também tenho direito de me RECUSAR de atender esse paciente, né, então assim, é muito... complexo... porque o nosso sistema hoje ele diz assim... “você não pode voltar o paciente”... não pode... o paciente lhe bateu? Dê o outro lado da face pra ele bater também, pra ficar igual, né, então... então isso é muito complexo, né, então assim... existe discursos que foram feitos é e que o paciente já chega com esses discursos que eles escutam... “o gestor disse que você tem que atender bem... que se você não atender bem, você pega o beco”... ONDE FICA, né, ONDE FICA... é o profissional?... qual é a valorização desse profissional? Como é que eu vou estar bem pra atender SE eu não tenho estímulo pra isso?... né, então assim... não é porque eu sou uma empregada... né, que eu TENHO OBRIGAÇÃO... de... é, fazer... do jeito QUE... tem algumas coisas que eu não vou fazer... que não tá correto, né, então assim... é complexo... trabalhar no sistema de saúde.*

19. *Pesquisadora: Eu imagino. Você falou de estímulos pra trabalhar bem, quais seriam esses estímulos?*

20. *Enf. Renata: POR EXEMPLO... existe é MEIOS de TER essa questão de de incentivo, né, questão salariaal, incentivo é “você fez um bom trabalho”, porque você é observado, né, a todo instante você é observado, e não tem aquela “parabéns” né “essa sua atitude foi, né, foi bem, surgiu muito efeito, trouxe uma uma... um... é... ENRIQUECEU o-o o seu trabalho” ou “ajudou o fluxo” não tem... foi só sua obrigação... tendeu, então não existe a valorização. QUANDO você enquanto profissional quer ser valorizado, né, então você às vezes uma palavra faz com que você trabalhe aquele dia bem mais feliz, bem mais disposto,*

né, então... o que é que HOJE EU ENQUANTO PROFISSIONAL eu tenho como GRATIFICAÇÃO? Os meus pacientes, é o muito obrigado do meu paciente que eu recebo, é “ô, você é uma santa”, “ô, você me ajudou” né, “ô se num fosse você, eu num tinha conseguido” então eu tenho esse estímulo de profissão, DE AMOR à minha profissão por conta dos MEUS pacientes e não por conta dos meus gestores, que isso tem que vim dos gestores... porque se o profissional não tá bem, ele não vai desenvolver o trabalho bem... né, então assim, VAI HAVER alguma/ questão salarial ela é BEM... contribui muito pra isso, meu salário é muito defasado... né, então, é... complexo... você passar cinco anos numa faculdade e não ter reconhecimento... NEM pro seu trabalho e NEM e nem questão salarial. É muito difícil.

21. Pesquisadora: Como você vê o vínculo terapêutico?

22. Enf. Renata: O vínculo terapêutico ee assim como?

23. Pesquisadora: Qual a sua percepção do vínculo, tendo em vista o que acontece e o que tá no-nos documentos do daa Estratégia de Saúde da Família?

24. Enf. Renata: Assim, é, MUITA coisa REALMENTE acontece... né, muita coisa realmente acontece da MESMA forma como... existe os protocolos... mas MUITA coisa ainda é maquiada... né [por exemplo?] éé... por exemplo, vem uma fiscalização... todo mundo é avisado da fiscalização... “se adêque ao que a fiscalização vai pedir e tá tudo resolvido...” tendeu, então assim é fácil... saber que a fiscalização vem... que a fiscalização vai éé ver a questão da QUALIDADE do serviço, mas que eu fui avisada o dia que ela vem, EU FUI AVISADA do que ela vai pedir, eu fui informada da... s perguntas que ela vai me fazer... então, vai tá tudo ok...

25. Pesquisadora: Entendo.

26. Enf. Renata: ... então assim, vai ser... melhor em tudo, enquanto que existe... MUITA coisa pra ser consertada... né, então quando vem a fiscalização, tem tudo, quando passa a fiscalização, eu às vezes, né, falta um medicamento, quee... é básico... tem dia que falta uma AGULHA pra mim administrar uma injeção... então é complexo... (ininteligível)

27. Pesquisadora: Que fatores cê acha que contribui para que o vínculo terapêutico seja consolidado? (longa pausa) Assim, o que que você acha que é preciso para que o vínculo

terapêutico entre profissionais de saúde e pacientes sej/ aconteça? Que realmente tenha esse vínculo que ooo que a ESF tanto deseja... preconiza?

28. Enf. Renata: Assim, o VÍNCULO a gente até tem, né, a gente tem esse vínculo ATÉ DEMAIS, né, é o processo terapêutico com pacientes. O que quebra esse vínculo? ... é um paciente que toma um medicamento de alto custo que não tem como comprar e que o serviço não disponibiliza... aí ele vai cair em cima... que ele tem que tomar medicamento e não tem como comprar, aí ele começa “por que que não tem no posto? Por que que não passa algum que tem no posto?” porque muitas vezes o do posto não vai servir pra ele, mas ele não quer entender isso, ele vê QUE... a obrigação é da unidade de saúde DE fornecer esse medicamento que for passado e a gente sabe que existe uma lista básica... de medicamentos da ESTRATÉGIA e QUE DENTRE ESSA LISTA alguns medicamentos falta... que o custo é baixo, IMAGINE que o custo é alto... né, existe uma farmácia de alto custo... onde faz a distribuição de alguns medicamentos... mas aí o paciente vai um mês... o outro mês não tem... e aí isso quebra o vínculo, porque aí começa, ah, a culpa é de quem? A culpa é/ ai fica, procurando de quem é a culpa, que na realidade o que... em qualquer situação eu acho que não interessa procurar quem é o culpado e sim resolver o problema... então assim, se eu tenho cinquenta pacientes tomando aquele medicamento, o IDEAAAL... era que viesse medicamento para aqueles cinquenta pacientes, para que não faltasse... CINQUENTA E MAIS ALGUMA COISA, PORQUE VAI CHEGAR OUTRO PACIENTE que vai precisar do mesmo medicamento e vai passar pela mesma... FILA, que vai ter a mesma demora, mesmo processo burocrático, né, então assim, é uma consulta de uma especialidade X, que ele vai passar um ano numa fila de espera... por quê? Porque tem pouco profissional... reumatologista... é uma das especialidades que demora muito... né, EXAMES esp/ exames de imagem, né, tem alguns exames que TAMBÉM demoram... e o paciente diz “não, eu tô p/ o médico disse que era urgente”... “meu amor, mas num... num tem urgência... infelizmente você vai ter que aguardar”, “quanto tempo eu tenho que aguardar?” “aí eu não posso lhe dizer”... então isso quebra o nosso vínculo... mas de... de... dessa interação profissional, conduta, né, de com paciente, né, muitas vezes a gente consegue contornar MUITAS COISAS, MAS existem coisas que não dependem da gente e que a gente não consegue contornar, aí muitas vezes quebra esse vínculo.

29. Pesquisadora: Na sua opinião, quais fatores determinam a efetivação/ á, já te perguntei isso. Comente sobre a rotatividade de profissionais nos centros de saúde.

30. *Enf. Renata: Éé... assim... eu acho um ponto negativo essa rotatividade, na Estratégia de Saúde da Família você tem que ter vínculo... você tem que se ENVOLVER com a comunidade... né, então se ele envolver com a equipe E a comunidade, e aí essa rotatividade atrapalha muito, porque se eu estou há um ano na unidade e no próximo ano eu não sei se vou ficar na mesma unidade, é complexo porque eu ainda não tenho essa PROPRIEDADE TOTAL sobre a área... né, eu ainda tô construindo esse vínculo, aí quando eu construo esse vínculo, aí eu sou transferida? Então todo o meu trabalho que eu iniciei ele foi quebrado... e eu vou ter que iniciar tudo novamente em OUTRA unidade de saúde, que eu também não sei se vou conseguir ter ele éé bem estruturado, porque eu não sei se eu vou ficar lá... então é uma coisa incerta, eu... eu zi/ éé eu passo pelo processo de seleção, onde tem uma validade, quando termina aquela validade eu não sei como vai ser; eu não tenho uma estabilidade, então assim... é muito complexo. Aí existe láá no estímulo, já quebra de novo o estímulo, “por que que eu vou fazer se eu não sei se vou ficar?”... MUITOS profissionais pensam assim... “ah, por que que eu vou fazer isso se eu nem... ganho nada por fazer isso?”... e que quando você assume uma responsabilidade, você tem que ter... ASSUMIR porque é o SEU FAZER... E NÃO... por A ou por B, aí cê tem que pensar ali naquele momento éé no seu papel enquanto profissional, mas MUITOS profissionais não pensam dessa forma... eles pensam é que não vão ser reconhecidos, não vão ser pagos por isso e que... não vale a pena fazer; né, então.*

31. *Pesquisadora: E o que causa essa rotatividade?*

32. *Enf. Renata: Ao certo eu não sei lhe dizer, né, mas a gente sabe que muitas VEZES é... éé... existe a questão de... amizaaades, indicações ee AO CERTO eu não sei, porque se tô com um profissional, que ele tá dando certo no na unidade, por que que eu vou tirar pra botar em outra? Que que me leva a fazer isso?... né, então são QUESTÕES que a/ que eu não sei lhe dizer, assim, um PORQUÊ específico... mas que existe fatores, existe.*

33. *Pesquisadora: E quais são os profissionais que são ãã... que que mudam, que-que são afetados pela rotatividade? T-todos são ou é só uma parte?*

34. *Enf. Renata: A maioria... é o enfermeiro... a maioria é o enfermeiro... rotatividade médica acontece quando? Quando o médico passou numa residência, vai embora... e vem outro, porque não pode ficar área descoberta, mas de/ ou então aconteceu algum problema com ele, porque cê sabe que a violência tá, né, alta, aí por exemplo, a gente... teve um médico que aconteceu algum ato de violência com ele na unidade X e ele disse “não, eu*

queria ser transferido porque eu não quero mais ficar nesse território” aí acontece, tendeu, mas assim a rotatividade do médico... é mais difícil, se não tiver uma situação específica. A do enfermeiro não, não precisa ter essa necessidade... não precisa... então hoje a gente tá num lugar, mas a gente não sabe se amanhã a gente vai estar, porquee às vezes acontece, assim... eu estou aqui, né, eu estou aqui e aí o profissional/

(Nesse momento uma pessoa entra na sala para falar com a enfermeira Renata. O gravador é pausado)

35. *Enf. Renata: Então assim, éé que era que eu tava falando?*

36. *Pesquisadora: Dos profissionais de enfermagem que não teem essaa noção de quee vocês podem ficar aqui ou não muito tempo, que vocês não sabem.*

37. *Enf. Renata: Pronto, aí assim, éé... comigo já aconteceu uma situação totalmente constrangedora, tipo eu trabalhei no turno da manhã, MEIO DIA eu recebi um telefonema, que a tarde eu não estava mais no estabelecimento... que eu me direcionasse à secretaria de saúde... quando eu cheguei na secretaria de saúde, foi só me dito quee... “muito obrigada” e ponto... “cê não tá mais no sistema”... OUTRA situação constrangedora, FIZ a seleção, FUI aprovada, FIZ uma classificação boa... ee... fui direcionada à unidade a trabalhar... e quando cheguei na unidade, a OUTRA profissional, que eu iria assumir, não tinha sido informada que ela iria sair, né, então eu estava na unidade, a profissional chegou na unidaade SEM saber que não ia mais... aí então assim, essa questão é outra coisa que desestimula, por quee onde que tá o respeito pelo profissional? Porque aí foge, foge ÉTICA, foge... éé... foge... TUDO, porque se o profissional não é avisado, ela é a pessoa... que DEVE ser o primeiro a ser avisado, que a gente tem toda uma preparação, né, e aí quando eu penso que eu tô trabalhando e eu chego e não tô mais? Onde que tá? Coontas, né, porque tem muita coisa envolvida, então acho que deveria ser assim, éé vai sair? Ele já tem uma trégua... quinze dias antes, “ó, seu contrato é até tal dia, e nesse dia você vai sair ou então você vai ser éé transferido pra unidade X” num é feito isso... né, então acho que ESSA questão PODERIA ser melhor trabalhada, não ser SURPRESA e SIM, avisada, porque a pessoa iria se preparar pra (pausa).*

38. *Pesquisadora: Os profissionais de nível técnico e o e os agentes comunitários de saúde também sofrem com esse com essa rotatividade ou não?*

39. *Enf. Renata: Não, porqueee é os agentes de saúde hoje eles são todos concursados... né, então eles passaram por um concurso, a qual, né, eles foram dito que precisava morar na área/ residir na área de abrangência e tudo, então, os agentes de saúde não vai ter essa questão. O nível técnico, eles passaram também por um processo seletivo, eles são carteira assinadas, então não existe essa rotatividade. A não ser que ele peça pra ser transferido... quando ele pede, aí quando surge a oportunidade, AÍ É QUE ELES VÃO fazer essa rotatividade, caso contrário/*

(Novamente alguém entrou na sala para falar com a enfermeira Renata. O gravador foi pausado).

40. *Pesquisadora: Como você vê o atendimento domiciliar?*

41. *Enf. Renata: Os atendimentos domiciliares na nossa agenda nós já temos um dia pra fazer esse atendimento, né, de visitas domiciliares, e aí, isso não quer dizer que é uma coisa engessada, né, é dia de é dia de se/ vamos supor, né, é dia de segunda, mas não quer dizer que se houver uma necessidade ao longo da semana num vá ser feito, vai sim, né, vão ter as particularidades, vão ter os casos de urgência, então assim, mas acontece, né, semanalmente tanto é o enfermeiro quanto o médico, o agente de saúde já faz essa visita domiciliar diária, existe é os públicos-alvos, que eles têm, né, é-é tá tendo essa visita domiciliar mais próximas, né, gestantes, idosos, crianças, recém-nascidos, né, então eles já sabem essa dire/ esse direcionamento deles.*

42. *Pesquisadora: Entendi. O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?*

43. *Enf. Renata: Na realidade é preconizado, né, é-é e/ segundo a nossa realidade... O MÉDICO TEM esse total... de pacientes preconizados... mas o ENFERMEIRO... né, então eu costumo dizer assim, o médico atende DOZE, no máximo catorze pacientes, o enfermeiro atende QUARENTA, CINQUENTA, SESENTA, o que chegar, porque e-eu não posso voltar o paciente, então eu tenho que atender... então eu NÃO TENHO “não, eu só vou atender... vinte pacientes de manhã e vinte pacientes a tarde”, eu não tenho isso, eu tenho que atender toda a demanda que chega, então eu não tenho número específico de pacientes pra atender.*

44. *Pesquisadora: E como você acha que isso reflete no atendimento?*

45. *Enf. Renata: É assim, se eu sou SOBRECARRREGADA... então eu não vou fazer um atendimento de qualidade, porque se eu tenho TRINTA pacientes me esperando, então eu não vou ter uma consulta de qualidade, eu vou ter um MAIS OU MENOS... e MUITAS vezes deixa a desejar alguma coisa, né, ALGO que eu poderia ter... examinado, que eu deveria ter éé investigado mais, às vezes passa, exatamente por isso, ocorre essa sobrecarga, né, enquanto que a gente tem em vista que nós devemos ter essa visão holística do paciente, né, não é porque cheguei com uma dor de cabeça, que eu vou avaliar A dor de cabeça do paciente, eu vou avaliar aferir sinais vitais, porque “é hipertenso?... Sua pressão tá alta?” é todo um contexto, é O paciente e não A dor de cabeça do paciente, né, então a enfermagem ela é isso, ela é o TODO, ela não é a parte. Então, se eu me sobrecarrego, então eu não tenho como ver esse todo... eu tenho como ver METADE desse todo, porque se eu for ver TODO, eu vou acabar me estendendo no meu horário... e se eu me estendo no meu horário, eu num vou no turno da tarde, eu num vou poder chegar APÓS o meu horário... eu tenho que chegar no HORÁRIO... né, então assim... é-é uma cadeia... dee processos.*

46. *Pesquisadora: Você falou de atendimento de qualidade. Quais são os CRITÉRIOS pra um atendimento ser BOM... uma consulta?*

47. *Enf. Renata: Eu acredito que uma escuta qualificada... uma anamnese bem-feita, anamnese clínica, uma ausculta, né, éé tipo assim ch/ o paciente chegou com tosse, eu... fazer essa ausculta/ porque uma tosse ela pode ser uma gripe, ela pode ser uma tuberculose, ela pode ser infinitas coisas, né, então, daí eu voou ver, investigar... então é-é um atendimento bem-feito é esse, do paciente chegar, eu ter essa ausculta qualificada com ele, eu ter essa questão da daa... PRIVACIDADE dele... eu ter um local propício praquele exame físico... né, eu ter aquele espaço, que muitas vezes, né, éé a gente não tem. POR QUÊ? Porque eu tenho um consultório onde dois profissionais atende no mesmo lugar... então não vou expor meu paciente... eu preciso de um local onde eu tenha uma privacidade dele... e muitas vezes, né, DEIXA A DESEJAR por isso... né, então assim, éé um paciente que ele tá com suspeita de tuberculose... já fiz todo questionamento, “tá tendo tosse? Tem que perder peso” “tô”, então vou pedir uma baciloscopia... já é um exame constrangedor... entra dois pacientes numa sala, quer queira quer não, um vai escutar a conversa do outro... tendeu, então assim... éé... são questões... que não ai muito da g/ do profissional... né, que precisa de algo além... que muitas vezes... é as pessoas sabem DESSA... REAL necessidade, MAS que, por algum motivo, num sei, essa questão de... de VERBA ou questão de gestão, não sei lhe dizer, éé não é feito, né, essa... essa estrutura... condizente... com os profissionais, né, o*

dimensionamento de cada profissional, um consultório pra cada profissional... então geralmente tem essa questão, em que deixa a desejar.

48. Pesquisadora: *Entendo. Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

49. Enf. Renata: *Primeiro... né, é exatamente o que eu relatei anteriormente, essa privacidade, né, cada profissional no seu consultório... eu creio que fosse o ideal. Éé... uma outra coisa, s/ que tivesse os insumos SUFICIENTES PARA que os profissionais PUDESSEM... exercer... né, éé... oo atendimento (longa pausa) que que o que seria, né, que REALMENTE tivesse todos os medicameeentos, iam/ que se tivesse todos os medicamentos, iria diminuir a demanda da ouvidoria, que os pacientes não iriam reclamar... né, TREINAMENTO com pessoal, porque existe pessoas trabalhando queee que eu num sei o que é que tão fazendo na Estratégia de Saúde da Família, por não saber se EXPRESSAR, por não saber DIALOGAR, por não SABER éé... receber muita coisa do paciente, entendeu, então... éé... DESINTERESSE, então assim, eu acho que o treinamento seria MUITO o treinamento o treinamento seria muitooo de grande valia... né, relações interpessoais, né, questão mesmo de trabalho em EQUIPE... éé INTERAÇÃO... TRABALHAR EM GRUPO, SABER ACEITAR O OUTRO, então são todas essas questões quee aindaa precisa ser muito trabalhada, porque a gente sabe que a gente trabalha com diversos tipos de pessoas... CADA UM PENSA DE UMA MANEIRA DIFERENTE... e que SE EU... trabalho com gente e não sei lidar com essas situações, o que é que eu estou fazendo aqui? ... então, são muitas... que a gente diz que é pequenas coisas que dariam sim, pra ser resolvidas a médio praza... e que na realidade... PASSA... né, éé, TREINAMENTO, eu sei que eu estou há... vam/ né, existe profissionais que tá aí há dez, há quinze anos no serviço de saúde... aí, alguma coisa mudou... mas o profissional continua do mesmo jeito que ele aprendeu, e aí quando o outro profissional vai falar, muitas vezes ele ele “ah, mas eu aprendi assim”, então se eu exijo, eu TENHO QUE DAR pra poder exigir... então se eles tiverem educações permanentes, CONTÍNUAS... do FAZER... eu acho que existiria menos erros... mais valorização do profissional... porque aí eu poderia exigir mais [entendo] se eu não faço, eu não posso exigir... eu tenho que aceitar ele fazer... o que ele tá fazendo, que a primeira coisa que ele faz é me dizer “você não me ensinoou, que que cê quer cobrar?” então.*

50. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os demais profissionais da sua equipe de saúde e das outras equipes que aqui trabalham também? São duas, não é isso?*

51. *Enf. Renata: Isso.*

52. *Pesquisadora: Como [GRAÇAS A DEUS] é a sua relação?*

53. *Enf. Renata: Graças a deus... eu me comunico com todo mundo, brinco com todo mundo, meu relacionamento com todos são bons, né... eu TENHO essa questão de fazer AMIZADE, de CONVERSAR... de/ né, se eu ver algo de errado, eu vou chamar a pessoa, eu vou re/ num local reservado e “ó, por que você não fez assim?” né, então eu tento contornar algumas coisas... a gente sabe que tem dias que a gente realmente não tá bem, né, a gente diz “ah deixa o-o o problema em CASA”, mas muitas vezes a gente acaba que não sabendo fazer isso, então tem dias que você realmente não vai tá bem, MAAS é-é eu não tenho problema com nenhum profissional aqui, eu me dou bem com TODO mundo, independente de equipe, né, como eu f/ é já citei antes, a minha comunicação, é, eu falo DEMAIS, eu costumo dizer que que o meu problema maior é a minha língua... porque se o paciente/ se eu precisar dizer pro paciente... QUE ELE TÁ ERRADO, que ele/ eu vou chamar atenção dele, vou puxar a orelha dele... LÓGICO que eu não vou BRIGAR, eu vou chamar ATENÇÃO de uma forma a qual, né, vou ter que te todo um-um... um manejo pra tá falando aquilo de uma forma que se torne... né, conveniente, pra que ele entenda que ele tá fazendo errado, MAAS eu vou ter que puxar a orelha, MAS TAMBÉM vai ter aquele paciente que tá fazendo tudo certinho, que não é porque ele tá fazendo tudo certinho que ele tá fazendo uma obrigação, eu vou ter que dizer “olhe, parabéns, é assim mesmo que você tá fazendo”, entendeu, então assim, com os profissionais, éé pelo menos... a minha equipe, né, que o enfermeiro ele é líder, né, de equipe, então na minha equipe, eu sempre costumo fazer éé reuniões de equipe e quando acontece algo que foi muito satisfatório... éé eu sempre reúno, parabenizo, né, “foi muito bom o empenho de vocês, obrigada”, né, eu sempre faço essa questão, éé teve u-um tempo da minha equipe que eles tavam MUITOO não podia chegar um perto do outro, que tinha questão de/ eu tava dizendo que eles tavam igual fio descascado, né, chegavam um próximo ao outro, pronto, saia fãisca. E aí eu OBSERVEI, eu fiz uma roda terapêutica com eles, chamei, né, o educador físico, a gente fazer um momento de relaxamento com eeeles, né, éé trouxe um mimo pra cada um... no dia do agente de saúde, né, eu sempre costumo fazer alguma coisa, mas isso vai muito de cada profissional, né, e-e mas é de uma certa forma um estímulo, né e eu vejo que isso não não éé TRAZ muitos benefícios, porque eu consigo, né, trabalhar e quando eu faço algo, eu não faço SÓ com a minha equipe... é... tipo, no dia da MULHER, né, então eu fiz um mimo pras pra TODAS AS MULHERES DA EQUIPE... todinha do posto... né, porque se eu trazer só pra umas e outras não, “por que que fez só pra umas e*

pra outras não?” né, mas se no momento eu puder, eu trago pra todos... se eu não puder, lógico eu vou trazer só pra minha, mas, assim, a gente procura trabalhar muita essa questão, eu EU particularmente procuro trabalhar muita essa união na minha equipe, eu sempre procuro fazer dinâmicas, né, conversar com eles, sou bem ABERTA, né, TANTO com os profissionais quanto com os pacientes. Muitos pacientes meu têm meu telefone, tem meu facebook, tem meu whatsapp, então então assim, eu sou beem em relação a diálogo e-e vínculo... é bem forte... OS LAÇOS.

54. Pesquisadora: E a última perguntinha, se dependesse de você, o que deveria ser mudado NA ESTRATÉGIA de Saúde da Família? Antes foi atendimento, agora Estratégia.

55. Enf. Renata: É a valorização profissional... SALARIAL... ROTATIVIDADE, né, quee... não deveria haver tanto, se houvesse necessidade, com certeza, né, mas não havendo essa necessidade, eu acho que deveria deixar a equipe como está, né. Agora quando tá tendo algum problema, né, e que é... realmente tá vendo que o profissional não tá dando certo ali, beleza, mas senão... não deveria ter tanta rotatividade, salário devia ser maior, né, enfermagem hoje é briga muito pela questão das trinta horas... MEU VER, o meu ver, eu não brigaria pelas trinta horas, adoro trabalhar... eu queria uma VALORIZAÇÃO salarial... que infelizmente nosso salário é uma vergonha, mas eu... brigaria pelo piso salarial... que GRAÇAS a deus... eu gosto muito de trabalhar... então... e trabalharia muito essa questão das educações permanentes, né, ser algo contínuo. No meu ano letivo, já seria programado, né, essas educações permanentes pra enfermeiro, né, pra médico, pra técnico, pra... TODOS os funcionários e não só uma classe e outra não, que TODO MUNDO PRECISA ser reciclado, todo mundo precisa ser trabalhado, precisa melhorar, né, ninguém... nós somos seres humanos, nós estamos aptos ao erro eee então por isso mesmo a gente precisa ser trabalhado, MOLDADO, praquela função.

56. Pesquisadora: Mais alguma coisa que você queira falar?

57. Enf. Renata: Só agradecer, né, o... convite de tá respondendo.

58. Pesquisadora: Eu que agradeço, nas suas férias (risos).

59. Enf. Renata: É ee só agradecer poder contribuir, né, pro seu trabalho, isso também é gratificante, né, a gente saber que contribuiu pra algo na vida da pessoa, todo pode contribuir eee se precisar, estamos aqui, né?

60. Pesquisadora: *Muito obrigada e muita obrigada pela entrevista também.*

61. Enf. Renata: *Por nada, meu amor.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 1ª etapa de pesquisa (Pesquisa Inicial)

Instrumento: Entrevista

Data: 09 de novembro de 2017

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Gustavo	Idade: 29
Naturalidade: Goiânia	Profissão: Agente Comunitário de Saúde
Tempo de exercício da profissão: mais ou menos 5 meses	Tempo de exercício da profissão no CSF Aparecida: mais ou menos 5 meses

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. ACS Gustavo: *Em qual sentido?*

3. Pesquisadora: *Qualquer sentido que você pensar. De modo geral.*

4. ACS Gustavo: *Ééé... eu-eu já vii... apesar de eu ter trabalhado só aqui, eu já me mudei bastante, eu já morei em Goiânia, já morei em Florianópolis, eu já morei em Santa Catarina, eu já morei em Natal, Fortaleza e Itapajé, [uau] aí o atendimento dã/ apesar de ter a mesma diretriz, éé a qualidade do atendimento muda, um pouco [entendi] eee AQUI ATÉ AGORA é onde funciona mais na prática eee quando eu percebo que funciona de acordo coom com a diretriz mesmo, o a-aten/ ele é bom, o atendimento. Éé, uma cidade, que não vou citar o nome (risos) lá, lá era pra funcionar igualzinho como tá aqui, porque é no mesmo estado, masss não funciona. É, inclusive as pessoas nem procuram mais/ mais os postos de saúde por lá, porqueee o atendimento não é bom. Agora aqui em específico eu per/ eu percebo queee a saúde básica eles tentam resolver o problema no-no posto... se não resolver, aí si/ aí eles encaminham, mas eles... tentam MESMO resolver o pro/ que eu acho muito bom, inclusiveee tem dentista... e dois médicos, duas enfermeiras... pra mim isso é ótimo, inclusive TAMBÉM os remédios tudo aqui à disposição, ééé o que não teem aqui na farmácia do posto, o município d/ ééé dá um jeito, éé por exemplo, equipamento ortopédico não tem no posto, mas a sa/ mas a saúde básica, ela providencia, eu acho ótimo.*

5. Pesquisadora: *Interessante. Como é a sua relação com os pacientes?*

6. ACS Gustavo: *Olha... eu ACHO que é MUITO boa, maass a gente não sabe como queee ooo paciente (risos) tá achando, né? Porqueee alguns eu não consigo acompanhar como tem que ser acompanhado, porqueee na minha área... ela/ setenta por cento mais é formada por estudante e trabalhadores do comércio, ou seja, eles/ o horário deles é incompatível com o meu, aí eu atendo ele/ eu tento acompanhar eles... mais... por (ininteligível) Whatsapp,⁹⁷ porque quandoooo/ meu horário é de sete às onze, ou eles tão na faculdade ou eles tão no trabalho e de uma às cinco... (ininteligível) ou eles tão na faculdade ou tão no trabalho também. ÀS VEZES, eu vou à noite, mas... quando eu vou/ deixo pra ir à noite... eles não recebem bem, porque eles não têm a cultura deee receber visita nesse horário, mas fora/ fora esses que eu não tenho como acompanhar e aí eu entrego só o Whatsapp que é pra ter alguma coisaaa, pra dizer que eu tô com eles, é tem as famílias quee eu acredito que el/ que eu tenha uma/ um vínculo muito bom, éé e-eu chego e eleees já conversam já, tem (ininteligível) intimidade, a gente tentaa manter o vínculo.*

7. Pesquisadora: *Éé, como você considera que seja a sua comunicação com os pacientes?*

97 Aplicativo digital gratuito disponível para celulares *smartphones*, que possibilita a troca de mensagens de textos, fotos e vídeos entre pessoas e grupos de pessoas.

8. ACS Gustavo: *Eu tento n/ de início, estabelecer um diálogo que é pra elee... se sentir seguro. DEPOIS COM O TEMPO, eu tento observar se aquela família tá tudo ok, éé depois eu faço algum -algum tipo de pergunta sobre a saúde, que... eu, na minha opinião, o objetivo do agente de saúde éé prevenção e promoção, mas ele tem que estabelecer o vínculo, por isso as visitas elas não são assim instantâneas, você só chega e pergunta se tá tudo bem, se tá desse jeito, se tá sentindo isso, não, você tem que chegar primeiro, conversar um pouco, perguntar, a gente cria amizade, vínculo, depois você vai acrescentando as perguntas que você tem que fazer, por isso que às vezes ela de/ a visita demora um pouco, mas eu acredito dessa forma elaaa funcione melhor. ALGUMAS famílias você é-é eu percebo queee eles não querem que hajaa... eles não permitem que haja o vínculo, eles nem abrem a porta p-por completo, eles perguntam “o que que cê quer?” Esses casos você já tem que ir direto ao ponto. Mas no/ mas nu-num há o que fazer nesses casos [entendo] é eu acredito que devido a isso, éé essa estratégia que eeuu que eu adotei, q-que a maioria aqui dos agentes de saúde do posto também adotaram, a gente/ faz com que a gente tenha uum um vínculo bom e uma comunicação boa com as pessoas.*

9. Pesquisadora: *Legal. Éé, co-como que é o atendimento domiciliar? Em term/ você já explicou mais ou menos como é que você a/ éé [é] aborda as pessoas, mas como é que funciona?*

10. ACS Gustavo: *Bom, éé a gente tenta/ é mais pelo olhar do agente de saúde. A gente tá lá pra gente identificar algum problema. Éé... geralmente, tem as temáticas do mês, é o mês do bebê, o-oo Outubro-Outubro Rosa, que teve recentemente, o Novembro Azul, a gente vai at/ a/ de acordo coom com a temática do mês, aí a gente já chega e vai tentando conscientizar a pessoa de acordo com aquela campanha do mês. Por exemplo, a gente tá agora no éé Novembro Azul, a gente vai, procura o-o público-alvo... que no caso são os homens, com as com as/ com a idade na faixa etária eee segue. A gente também tem também aa o atendimento pelas estações... que eu percebi isso aqui, eu tô há ci-cinco meses, seis, eee a gente tava na ch/ na estação chuvosa, ou seja, da dengue. A gente trabalhou MUITO na prevenção deee (ininteligível) que éé pelo mosquito... e a gente chega, a gente já... aborda a pessoa, éé inicia um diálogo, a gente conversa um pouco aii em seguida a gente introduz oooo o assunto específico, no casooo atualmente é o Novembro Azul e se não for o caso, a gente sempre perguntaa quando ainda tá na quadr/ um pouco ainda no finalzinho da quadra invernososa, a gente pergunta se tá com diarreia, se tevee (ininteligível) porque entra pra estatística. Eee caso não tenha nada disso, aí no caso são as doenças crônicas, quee geralmente é diabetes e*

hipertensão, às vezes tem alguma pessoa com asma, aí nesse caso a gente sempre tem que ficar, se for idoso principalmente, a gente fica de olho see tá tomando remédio direito, se ele tá se alimentando direito, porque geralmente eles, no caso de idoso, eles não se alimenta, de acordo com-com a necessidade (risos) eles fogem um pouco. Quando é uma pe/ (ininteligível) uma pessoa mais jovem, aiii... a gente fica um pouco mais tranquilo, é, no caso dos idosos... éé a gente f/ ele ficaa... a gente pede que eles venham mensalmente no posto, que é pra tentar eles atéé... u-uma conversa com médico ee inclusive a gente tem o hiperdia, por isso, aí a gente acompanha os-os as pessoas que têm doenças crônicas eee tem o hiperdia já pra eles... facilitar, né, porque geralmente tem um agendamento, se ele chegar aqui aí agenda pra um dia, aí a gente tem o hiperdia, que já algo justamente que é pra o/ facilitar o atendimento dessas pessoas, aí no caso a gente/ os-os agentes de saúde eles VÃO, eles conversam, eles tentam ééé conscientizar a população da/ pra determinados assuntos que tão sendo abordados no mês e ele tem que ficar atento na realidade da pessoa, por exemplooo hoje a gente teve uma visita àquela senhora ali perto dos correios [sim] é, eu já s/ ela tem um problema mais de seis meses, mas eu só fui identificar nessa semana, porque ela não me dizia e eu tive que prestar atenção no momento que ela se virou, eu-eu vi o caroço nas costas dela, o volume pela roupa, perguntei e ela falou que tá sentindo dor naquele caroço. Aí a partir da/ do olhar que a gente tem, aí a gente pode... vê se a gente pode fazer alguma coisa, no caso eu vou levar a médica na outra semana.

11. Pesquisadora: Entendi. Numaa visita tradicional, digamos assim, de um acs, quanto tempo que demora a visita domiciliar?

12. ACS Gustavo: Se for uma visitaa normal, ssó no-no noo nooo a averiguação que tem nada errado, see táá... introduzir o assunto do mês ou da semana, ela dura em... de dez a quinze minutos. A gente tenta limitar, porque a gente tem um nível/ um número de visitas que a gente tem que fazer, porque a gente tem que fazer uma visita mensal a todas as famílias, no mínimo, aí no meu caso, ééé eu tenho que fazer quinze a vinte visitas no-no dia... aí eu tento-tento limitar quinze minutos. Aí no cas/ e também tem as-as visitas que a gente não consegue fazer, aí a gente tem quee/ aí acaba com o cronograma que a gente coloca pra outro dia, aí (ininteligível).

13. Pesquisadora: E que que cê acha desse número de pessoas que cê tem que atender por dia?

14. ACS Gustavo: Olha, eu s/ a minha área ela não tem as pessoas é ela tem o mínimo possível das pessoas que a lei diz, que é quatrocentas pessoas, a lei diz que pode até setecentas pessoas/

(Nesse momento, uma ACS entra na sala e chama o ACS Gustavo para participar de uma reunião com os/as demais profissionais de saúde. Combinamos de continuar a entrevista depois que ela fosse encerrada).

15. Pesquisadora: Você estava falando sobre a quantidade de pacientes que você atende.

16. ACS Gustavo: A quantidade/ faz a pergunta de novo.

17. Pesquisadora: O que que você acha dessa quantidade de pacientes que você atende?

18. ACS Gustavo: Assim... a lei diz que no mínimo são quatrocentas pessoas [uhum] ela não limi/ ela não diz a quantidade de famílias... eee ee o máximo são setecentas pessoas. Eu acho que ela que a lei deveria também levar em consideração a quantidade de famílias, porque a gente tem que visitar é as famílias, não são as pessoas, entendeu? [entendi] aí na mi/ na minha área, ela não é uma área grande, mas ela tem bastante família, (intranscritível) qual o problema da minha área? Porque são pessoas que mora sozinha, ou seja, uma pessoa mora num apartamento, que os estudantes ou trabalhadores moram só, ou seja, eu tenho que visitar aquela família uma vez no mês. É diferente de uma comunidade que você chega e mora cinco, seis numa casa. Aí não tem problema, você faz a visita, pega informações de todos. Agora, o problema da minha área é essa [entendi] uma fa/ uma pessoa mora sozinha, aí quatrocentas/ vamos supor que eu tenha quatrocentas... pessoas, mas que todas moram uma ou duas pessoas, é muito pior que setecentas, porque o-o tempo da visita é o mesmo naa pra todos, eee tem uma outra coisa queee que me incomoda... sobre a quantidade de pessoas... eu acredito que quando eles criaram essa lei... (pigarro) eraam eles só imaginavam que o agente de saúde faria a promoção e a prevenção nas casas, e-eles (ininteligível) ficar pouco tempo no posto, mas eles não levaram em consideração o que a GESTÃO MUNICIPAL podia COBRAR do agente de saúde... (pigarro) tipooo é, muda de cidade pra cidade, a minha tia é agente de saúde em outra cidade, lá, a gestão cobra dela o básico do agente de saúde, que é a visita, a promoção e a prevenção, já aqui a gente tem um trabalho burocrático muito grande. S-se você tivesse aqui há uns dois meses atrás, você ia ver a territorialização que a gente fez, meu deus, foi um inferno, a gente quase não fez visita, e-eu quase não consigo fazer minha área e eu passei muito tempo fora, muitas horas extras,

quee que eu acho que não pode acontecer... ééé... atualment/ SIM, agora a gente tá fazendo a classificação de risco, que é essa altura de papel, aí todo dia a gente tem que passar (risos) uma hora/ e-eu vou pra faculdade à noite... aí é difícil pra mim fazer, aí o que que eu faço, eu chego onze da noite, eu faço alguns, que é pra poder dar tempo, no caso, então, quando/ sobre isso, né, eu acho que a-a quantidade tá correta, mas antes tinha que levar em consideração essa parte daa da área, que mora uma única pessoa por família, eles também tinham que levar em consideração as famílias também, quantidade, não só as pessoas, eee... o a burocracia que a gente é é obrigado a fazer de-dependendo da gestão.

19. Pesquisadora: Você falou de hora extra, vocêê/ como funciona?

20. ACS Gustavo: No-no caso vamos supor queeee... (pigarro) eu passei duas horas, aí eu tenho que comunicar à gerente, mas tudo a gente tem que provar. Aí n-num tem como a gente provar éé que eu tô/ eu posso si-simplesmente em casa dizer que tô preenchendo papel e tirando a foto, que geralmente a gente usa a foto pra comprovar, aí... aí n-n-nesse caso não dá, né, pra gente comprovar, no caso se eu fizer uma visita noturna, aí eu tiro uma foto com a pessoa lá e comprovei, agora burocracia a gente num tem como comprovar, só pelaa pelaa de boca mesmo. Aí no caso a gerente, quando ela/ quando... elas percebem, elas... ajudam a gente, né, mas nem sempre dá pra fazer isso. Por exemplo, éé to-todo mês a gente tem que fazer o mapa, que é a quantidade de pe/ de hipertenso, de diabético, éé criança, fazer puericultura, u-uma papelada GRANDE, aí a gente só pode fazer isso no final do mês, quando a gente já fez tu-todas as visitas, a gente conta tudo. Aí isso de-deman/ demora um pouquinho de tempo. Eee durante o dia SE-SEMPRE TEM ALGUÉM QUE A GENTE TEM QUE IR-IR RESOLVER ALGUMA COISA. Hoje, por exemplo, teve/ de manhã eu fui resolver duas c/ duaas coisas, três, é e de tarde, antes de eu vim pra cá, eu fui ainda resolver mais duas coisas, ou seja... mesmo que você “não, essa tarde o turno eu vou tirar só pra resolver/ pra-pra preencher papel”... a gente preenche papel aqui no posto, porque a gente não vai pra casa porque a gente tem medo dee de ser visto entrando em casa e “ah não, vão denunciar a gente”, e a gente preenche no posto. Aí chega SÓ/ SEMPRE chega ALGUÉM e atrapalha... aí no caso quase nunca dá pra fazer, a gente faz em casa, aí esse trabalho a gente não consegue comprovar que fez em casa, aí passa um pouco, né, da meta, mas né nada que vá matar, né, só é... chato.

21. Pesquisadora: Entendo. É, qual é a regularidade de retorno dos usuários ao posto?

22. ACS Gustavo: Em qual sentido? É, eles sem/

23. Pesquisadora: *Com que frequência eles vêm ao posto?*

24. ACS Gustavo: *É, depende da área e das pessoas. Por exemploo, a gente foi naquela casa... éé das duas senhoras [sim] elas só vêm pro posto se for o jeito, não pelo fato de ser ruim o atendimento, mas é porque éé da cultura. Aqui no Aparecida, tem pessoas que a gente cons/ chama de hiperusuário... se pudesse, eles tavam aqui o dia todo... todo dia, mas... eu vou falar só da minha área. Na minha área, eleees também eles não SABEM do serviço do POSTO o-o-os novatos, né, os que eles vem, se muda muito, assim eu diria que dez por cento é flutuante, porque são estudante, aí eles se mudam o tempo todo. Inclusive eu faço o cadastro deles, no outro mês eles já não tão mais lá... aí es/ principalmente os que vêm de fora, eles não sabem como funciona aí eles NÃO vem ao posto DE JEITO NENHUM, a não ser que você fale. Mas NO MOMENTO QUE ELES ENTENDEM COMÉ QUE FUNCIONA, eles passam a EXPLORAR o serviço, principalmente dentista, porque éé prat/ quase todo mundo teem déf/ deficiência de acompanhamento de dentista, aí quando eles percebem que podem ter o-o acompanhamento doo/ correto, aí eles passam a explorar o serviço do posto com regularidade. Éé, as pessoas idosas só vêm se for o jeito também, pri/ homi, homem PRONTO, aqui o público oitenta por cento mulher, homem é difícil. Só se/ só vem nas últimas, quando percebe quee não aguenta mais, aí vem. Na casa da dona Janete, que a gente foi, ééé o marido dela e-ele passou mal, ela veio aqui, me chamou, porque ele não veio, cheguei lá, tava muito mal, porque deu/ comeu alguma coisa fez/ ele achou que fosse diabetes, e aí sentiu uma dor muito forte, aí ele resolveu buscar ajuda, mas ele não veio... eee no-no caso tem que levar; só que a gente leva lá, né, nesse povo que é muitooo difícil, a gente leva assistência. Mas eles, eu diria que o retorno é satisfatório... bem satisfatório.*

25. Pesquisadora: *Como você vê o vínculo terapêutico?*

26. ACS Gustavo: *Como assim vínculo terapêutico?*

27. Pesquisadora: *O vínculo entre os profissionais de saúde e os us/ pacientes.*

28. ACS Gustavo: *Eu, aqui, tem/ eu vou ch/ separar, porque tem os pacientes normais e tem os pacientes ditos difíceis, que a gente chama de usuário, a gente não chama de paciente [uhum] tem os usuários normais e usuários difíceis. Os usu/ os usuários normais eles-eles entendem como funciona éé o protocolo de atendimento, sabem que ele vem no SAME, se informa, vai pra triagem, a enfermeira avalia, determina o grau de necessidade, se for/ se ela puder resolver; ela resolve, se ela não puder resolver, ela encaminha pro médico*

imediatamente, se for um caso de urgência ou então ela agenda se ela ver que não é uma coisa tão urgente, porque senão entope né o serviço. Quando/ aí às vezes a pessoa vem, ela quer ser atendida de imediato, mas o caso dela não é de urgência e-e as fichas pro médico ela não é a-assim, tem que marcar, porque se-senão chega uma pessoa com necessidade mais alta, não tem vaga pra ela, aí que que acontece? Uma pesso/ uma pes/ os usuários normais eles entendem que é necessário isso, eles sabem as-a classificação de risco, aí eles vão pra casa, já vão no dia e nesses, o vínculo terapêutico é-é excelente, porque eles entendem como funciona as coisas. Inclusive eles conversam eee cria até laço de amizade com a gente. Agora, tem aqueles pacientes são os mais difíceis, que eles vêm, eles não querem passar pela enfermeira, porque eles acreditam que a enfermeira não sabe de nada, principalmente os casos de saúde mental, que no caso daquela senhora que a gente foi. Quando ela tá em crise mental, ela quer passar por cima de tudo. Aíii (pigarro) a enfermeira ela é responsável p-por pela triagem, só vai pro médico se passar por ela. Aí eles TENDEM a ter uma a gost/ a gostar mais ou menos dela. No casoooo, esses que são mais difíceis vêm, ela não vai passar, porque não é caso de médico, aí eles ficam irritados, quer ir pro médico, mas não pode, aí tende a ter a briga, aí nesses casos às/ acontece de teer atrito. Mas são muito poucos. Aqui no posto teem contados nos dedos, são sseis ou sete pessoas, de-desse perfil, duas na minha área. Você não conheceu a-aaa/ posso citar nome? [pode, eu-eu troco por outros] vo-você não conheceu a Cândida, que éé a paciente mais difícil aqui da da nossa área. Ela toma seis remédios controlados e quando ela chega, el/ cê não tem... você não... consegue controlar ela, ela sssimplesmente vai pra sala do médico e se você disser que ela não pode, ela f/ ela vai e denuncia você na secretaria de saúde (risos) mas lá na secretaria de saúde eles já sabem dela, aí eles “ah, tá bom, tal tal tal tal”. Alguns são assim... seis ou é sete, não tenho certeza, mas fora isso o vínculo é bom.

29. Pesquisadora: Bacana. Eu acho que até você já citou um pouquinho, mas eu vou perguntar mesmo assim pra enfatizar. Na sua opinião, quais são os fatores que determinam a melhor consolidação desse vínculo? E o que que dificulta?

30. ACS Gustavo: Hum (pigarro) eu acho que é basicamente a conversa queee que faz com q/ porque o povo ele quer conversar; eu percebi isso. Eu-eu não sou muito de conversar; eu sou meio fechado na-na minha, né, eu tive um pouco de dificuldade no início, eu chegava, eu não conseguia, demorei um pouco pra poder pegar a... o vínculo com o povo, os meus colegas pegavam mais rápido, eu sou fechado, mas aí eu percebi que é necessário conversar; aí quando vocêéééé CHAMA a pessoa pelo nome, quando você DEMONSTRA que e-e-entende

aquela família, aquela realidade, aí eles tendem a se abrir mais, a aquela/ a dona Rosa e a dona Jo/ a dona Teresinha, aquelas duas senhoras que a gente foi, elas demora/ foi dois meses pra mim adquirir ooo... pra mim ad/ criar vínculo com elas. Por quê? E-eu/ ela ficava na janela, mas eu fiquei/ ela não me atendia, eu não entrava na casa dela, mas eu fui conversando, éééé coisa do dia a dia, e foi consegui/ e fui conseguindo ganhar confiança, agora antes de ganhar confiança, agora ela já MANDA ENTRAR, aquele dia a gente já entrou né, ela manda entrar, conversa, tem que conversar, que se se você não conversar, você não cria vínculo... tem que conversar DO QUE ELES QUEREM, né (risos) algum/ a-a dona Creusa, por exemplo, ela gosta de falar mal das pessoas do posto... é a gente tem que ter o cuidado pra não incentivar na hora que ela tá falando. Você percebeu que eu nem toquei no nome da enfermeira [sim] porque senão ela ela fica mais zangada e (risos) piora a situação. Mas geralmente, a dona Germana é aquela senhora que a gente visitou primeiro, ela é uma das pessoas queee a gente vai, ela elas não tinha problema de saúde, ela só vivia em extrema pobreza, agora ela tem hipertensão, eu tenho que fazer visita pra ela focada no problema, mas antes eu fazia a visita só porque ela necessitava conversar, porque ela mora sozinha, aíí ou seja, EU, NA MINHA OPINIÃO, EU ACHO que é a conversa que é O PRINCIPAL ééé ins/ a principal forma de adquirir o vínculo que a pessoa... passa a conhecer aquelaaa aquelaa família e ela passa a confiar e ela tende aaaa falar dos problemas, que esse é que é o principal, ele tem que falar dos problemas dela, agoraaa o PROBLEMA MESMO deixa eu veer, o que dificulta, eu vou falar eu vou falar sempre da minha área, porque é oo é onde eu consigo. Ééé... o povo é muito desconfiado, MUITO desconfiado mesmo e a gente que é agente de saúde, né, a gente não conta cooom com nenhuma forma de divulgação do nosso trabalho... é, quando a gente entrou, eu entrei era culturalmente só existir agente de saúde mulher eee eu f-fui muito MAL RECEBIDO em MUITOS LUGARES, porque eles achavam que eu era alguma coisa, né, porque “ah não, só existe agente de saúde mulher”, na verdade não, é um concurso, você eu como como todo concurso pode ser mulher ou homem participar, assim como tem agente de (ininteligível) que é mulher, aí eu tive m/ e a e a gestão ela não divulga nada, se divulgou eu não soube, foi muito mal divulgado e ninguém na/ e ninguém da minha área soube, que foi difícil ééé ganhar confiança, principalmente daquela gente que mora sozinha, mulher, por exemplo, tem uma mulher na minha área que até hoje ela não me aceita, ela diz “ó, cadê o crachá?” levei o crachá, não, “pois vai no posto”, ela não vem no posto, que ela trabalha na casa lotérica, ela tem medo de ser sequestrada ou alguma coisa ééé esse... é tipo a divulgação do nosso trabalho. O CRACHÁ, o crachá só saiu porqueee a gente reclamava que ninguém aceitava a gente na-na

casa. Foi uns três ou quatro meses... aí depois que saiu/ eles só fizeram o crachá porque eles precisavam fazer aaa a o cadastro de todas as pessoas, que é pra mandar não sei pra quem, aí eles... perguntaram se quais/ quais eram os problemas que a gente tava tendo pra ser aceitos pelas pessoas, eraa porque eles não sabiam que era um agente de saúde, porque muitas das áreas eram descobertas... eee e eles tinham medo de receber a gente, porque eles não tinham como comprovar que a gente era funcionário da prefeitura, aí eles fizeram o crachá. Melhorou? Melhorou, mas... eles podiam ter fe/ eu ach/ eu acredito que eles podiam ter feito mais que era pra divulgar, no IBGE, por exemplo, sempre que tem o censo eles divulgam em várias mídias... é rede social, é televisão, que-que vai ter, e el/ a gente não vê/ eu já trabalhei no IBGE ee não tem esse... caso de recusa é muito pouco, porque eles já são condicionados aaa “já vem aqui”... éé agora eu tô-tô-tô quase, só umas quatro casas na minha região, residências, que eu não consegui visitar, que são os chineses, que os chineses (risos) eles fingem que não falam português quando eu vou lá, eles têm medo, os bolivianos, que eu falei que eles já fugiram de apartamento duas vezes, AGORA ELES tão começando a confiar em mim, porque eles falaram lá com o pessoal do do do prédio, mas foi bem difícil, essa mulher da casa lotérica, queee n/ e UMA SENHORA que éé s/ rica e não quer saber de... de SUS... mas... ééé a dificuldade mesmo ééé é ser ACEITO INICIALMENTE, depois que você é aceito inicialmente, pronto... dá certo.

31. Pesquisadora: Eu gostaria agora que você comentasse um pouquinho sobre a rotatividade de profissionais aqui naa Unidade.

32. ACS Gustavo: A troca? Esse é um problema... um problema muito grande. Éé, eu não sei s-se alguém comentou lá qua-quando a gente fez a visita quee quando a pessoa tá se acostumando com o médico [sim, alguém comentou isso] é quando a pessoa tá se acostumando com o médico, ele sai, porqueee... aq/ se-se você percebeu aqui nosso posto ele é quase como se uma escola, tem muito tem as-as internas de enfermagem, é elas ficam alguns meses... teve até despedida pra elas, teve paciente que chorou, porque eles já TAVAM apegados às duas internas, eee... ge/ o que sai mais mais rápido são as internas, né, porque elas tão por poucos/ por pouco tempo aí o povo jáá fica triste. O outro problema é são os residentes, os residentes eles eles são responsáveis por muitos grupos (ininteligível) grupo de adolescentes, grupo de mulheres, grupo de homens, t/ e eles tipo encabeçam tudo, aí troca os residentes, entra os novos, aí muitas vezes o grupo falta s-ser extinto QUASE ser extinto, isso é um problema, ee enfermeira, as enfermeiras são os que sai menos os-as que duram mais, né, mas mesmo assim, a enfermeira, assim como o agente de saúde, elaa a enfermeira tem a

área dela, só que o agente de saúde tem a microárea e a enfermeira tem a área dela, então a enfermeira ela cria vínculo também com o profissional ô, profissional não, com o usuário, eee... quando elas saem eles estranham muito, ELES ESTRANHAM MUITO, “ah, eu tava acostumado com a fulana”, “tava acostumada com a sicrana”, eu vi só uma enfermeira sair, mas eu p-percebi quee que foi um problema, por quê? Porq/ principalmente mulher, quem faz a prevenção da-da mulher? A enfermeira ee eu não se/ EU NÃO FAÇO IDEIA como que é o procedimento, mas deve ser uma uma uma coisa meio constrangedora quee elas nem todas querem vim fazer e quando elas criam o vínculo, elas começam a confiar na pessoa, aí elas começam a-a-a s/ aaa fazer este exames como prevenção e-e quando troca a enfermeira, aí tem que renovar tudo. Tem também é a enfermeira elaa ela-ela... ela quando se habituada, ela já sabe aquelas crianças que tem que fazer a puericultura, que tem a pac/ e é como é que funciona cadaa... cada usuário, que... tem USUÁRIO DIFÍCIL, na minha área... que aa minha enfermeira que é a Renata, ela sabe como é que trata co-com a quela pessoa. Na minha área tem uma pessoa com tuberculose, ela é uma pessoa que é difícil de ser tratada, ela é recorrente. É, ela perde ela perdee dia, aí a Renata liga, agora se entra uma enfermeira nova, ela não vai saber ooo o ritmo... de cada paciente, aí isso atrapalha bastante. Agente de saúde é-é bem fixo, eu acho que é o que num muda nada e a gerência também. A nossa gerente ela era bem antiga, só que ela saiu por problema de saúde. Agora o problema principal de rotatividade de funcionário são os médicos, porque assim comoo oo as enfermeiras, os pacientes também eu acho que têm vínculo com eles, não tanto quanto as enfermeiras, mas... por exemplo a doutora Mariana, ela eraa ela era BEEM... travadona no início, porque é o primeiro emprego dela, mas depois que ela começou a se soltar, elaa começou a conversar bastante com os com os pacientes, qu/ eles adquit/ todo mundo fala bem dela na área, “ah, espero que e-essa mulher não saia”... mas ela vai sair, no final do ano, eu nem digo (risos) eu nem digo porquee/ e ela é de Santa Catarina... qual a probabilidade de quando acabar o contrato dela, ela ficar? No médico, o médico nem tanto, ée ele sai porquee é mais a enfermeira, mas o problema éé-é o vínculo com com a população, a população ela presta muita atenção no médico. Eu percebo que a população ela não dá muitooo crédito à enfermeira, eles querem saber se o médico sabe, tanto é que eles, maioria não quer passar... pelo pela enfermeira, que... é meio errado, que a maioria elas resolvem quase tudo eee e o médico ELE DURA POUCO TEMPO POUCO TEMPO, eu tô aqui há cinco meses e já passou três médicos... passou o doutor Ricardo, doutora Laura e agora tem esses dois novos.

33. Pesquisadora: Nossa. Éé... se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?

34. ACS Gustavo: (Pigarro) no atendimeentoo como... os médicos?

35. Pesquisadora: De modo geral.

36. ACS Gustavo: De modo geral? Nunca pensei nisso. Eeu... eu s/ eu perce/ a forma como ele é atendido tá bom. PRA MIM, o que tinha que mudar era a organização, éé os médicos t/ tá tu/ eles botaram agenda agora, né, tudo bem ééé... ficou mais organizado, agora o negócio é como eles se organizam ali... fora... porque isso é de unidade pra unidade, não éé norma do SUS... aqui chegou, eles se organizam ali, quem chegou primeiro entra (risos) entendeu? Ai... QUANDO CHEGA ALGUÉM, tipo um agente de saúde, aí tenta organizar [uhum] mas eu acho que tinha que ter tipo uma ficha que tinha que ser entregue ali com prioridade, alguma coisa, que é pra pessoa chegar e não ter e evitar algumas discussões, porque quando o agente de saúde chega aí não, “aí não eu...” aí tenta organizar, aí a pessoa “não, mas eu cheguei primeiro”, “não, mas ela é uma gestante, ela tem prioridade”, “mas eu cheguei primeiro” tendeu, éé aíí aqui eu acho que funciona bem, o-o atendimento com os médicos, porque até porque tem duas enfermeiras, elas resolvem a maioria dos casos, manda pro médico só o que ela num... tem que ass/ ela num pode assinar o que ela não pode resolver. E elas atendem rápido, ou seja, é difícil se formar fila ali. Oo-os médicos também, se você perceber... PRONTO, eu acho que só devia ter mais visita... mais visitaaa... domiciliar. Aquela senhora falei que não dava, porque a agenda tava cheia [uhum] porque... TÁ CHEIA MESMO, tá até o dia vinte e seis cheia a agenda domiciliar, porque ela só faz visita numa tarde, uma tarde só na semana [uhum] e a enfermeira também faz, só que a gente já sabe que que a enfermeira pode resolver e o que o médico pode resolver [uhum] aí eu acho que só tinha que melhorar essas visitas mesmo, mas eu sei que não dá, porque eu (risos) eu vejo a agenda do médico e e é BEEM assim apertadinha, puericultura, pré-natal, hipertensão, saúde mental é tudo bem organizadinho e uma visita, mas num... é uma coisa que SERIA IDEAL, mas não tem como, não no sistema de agora com dois médicos.

37. Pesquisadora: Entendi. Como é a sua relação com os demais profissionais da SUA equipe e da outra equipe que trabalha aqui?

38. ACS Gustavo: Eu... eu acho que eu vou ser a única pessoa que se dá bem com todo mundo... eu e o Carlos, porqueee... quando a gente chegou, aqui já existia algumas...

rivalidades... entre os profissionais mais antigos e aí quando os/ foram separados os agentes de saúde por equipe, aí meio que separou também, né, tipo foram é-é como se diz sicrana e (ininteligível) é outra, aí teve tipo uma rivalidade, inclusive... teve algumas rodas, rodas que é tipo uma reunião que a gente faz todo mês, era pra tentar melhorar isso. A gente conseguiu, né, o povo já (intranscritível) ficou mais unidos, MAS MESMO ASSIM a gente percebe que ainda existe um pouco de rivalidade. É uma coisa que eu acho RUIM aqui no posto... a minha área ninguém mexe.

39. Pesquisadora: Como assim?

40. ACS Gustavo: Tem cada agente de saúde tem sua microárea, a minha é a seis, a do Carlos é a cinco e assim vai, né, aí alguns agentes de saúde eles se irritam se você entrar na área dele. Tipo, vamos supor que ele saiu e a Gleice, que é a moça da marcação, diz “olha, tem essa consulta aqui, você viu fulano? Ixe, é pra amanhã. Eu nem sei se ela vai passar aqui no posto hoje, como que/” “pode deixar que eu entrego”. Se eu for entregar na área da deee da agente de s/ da agente de saúde X, ele se zanga, tendeu, ninguém/ você não pode mexer na área, eu acho isso m/ extremamente ruim, porque eu- eu tenho alguns ami/ tenho umas certas pessoas mais próximas, tipo o Carlos, que ele divide apartamento comigo. A ÁREA DELE É QUASE A MINHA e a minha área é a dele prat/ que a nossa área (intranscritível) já tão acostumados que a gente, VAI EU, VAI ELE, o povo já tááá já táá habituado e eu acho que devia ser assim. O posto tem as divisões de microárea, devido a organização, mas quee não limite a atuação do outro agente de saúde, tipooo á vamos supor um exemplo, eu tô precisando dee dee dee aa minha área não tá cem por cento cadastrada, eu poderia te chamar pra poder me ajudar, acontece isso, mas só que ninguém FAZ, quer dizer, isso é permitido, mas isso ninguém faz, porquee tem essa história de não se interferir na área do outro. Eu acho isso... totalmente desnecessário, tanto é que eu já falei até “ó p- pra qualquer que cês precisar da área, vocês podem me chamar” ... aí isso eu acho muito ruim, ééé... agora sobre a convivência, tem as pessoas, né, que elas... elas têm a rivalidade dela, eu procuro/ eu não sei de detalhes, porque eu não toco no assunto, EU SEI QUE EXISTE, mas eu não toco no assunto, porquee nã-não é da minha conta e eu não quero jogar lenha na fogueira ee da/ e não passar por fofoqueiro (risos) ééé aí também existe a rivalidade entre as enfermeiras, eu não sei como que surgiu, SEI COMO QUE ACABOU, né, teve a briga entre as duas eee uma saiu, ela parece que ela não... também não se dava bem com a gerente, aí a g/ eu não sei o que foi que aconteceu, SEI QUE ELA SAIU, mas não sei se foi pela gerente ou se foi ela que saiu... melhorou cem por cento o

posto, cem por cento, porque acabou com as rivalidades, agora se existe, éé uma coisa muito pequena, isolada e a pessoa controla. A a-a-a-antes a rivalidade era TÃO GRANDE, queee sempre foi assim no posto, até onde eu sei, cada equipe fazia/ era responsável por tal coisa. Vamos supor queee é a semana do bebê... f/ a briga principal que ocorreu entre as enfermeiras foi essa, quee foi na semana do bebê, cada u-u-uma era responsável pelo acolhimento de manhã e a outra é responsável pelo acolhimento a tarde, a a enfermeira da minha área ela é NATURALMENTE ééé tem ma/ tem maior afinidade com essas coisas de organização, de eventos, e então ela fez uma coisa assim meio... grandiosa. A outra já era mais na dela, né, e ela fez o primeiro, de manhã... aí como foi que foi a briga, aí a outra, que já tinha planejado aquela coisa maior, fez uma coisa quee deixou a/ minimizou o que a outra fez, aí ela parece tipo ofendida, aí teve um bate-boca e tal tal tal aí deu a briga lá e desenrolou no que deu, aí ela saiu... ANTES as equipes eram assim, agora DEVIDO A ISSO AÍ, agora a gente faz tudo junto (risos) que eu acho que melhorou... eu acho que se resolveu fazer tudo junto eee antes cê num notava nada, se cê tivesse ido, cê tinh/ teria percebido a rivalidade entre algumas das agentes de saúde, q-que... que alguma/ alguns agentes de saúde são mais nas/ na dele... e alguns querem que e-exista a confraternização e tal tal. Por exemplo, eles tavam... decidindo a cofra/ a confraternização do fim de ano, onde que onde que ia ser, aí uma agente de saúde falou “eu não vou... porquee ninguém é obrigado a ir, né” aí outras já... ficou i-irritada porquee “ah, maf/ (ininteligível) a gente se reúne só uma vez por ano e você já vem desse jeito” porque... aí-aí gerou uma pequena discussão, né, mas você percebe que u-uma não não faz... mais por causa da outra mesmo [uhum]... e eu acho que é na minha equipa que o negócio (o ACS fala rindo e sua fala se torna ininteligível) rola, são duas quee elas dees/ elas são as/ das mais antigas aqui no posto e elas sempre são, elas duas não se dão... mas fora isso é-ééé... fora essa rivalidade entre esses agentes de saúde, tá tá tudo dentro dos conformes, eu acho, eu também não sei de tudo.

41. Pesquisadora: Bacana. ãã e se dependesse de você, de novo, o que você acha que deveria ser mudado na ESTRATÉGIA de Saúde da Família, que é o programa geral?

42. ACS Gustavo: Cara, essa pergunta é muito difícil, viu? (risos) Porque eu não se/ sabe por quê?

43. Pesquisadora: Hum?

44. ACS Gustavo: Porque eu não tô nooo nooo emprego tempo suficiente pra poder saber se o programa de/ tá funcionando, eu ainda TÔ... tô vendo... e-e que que eu pude perceber? É

quee é totalmente diferente do que é/ do que uma pessoa de fora imagina que é. As pessoas elas pensam quee que elas tão lá só pra ganhar dinheiro, ela/ isso... é numa boca só, o agente de saúde não trabalha... (risos) porque eles pensam que a gente nã/ que a gente vai vim pra casa, mas/ E-EU ERA UMA DESSAS PESSOAS q-que achei que ganha aqui trabalhasse pouco, MAS É A GENTE TRABALHA MUITO, VOCÊ NÃO TEM NOÇÃO, a gente anda no sol eee eles também pensam que aqui dentro o povo não trabalha, mas existe u-uuuum um c-cronograma tão a/ tão bem-feito e apertado por cima, que ele-ele norteia aa tudo que a gente faz, ou seja, a gente nunca tá atoa, que que a gente vai fazer hoje? Que que a gente vai fazer amanhã? Não, porque o cronograma já tá lá, pra o cono/ o cronograma EXISTE e ele... e el/ e ele AINDA OBRIGA VOCÊ A FAZER, porquee tem a cobrança, aí eu acho que funciona. Agora... CERTEZA sobre isso e o que eu MUDARIA, eu não sei dizer, porqueee... eu tô há muito pouco tempo pra poder saber sobre isso. Ag/ eu acredito que se eu tivesse/ éé seria necessário uns dois ou três anos pra mim saber se isso realmente funciona. O que eu percebo... o que foi que eeeu a minha experiência aqui, eu só tive experiência com campanha de dengue e deeeeeee vacinação. A campanha de vacinação... eu acho EXCELENTE, EXCELENTE, porquee a gente não espera a pessoa vim ao posto, a gente vai lá. Até as pessoas que não con-conseguem se vacinar, elas vã/ a gente vai lá... a-aque/ as-as crianças, a gente vai na escola vacinar as crianças na escola. Teve aquela vac/ campanha de vacinação do HPV, foi feito uma-uma-uma campanha que eu fiquei BESTA, COMO ELES TIVERAM CORAGEM de fazer isso. A gente foi NAS ESCOLAS, a gente fez... papel, pra saber quem queria ser vacinante, a gente foi e vacinou todo mundo.

45. Pesquisadora: Que legal.

46. ACS Gustavo: Éé, a campanha de dengue, mutirão TODA SEXTA-FEIRA, que eu achei assim uma coisa incrível, porque eu num/ ACHEI QUE ISSO NÃO EXISTIA, mas-mas existe... por isso que eu disse que a-as pessoas têm uma-uma visão... quando ela tá de fora ela não se/ ela não entende a realidade do q/ do funcionamento do posto de saúde. Eles pensam que é só ooo só ficou doente, vim aqui e tratou, não, ele tem a questão do-da prevenção, que a-a nosso caso, tipo quando dá uma-um foco de dengue na minha área, MEU DEUS... É PAPEL PAPEL PAPEL e é eu indo lá todo dia pra ver se resolv/ (risos) se resolveu. Uma gestante, tô/ (suspiro) nossa, aqui quando tem uma gestante, se você ver, éé oo... o apoio à gestante é muito bom, a gente tem que ir toda semana lá, a gente orienta essa mulher... ssó/ SE ACONTECER ALGUMA COISA, porque p/ da/ não foi da Es/ do proble/ não foi da/ problema daa Saúde da Família, porque eu-eu acho que é m/ em relação à

gestante, CRIANÇA, ééé sabe que que eu/ pronto, achei um defeito... me lembrei (risos) é saúde mental... achei um defeito... se você percebe, existe programa pra tudo... mas não tem pra saúde mental... não tem pra saúde men/ a/ SE TEM, é uma coisa muitooo assim beem bem branda... eu acho que SE fosse pra melhorar alguma coisa, as outras coisas tá bem assistida, criança.. é a gente até pessoas do Bolsa Família a gente acompanha aqui pra ver se tá se nutrindo bem, né, éé gestante, pessoas idosa, éé... doenças crônicas éé aquelas contagiosas eee da quadra invernososa eee (ininteligível) a gente percebe que SIM, f-funciona e ele tenta fazer tudo aqui no posto, não encaminha. Agora o problema é a saúde mental mesmo, agora que eu percebi, porque eu tenho muita... muitas pessoas da minha área, que têm ps/ problemas de saúde mental, acho que a minha área que tem mais, porque é o pessoal mais/ eu acho que saúde mental é daquele pes/ das/ eu não tenho certeza, não sou profissional da área, mas é o que eu observo e que aquelas pessoas mais sozinhas eee que não tem parente e que tem uma que tem umaaa rotina muito apertada, elas tendem a desenvolver mais problema de-dessa área, pelo menos é o que eu observo. Por isso que a minha área quee tem mais pessoas nesse perfil, elas tendem aaa a procurar mais o posto por isso ee não existe orientação pras/ que-que diga, por exemplo, a mulher que tem o-o Outubro Rosa, do câncer de mama, da prevenção do homem, tudo, mas não tem doo doo da saúde mental. Tem/ a gente tem o Setembro Amarelo agora que é da-da-daaa prevenção, né, mas/ do-do suicídio, que muitas vezes é causado por depressão, outras coisas, mas a saúde mental mais especificamente não. Inclusive, tem famílias quee tem vergonha doooo parente que teem algum distúrbio, aí eu acho que que se-se fosse pra mudar alguma coisa, seria pra criar política, alguma política, ou então... programa queee que conscientizasse mais a população sobre a saúde mental... eee contratar tipoo eu tenho duas pessoas na minha área, porque elas querem porque querem tomar remédio controlado, mas elas não tem NOÇÃO doo doo oo que elas vão se tornar depois que elas começarem a tomar remédio controlado, porqueee mexe muito, você se torna... dependente... EU NÃO SABIA... das consequências, mas de tanto eu acompanhar que tomam isso, eu percebo que ela/ quando elas/ eu já v/ acompanhei uma pessoa que ela passou a tomar remédio controlado, eu percebi a diferença no comportamento dela, ela ficou... meio... lenta... eee as pessoas não s-sabem queee... sobre isso, elas não sabem que elas podem procurar serviço X ou Y pra depressão, no caso é o SPA⁹⁸ éééé que é o da UFC⁹⁹, que na universidade federal que disponibiliza de graça tratamento... psicológico ou então no CAPS,¹⁰⁰ que fica pessoas mais gra/ mais graves e elas não não sabem, por quê?

98 Serviço de Psicologia Aplicada.

99 Universidade Federal do Ceará.

100 Centro de Atenção Psicossocial.

Por que que elas não sabem? Hoje todo mundo sabe... campanha contra a dengue, todo mundo sabe ééé prevenção de corpo/ de-de câncer de mama, dee câncer de próstata, mas ninguém sabe tratamento dee... pra cabeça, né, porque não tem campanha. Se tem, é pouca. Aí eu acho que se fosse pra melhorar na naa Saúde da Família seria esse ponto, inicialmente, se tem outro, eu ainda não tô no cargo suficiente pra poder determinar oo/ identificar. Acho que é isso.

47. Pesquisadora: Mais alguma coisa que você queira falar, que cê lembrou que a gente tava conversando e achou que passou o momento, alguma coisa assim?

48. ACS Gustavo: Acho que não.

49. Pesquisadora: Pois então, Gustavo, muito obrigada pela sua entrevista/

50. ACS Gustavo: De nada, disponha.

51. Pesquisadora: (risos) e por você ter deixado eu a-acompanhar hoje você a tarde [tá bom] ô, de manhã. Obrigada.

APÊNDICE B – Primeiras entrevistas com pacientes

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 10 de janeiro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Carla	Idade: 22
Naturalidade: Meruoca	Tempo de uso do SUS: mais de 5 anos
Tempo de atendimento no CSF Oswaldo Cruz: 10 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Normalmente, quando você vai ao posto, qual o motivo da sua ida?*
2. *Carla: A maioria das vezes é quando meu filho tá doente OU quando é pra mim pegar meus remédios.*
3. *Pesquisadora: E o que você acha do atendimento que você recebe ali no posto?*
4. *Carla: Não muito legal.*
5. *Pesquisadora: Por quê?*

6. Carla: *Pessoal lá atende mal, é... como já... minha mãe já falou, é... não trabalham... de coração, trabalham mais é pelo... pelo dinheiro, eles não trabalham por boa vontade, eles trabalham no interesse por dinheiro.*

7. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os profissionais que atendem... lá?*

8. Carla: *Por educação... é... tranquila... de um certo ponto.*

9. Pesquisadora: *Mas como assim por educação? (risos da entrevistada) explica.*

10. Carla: *É sabe aquele ditado dee... educação a gente tem com quem merece? [uhum] pois é. Quando merecem, eu trato com educação, quando não...*

11. Pesquisadora: *Qual dos profissionais você acha mais fácil de conversar?*

12. Carla: *As enfermeiras.*

13. Pesquisadora: *E qual é o mais difícil ou os mais difíceis?*

14. Carla: *Os mais difíceis são as as meninas do balcão... e as da coleta.*

15. Pesquisadora: *Por quê?*

16. Carla: *Porque... são muito arrogante... elas que/ tem aquele ar de s/ de superior.*

17. Pesquisadora: *E por que que é mais de conversar com as enfermeiras?*

18. Carla: *(risos) Porque... a gente se sente mais à vontade conversando com elas, EU me sinto, né.*

19. Pesquisadora: *Como é o atendimento domiciliar, esse que você recebe em casa?*

20. Carla: *Bem... legal, o agente de saúde é bem legal.*

(A mãe da entrevistada interrompe a entrevista e dá sua opinião. Trecho retirado)

21. Pesquisadora: *E como você vê esse atendimento?*

(A mãe da entrevistada interrompe novamente a entrevista. Trecho retirado)

22. Carla: *Assim... sei lá... sei nem o que dizer.*

23. Pesquisadora: *Se você pudesse dizer de zero a dez, quanto é que você daria?*

24. *Carla: De zero a dez? Nove e meio. (risos)*
25. *Pesquisadora: Como é a comunicação com as pessoas que atendem do posto?*
26. *Carla: Digamos que normal.*
27. *Pesquisadora: Defina normal.*
28. *Carla: (risos) “oi, tudo bem?” Pronto, o essencial.*
29. *Pesquisadora: E, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*
30. *Carla: ... é... o pessoal ser mais educado, ser mais atencioso com os/ com os pacientes que chegam lá... só.*
31. *Pesquisadora: E se dependesse de você de novo, o que deveria ser mudado no PSF, esse programa que atende vocês no posto... do SUS?*
32. *Carla: O que poderia ser mudado... hm... ter mais medicamentos, ter... MÉDICO quando a gente PRECISASSE, que nem sempre TEM... é isso.*
33. *Pesquisadora: Mais alguma coisa que você queira falar?*
34. *Carla: Não.*
35. *Pesquisadora: Então, muito obrigada.*
36. *Carla: (risos) de nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 17 de janeiro de 2018

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Bárbara	Idade: 83
------------------------------	------------------

Naturalidade: Viçosa do Ceará	Tempo de uso do SUS: 30 anos
Tempo de atendimento no CSF Oswaldo Cruz: 30 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Então, quando a senhora vai ao posto de saúde, qual é a causa?*

2. Bárbara: *Fazer prevenção. Outro dia eu tava dormindo pouco, aí eu-eu fui lá, aí o rapaz/ o médico passou até um que viajou, que passou uns remédios, pa/ pra eu dormir, né, ee quando eu-eu me operei agora de-de vista, né, eu fui me operar em Fortaleza e aproveitei pa-pa fazer f-f-azer uma-uma-uma consulta com a geriatra, aí meu pediatra/ eu chamo é meu pediatra (risos), meu pediatra passou um remédio, eu tomar um comprimido, que eu tô muito magra, né... e... passou um remédio pra eu tomar um-um-uma parece uma petalazinha antes do almoço, antes das refeições, assim, onze e meia. Eu tomo, aí pra dormir, tomo um comprimido pra dormir, mas eu quebro assim e tomo só metade, que eu num gosto, eu gosto de dormir e saber que tô dormindo, n-não gosto de... e só isso e o/ que eu não tenho doença, né.*

3. Pesquisadora: *O que a senhora acha do atendimento lá do posto de saúde?*

4. Bárbara: *Menina, eu-eu é eu quando ia ali, era menor, nera, naquele tempo ali, era-era menor, eu acho assim, que hoje em dia tá aquele coiso ninguém entende, que no começo era assim, tem/ tinha aquela aquela sala, aquele aquele balcão ali era um salão grande e os consultório era tudo ali, desse lado. Hoje em dia tá tá, botaram assim aquela coisa, ninguém sabe, ninguém distingue, aí, como é. Só a pessoa que já é costumeira, né, chegando lá... aquela sala de prontuário ali, o Heitor, o Heitor que tem/ o Heitor é do meu tempo, né, eu era administradora e ele era a parte de-de fazer/ a Laura se aposentou de/ da parte da*

datilografia, né, aí disseram lá que eu saí lá do-do posto Oswaldo Cuz “não, você vai ali, vai receber a tarde o prontuário”, cheguei lá eu disse “olha, que que eu queria o prontuário”, o rapaz tava/ o Heitor tinha saído... e atrás do meu prontuário, a gente não achava e tudo, eu sei que eu disse “MENINO, AQUI TÁ UM HORROR, QUE É MAL ATENDIMENTO ESSE?” e num sei o quê. Aí a mulher disse assim “e o que que a senhora quer?” Eu disse “tá aqui este papel aqui, que ser/ que serve que eu tinha que pegar o prontuário”. “Não, num precisa não, fica aqui na fila”. Aí me levou, assim, passei pro (ininteligível) aquela sala de entrar no prontuário e fiquei naquela fila e fui atendida. Quer dizer, eu não sei qual é a (ininteligível) qual é/ por que é que precisava pe/ qual é a/ qual é a consulta que precisa prontuário ou não né... ee mas eu acho assim, tá tá bom porque porque lá dia de segunda-feira vinha o vinha o a a região todinha no meu tempo, nera, e-e pagava o ônibus prali, a-a do lado, e descia o pessoal que vinha de Santana, vinha da Guaraíra, do-do interior TODINHO, né, e dava conta, né, e a população era menor, né, agora/ e-e muito médico... e agora eu num entendo mais não.

5. Pesquisadora: *E como é a sua relação com os profissionais que atendem lá no posto?*

6. Bárbara: *Eles nã/ eu-eu num tenho/ tem gente que eu ainda ainda conheço, outras/ essa menina aqui, eu conheci a-a Laís, eu conheci agora, faz pouco tempo, minha minha atendente era a Rosa, que ela faz mais tempo, a Laís tá começando agora, né... a Rosa que ela vinha deixar, ninguém/ ela vinha “aqui, sua-sua prevenção”, vinha pra evitar a gente, quando “não, tem uma prevenção”, ia lá no posto, aí eu nem fui, né, é por isso que ela veio deixar. A menina fez a prevenção, ve/ bateu a mamografia, eu, como não tava sentindo esse negócio, nu-num fui pra prevenção, né... que da outra/ no ano passado eu bati, ela chegou do mesmo jeito que a menina chegou, a Laís fez, deixou aqui, ma/ mas já tá um pouco atrasado, né... e... aí, que eu fosse bater lá na-na clínica e a gente chega lá, MARCA, como é-é do SUS, aí demora mais, né, mas num tô com nenhum problema, né, não tem, graças a deus, num tem nada.*

7. Pesquisadora: *Pra senhora, qual profissional é mais fácil de conversar? ... de se comunica?*

8. Bárbara: *Minha filha, eu tenho experiência própria... MÉDICO só fala com a gente, só dá um bom dia, quando a gente tá/ principalmente pra funcionário, quando tá tra/ a gente tá trabalhando pra ele, f/ dando consulta, que de primeiro tinha um credenciamento nos consultório né, aí quando/ “ow, meu amor, agora você vai dar consulta pra mim, né?”*

“Cleber, eu não te disse que eu ia/ eu num te disse que/” eu disse assim, “tu vai dizer/”, já até morreu o doutor Cleber. Eu digo, “oh, o doutor Cleber agora/” o atendimento aqui, quando ele chegou “ow, meu amor, você vai agora dar/”. Aí chegou chamando meu nome. “Diego, eu não te DISSSSE?” Aí o Diego olhou “que ia chover ontem?” Aí despistei assim a coisa, mas é-é assim, ele só dá v/ o João, que é/ a/ o/ era lá o diretor lá do-do posto do-do INPS... ele num falava com ninguém não. Chegava lá... era, assim, TODO coisado, aí TODO MUNDO CORRIA, “lá se vai o João”. Quer dizer, a gente num sabia que tinha os direito da gente, né, que a gente nã/ num é escrava... aí eu fui desse tempo, mas toda vida eu fui muito... muito consciente do meu dos meus de/ pe/ dos meus direitos, quando a gente tendo a informação a gente tem o poder.

9. Pesquisadora: Então, pra senhora, qual é o mais fácil de conversar, de ter um diálogo?

10. Bárbara: Nnnã/ eu pouco eu pouco consulto lá, porque eu num eu-eu tenho meu plano de saúde, né, a/ e vou na-na nas clínica, né, mas agora pessoal não quer, porque Denis, era eu quando eu-eu... quando eu-eu... eu trabalhava lá, eu ia lá no consultório dele, fazer o coiso, mas outro dia eu telefonei “quanto é o Denis? Uma consulta?” “É TREZENTOS reais e o exame é duzentos”. Quer dizer, quinhentos reais (ininteligível) uma coisa assim, que-que...

11. Pesquisadora: Então, quem é o mais dif/ pra senhora, qual é o mais difícil de conversar, de ter um diálogo? O mais fácil a senhora (ininteligível)/

12. Bárbara: Não, o doutor César aqui, ele-ele, quando era no tempo da mamãe, que a mamãe era minha dependente, chegava lá e já sa/ e-e eu ia lá no consultório n-n/ ela num vinha aqui não, ele ia em casa. Cento e cinquenta. Nesse tempo era a/ uma consulta era/ indo no consultório era cem, né, ia lá em casa era cento e cinquenta, né, que ele passava os remédio, aí quando terminava o remédio, que chegava aqui, ele passava o cartão e/ mas num num/ outro dia, eu fui nessa cirurgia, fui lá, dei o/ a minha (ininteligível) “Bárbara, tu traz logo teus exame TUDIM pra fazer aí, porque aqui é mais difícil”. Peguei os exame que/ da menina ditou pelo telefone, cheguei lá, a menina passou TUDINHA, aí ele bateu e eu... fui fazer o exame com o doutor Jonas, que é muito bom ele, competente também. E fiz, fiz os exames lá no doutor Sandro, quer dizer, ninguém vê o doutor Sandro, vê vê as enfermeira dele, que são a/ que são... são treinada praquilo, né... e, doutor César, me dá as consulta e eu vou fazer no-no na parte do-do dele... aí eu vou ver se quando eu for lá eu vou perguntar se tem alguma, assim, prevenção. Acho que tem o-o Bernardo. É assim, né, tem alguma coisa, né, aí, né.

13. Pesquisadora: *Como é o atendimento domiciliar?*

14. Bárbara: *Atendimento domiciliar, essa menina tá começando agora, né, a Rosa vinha aqui... a mãe da Rosa era agente de saúde da minha mãe, a minha mãe morreu em dois mil e seis com CENTO E TRÊS ANOS e a-a... a mãe dela ia lá em casa, ali, ali... cê sabe onde é a casa do paciente?*

15. Pesquisadora: *Uhum.*

16. Bárbara: *Sabe?*

17. Pesquisadora: *Uhum.*

18. Bárbara: *Pois é, a minha casa era ali e ela ia lá, fazia a-a-a tirava a pressão, tudo, fora o doutor Diogo que ia lá sempre, né... ee ela levava a vacina e eu me vacinava lá no/ quem me vacinava era a... a mãe da Rosa que era a agente de saúde da mamãe, que a gente era cuidadora dela, né, quer dizer, passa na-na gente tava-tava/ eu, a Liana e a mamãe se vacinava lá em casa... quer dizer, era uma coisa assim, mas a pessoa (ininteligível) que ela, com certeza... ela-ela não tem, não sei como foi que ela/ porque eu já conheci ela aqui, né, não sei qual é a/ qual é o... qual é assim a-a o estado que el/ assim, ela era personal trainer numa... numa academia. Quer dizer, ela num tem essa coisa de vivência de cois/ mas ali as menina, eu gosto muito delas ali. Eu, quando vou pra lá, ela são, tem umas que são teimosa, que vão assim a botar os bolo... aí fica ali botando uma coisa assim “minha filha, quando a gente vai fiz/ fazer o bolo, a gente bota assim numa numa mesa quase maior, porque o pessoal fica tudo comendo ali e não sai, num sai, as comilona, as gorda ficam tudo perto da mesa e a e a gente só po/ cheg/ assim como eu que sou maguinha, só posso botar o braço assim”. “Não, mas aqui é que tá bom, aqui é que tá bom”. É umas coisa assim, aí quando não assistiu, a Rosa assim “não”, aí eu chego “Rosa, olha aí como tá dentro do buraco, cheio de cheio de areia aí”. Porque ess/ ess/ é cimento né, custa nada, aí disse as/ aí ela disse assim, “por que isso aqui/ tá bom de botar aqui pra cima”, aí num instante botaram, que a Rosa mandou, aí é o tipo da coisa que...*

19. Pesquisadora: *Como é a sua comunicação com os profissionais que atendem lá no posto?*

20. Bárbara: *A minha comunicação (ininteligível) eu gosto muito delas todinhas... elas tão/ elas são muito/ agora tem uma meninazinha ali, que-que-que... uma vez eu fui/ a menina pa/ essa menina foi fazer uma vistoria nos dente dela, né... aí tinha a doutora, NUM SEI se a*

doutora tava dentro. Eu sei que eu olhei aqui, quando lá se vem a menina que chamou a menina pra entrar se a doutora ta/ tava/ ia ficar ali perto do dentista, né... ee eu num sei se ela tava dormindo ou o que era, só sei que quando eu vi abrir a porta lá de dentro e mandando a menina entrar e lá esperando foi muito. Ali, só essa coisa mesmo, mas os outros num... eu pouco ando lá, só mais assim quando eu tô...

21. Pesquisadora: Se dependesse de senhora, com base no que a senhora já viu, tem a sua experiência, o que a senhora mudaria no atendimento hoje?

22. Bárbara: Botava placa. “Consultório tal”, horário, tá entendendo, que a pessoa chega lá num sabe nem perguntar a quem, né, que ali é o do/ no-no nosso tempo, tinha tinha menos gente, né, menos gente, e/ mas os consultório era tudo aqui na-na parte aqui... e a gente sabia, né, e... tem que ter uma coisa assim, a gente num sabe onde é que é o banheiro... num sabe onde é que tem/ podia ter “banheiro”, aí botava a-a ficha, comé, a seta, né. Essas coisa aí que-que pra uma comunicação, é, uma sinalização é uma comunicação boa, né.

23. Pesquisadora: Mais alguma coisa que a senhora mudaria no atendimento?

24. Bárbara: ... eu-eu a/ e outra coisa que eu num sei quem é a/ a chefe de lá, né... porque a pessoa, a pessoa pra fazer chefe/ ter uma chefia desse jeito, tem que ter uma experiência, né, se ela já vem de outra parte, tudo, eu já tinha experiência porque eu já vinha muitos anos sendo substituta, né... e lá a gen/ botava as coisa todinha, ficava... ficava/ botava as placa onde era que tinha banheiro, cantina, que tinha até cantina lá dentro... e mas era tudo comunicado com com/ sala de prontuário, tinha uns (ininteligível) prontuário tudo. Tudo era-era-era com placa, né.

25. Pesquisadora: E, novamente, se dependesse da senhora, o que/ o que a senhora mudaria no na Estratégia de Saúde da Família, que é esse programa do SUS que atende vocês no posto de saúde?

26. Bárbara: Essas coisa assim, é/ um/ a gente chega lá, ninguém sabe onde é/ onde é... assim, a sala do m/ da pessoa que (ininteligível) num tem, num tem, num tem nem uma coisa assim pra-pra saber. Tem uma sala assim que a gente entra aqui pela porta, aí aqui tem vacina, tem vacina aqui, tem dizendo, né... aí outro dia eu fui atrás de assim, é “a Celina, onde é que a Celina tá?” Aí... aí eu fui até numa sala, até num sei aonde atrás dessa Celina... né, pa-pa conversar, s-s/ conhecer. A Celina eu já conhecia, que ela foi professora do do meu menino, o meu menino já tem/ já é formado, né... e ela trabalhava lá no Centro

Sobralense ali... onde é o Farias Brito hoje. Aí fui atrás da Celina. “Celina, onde é que tu/” “aqui nesse-nesse coiso aqui”. Quer dizer, num tem assim o-o que que a Celina faz, eu não sei, quer dizer, ninguém sabe o que que/ ela é enfermeira, né, mas num sei qual é a a habilidade dela... só só essas coisa de-de saber o que que tem daquele lado ali e dizer o que é que tem e qual é a especialidade... de primeiro eu marcava a consulta com o doutor... doutor... Sebastião. Eu marcava, a Joana marcava a consulta, né, e quando a gente chegava lá... era atendimento por ordem de chegada, né, tinha uma mulherzinha aqui que tinha uns pré-câncer, pré/ pré-câncer, aí eu levava ela... marcava, aí quando eu batia a segunda ou é três, ela ainda foi, a terceira, ela não foi mais. Aí depois, tav/ fui atrás... PRA MIM... aí disseram “não, cê tem que ser encaminhada pelo-pelo médico”. Quer dizer, pra tornar mais difícil. Eu tô/ se eu tô com a ferida aí eu eu quero/ olhai, eu tô com issaqui... tantim assim. Aqui... uma casca grossa, é porque eu já arranquei... aquela aquela coisa como se fosse assim uma uma CERA em cima. Esse outro aqui... esse aqui ollha, esse aqui... esse aqui se eu arrancar a casca/ eu já arranquei, pra deixar, porque tava aquela coisa grossa e-e incomodando... issaqui vai precisar queimar... eu já fiz um-um um aqui que já começou a levar muito sol, levei muito sol, como é que eu sou, toda cheia de-de-de caroço... (ininteligível) da cirurgia, desde a cesariana até, que aqui eu num tinha veia, né, é daqui... aí eu/ issaqui a Kelly, que é credenciada, a Kelly já trabalhou lá, ela hoje trabalha na Meruoca, num sei aonde, num sei aonde. Ela é-é/ ela é funcionária, né, e trabalhou na Meruoca e-e num sei aonde, e ela que fez essa queimação aqui, mas... aí fez foi nascer aqui. Issaqui é uma-uma coisa... este aqui é um ca/ é uma coisinha alto-relevo... quer dizer, tem um bocado de coisinha aqui, aí eu tirei issaqui que fez uma-uma/ tirou um pedacinho aqui, botou a emenda, né, que assim, essa parte aqui, aí eu pedi pra ele pra ele tirar... bem aqui tem uma... uma... num sei onde foi que ele que ele tirou... aqui... aqui, ele tirou aqui, tirou a/ tinha uma coisinha, ele disse assim “eu vou tirar aqui... o-o coiso assim que tiver mais... mais, ma/” aí depois esse aqui piorou.

27. Pesquisadora: Pois, Bárbara/

28. Bárbara: Vou ter que tirar issaqui queimando, esse aqui também. E aqui ó, tá nascendo outro bem aqui, num tá nascendo? É igualzinho a esse aqui. Esse aqui/ cê pode passar a mão, aqui, ela é assim, como se fosse assim [ah, é] uma coisa, e se eu fa/ fizer uma coceirinha aqui... ele-ele... ele fica branco, esbranquiçado. Aqui eu tenho outros aqui, que issaqui pra-pra-pra/ sinal, né, num-num gosto, assim, só aquela coisinha com gelo seco. A

Kelly que primeiro/ eu já fiz duas vezes essa que/ essa queimação com ela. Issaqui quem fez foi o cirurgião plástico, o doutor Celso e eu pagando, né.

29. Pesquisadora: Pois, Bárbara, muito obrigada pela entrevista.

30. Bárbara: *Ow beleza.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 06 de fevereiro de 2018

Dia da semana: terça-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Andressa	Idade: 52
Naturalidade: Sobral	Tempo de uso do SUS: 2 a 3 anos
Tempo de atendimento no CSF Oswaldo Cruz: 2 a 3 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Por que você vai ao posto normalmente? Qual é o objetivo, a causa?*

2. Andressa: *SEMPRE quando eu tô sentindo dores, porque eu tenho três hérnias de disco, eu tenho problemas de enxaqueca e já me apareceu um problema no meu seio, então lá, graças*

a deus, eu encontro um pouco mais de facilidade de fazer isso sem que precisar que eu desembolse tanto dinheiro, porque cada consulta particular que a gente faz é um absurdo, cada exame que é preciso a gente fazer também é um absurdo, então por conta disso eu procuro sempre o posto quando eu ne/ REALMENTE preciso tanto pra mim quanto pros meus filhos eu procuro o posto.

3. Pesquisadora: O que você acha do atendimento que você recebe?

4. Andressa: O atendimento é bom, não é ruinho não, a pior parte é/ não é nem que dependa deles que estão lá dentro, não sei, acho que é do sistema né, como dizem, porque tudo que se procura no posto de saúde, principalmente aquele da Oswaldo Cruz, lá tem tudo quando se precisa tá faltando, então se precisa de um otorrino, lá tem, mas ele não veio hoje, vem amanhã, venho, ele não veio, ele faltou, então tem muito essa história que as meninas lá dentro TENTAM ajudar a gente, com certeza tentam, mas infelizmente elas também não tem muita coisa que elas possam fazer; porque elas também não podem resolver tudo, né, e que depende dos outros e os outros tão muito descansado pra poder ajudar.

5. Pesquisadora: Como é a sua relação com as pessoas que atendem lá no posto?

6. Andressa: Ótima, graças a Deus eu sou muito bem atendida pelas meninas lá. Quando eu chego lá que eu realmente necessito de alguma coisa, que TEM algum médico, algum profissional pra me atender, graças a deus eles me atendem muito bem, graças a deus.

7. Pesquisadora: Pra você, qual é o profissional mais fácil de você conversar?

8. Andressa: Eu acho mais fácil conversar com as agentes de saúde, elas são as pessoas/ elas são, elas são as, acho que elas são mais humanas, elas dão mais atenção, quando a gente chega ali elas dão mais atenção à gente.

9. Pesquisadora: E, de novo, pra/ na sua opinião, na sua experiência, qual o mais difícil de conversar?

10. Andressa: O mais difícil que eu acredito que seja realmente com os profissionais, OS MÉDICOS, porque eles, além deles, NUNCA tarem assim, geralmente quando eu preciso, tô falando de mim né, quando eu preciso ele não tá lá, quando eu consigo falar com ele/ quando eles estão lá, é uma demora sem fim pra atender a gente. Hoje mesmo eu estive lá, o médico tava, praticamente, lento, acho que ele não tinha acordado ainda, 9 e meia da manhã e não tinha acordado ainda, lento, lento, lento, lento como se não tivesse ninguém lá fora

esperando por ele... isso é chato. A gente tem tanta coisa pra fazer em casa também, né, já tá doente né ainda tem os problemas de saúde da gente, ainda tem os problemas que a gente tem que resolver e passar uma manhã ou uma tarde todinha no posto de saúde por uma consulta é complicado... né.

11. Pesquisadora: Como você vê o atendimento domiciliar?

12. Andressa: Apesar de não ter/ ainda não ter muito a-atendimento domiciliar, eu não posso nem lhe dar/ lhe dizer porque eu não recebi ainda nenhum atendimento, assim, não tive a necessidade de receber nenhum atendimento domiciliar ainda, graças a deus.

13. Pesquisadora: Como é a sua comunicação com as pessoas que atendem lá no posto?

14. Andressa: Comunicação como?

15. Pesquisadora: O diálogo.

16. Andressa: Não, são bom, [o contato] a gente sempre quando eu chego lá eu converso, eu pergunto, elas sempre me respondem direitinho o que tem e o que não tem, e às vezes vou pra lá, mas não consigo falar porque o médico não pode vir, que teve algum problema de saúde, algum problema particular não sei direito, mas me avisam direitinho, é bom, é bom sem dúvida nenhuma é bom.

17. Pesquisadora: E, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?

18. Andressa: No atendimento... sei lá mulher, elas já são tão legais, as pessoas que tão por lá, um pouquinho de atenção seria bom, né, dar mais um pouquinho de atenção, eu sei que são/ é muita gente, que elas tem que atender né, mas dar um pouquinho mais de/ informar a gente melhor, as coisas, seria melhor se elas conseguissem informar a gente melhor, mas o pior é que muitas vezes é como elas dizem “não tem como eu lhe informar porque a gente também não sabe” então fica complicado, então não tem nem como eu dizer que o atendimento delas é bom ou ruim por conta disso, porque não depende só delas, depende de outros né, então é isso.

19. Pesquisadora: E, de novo, se dependesse de você, o que seria mudado no Programa de Saúde da Família que é o sistema?

20. Andressa: Eu acho que deveria existir mais profissional, com mais disponibilidade pra atender a população e claro que isso aí é um problema que é como eles dizem a gente não

recebe pra isso o suficiente pra isso, pois que eles procurem né os/ ajudar os profissionais nesse sentido, de pagar melhor, de dar mais oportunidade pra eles, de dar mais é ó é como pe que se chama... pra eles poderem trabalhar porque ó, no ano passado eu precisei fazer uma-uma... uma prevenção, a moça tava com dificuldade na folha, não tinha folha o suficiente pra ela preencher os dados da gente pra ela fazer a prevenção, então não tem o lugar adequado pra isso, as/ aquelas salas são muito mal/ assim muito mal conservada, hoje mesmo eu tava lá esperando o médico, o médico tava com a porta praticamente aberta porque o trinco da porta não tem trinco, então eu acho assim é médico, de uma certa forma tem uma éé, como eu posso chamar... uma privacidade, eu acho que deve existir uma privacidade entre médico-paciente e os pacientes que estão lá fora esperando. Então o médico que tava atendendo a paciente lá dentro, quem quisesse ouvir o que eles tavam conversando, lá fora podia ouvir porque NÃO TINHA TRINCO, tinha trinco, mas o trinco tava quebrado. Então é isso, então é/ eles não podem, eles não tem como atender a gente da devida/ como tem que ser exatamente porque num/ eles não tem como, como é que atende no consultório onde não tem nem uma maca direito pro paciente deitar, não tem uma roupa pro paciente trocar, não tem um trinco de uma porta pra fechar a porta do-do do médico. Então era isso, era bom que, pelo menos, eles ouvis/ olhassem um pouco sabe a condição que o médico tá naquele posto de saúde, porque não tem segurança ele, não tem segurança os pacientes, então fica complicado, é bastante complicado né?!

21. Pesquisadora: Só mais uma pergunta, como você vê essa rotatividade de profissionais no posto? Essa troca?

22. Andressa: Olha eu acho isso um absurdo, hoje mesmo eu fiquei sabendo que o mastologista, que o meu gi, meu gineco, mastologista, o-o endocrinologista e o meu neurocirur/ neuro/ neu/ [neurologista] o meu neurologista que me atende há mais de dois anos na policlínica saiu, “quem é que tá no lugar dele?” “ainda não se sabe” e eu tô com uma consulta pra ser marcada com eles, um retorno com eles desde outubro, ainda não consegui e agora não vou mais conseguir porque eles não estão mais lá, tá entendendo, e fica complicado o posto de saúde porque do mesmo jeito a gente é atendida-atendida por uma-uma médica, ela pede todos os exames, qua/ quando QUANDO o exame sai que a gente vai mostrar já tem trocado de médico, aí começa tudo de novo, aí começa tudo de novo e nisso vai, então nunca você pode dizer que o senhor conhece a minha história, você não conhece meu histórico, não conhece porque cada vez que se vai lá é um... um profissional diferente. Eu acho isso um absurdo, era tão bom que eles vissem direitinho né, AJUDASSEM os

médicos também, os profissionais a ajudar a gente, que se eles recebessem ajuda, com certeza eles também ajudavam a gente, com certeza ajudariam, mas aí fica complicado né, porque eles não tem ajuda, e como é que ele vai ajudar a gente, né, fica complicado.

23. Pesquisadora: Então muito obrigada.

24. Andressa: Nada.

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 10 de janeiro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Cauã	Idade: 44
Naturalidade: Fortaleza	Tempo de uso do SUS: 15 anos
Tempo de atendimento no CSF Oswaldo Cruz: 8 ou 9 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: Quando você vai ao posto, por qu/ qual o motivo que lhe leva a ir lá?

2. Cauã: *Geralmente é alguuum/ que eu tenho poblema do meu... GASTROintest/ gastrointestinal, né, aí normalmente eu sinto... muito refluxo, aí quando tem umas crise forte eu vou lá... pra ver o que que o médico fala, se ele passa outro, um medicamento novo, alguma coisa, geralmente é por causa disso e pra fazer/ geralmente é pra fazeer check-up né, exame pra saber como tá o colesterol, a...*

3. Pesquisadora: *O que você acha do atendimento que você recebe lá no posto?*

4. Cauã: *Rapaz, hoje tá bem melhor, antigamente era era cruel.*

5. Pesquisadora: *Por quê?*

6. Cauã: *Tinha uma mulher lá, umas senhora lá que era mei... elas parece que tava fazendo era favor pra gente... mei GROSSA, num dava atenção, hoje o pessoal é mais educado, mais... mais atenção com a gente.*

7. Pesquisadora: *E como é a sua relação com as pessoas que atendem... lá?*

8. Cauã: *Hoje é melhor... mais... mais simpático, né, mas no começo mesmo assim, uns cinco anos atrás, que era o pessoal mais velho... que agora tá tudo mudando né, u-uns dois anos mudou um bocado de gente lá, melhorou bastante, que antes era...*

9. Pesquisadora: *Qual d-dos profissionais você acha mais fácil de conversar?*

10. Cauã: *Agente de saúde.*

11. Pesquisadora: *E qual você acha mais difícil?*

12. Cauã: *Coom o pessoal da marcação.*

13. Pesquisadora: *Por quê?*

14. Cauã: *Porque eles não dão muita atenção e eles/ você vai perguntar qual é o tempo de espera e já fala assim como se perdesse a esperança, sei lá, falou que a gente ficasse esperando, que ia dar certo, eles num dão atenção, num tem uma estimativa, num tem nada.*

15. Pesquisadora: *Como é o atendimento domiciliar, em casa?*

16. Cauã: *É bom, o agente de saúde sempre vem aqui, uma vez por mês, duas vez, dependendo... nossa frequência lá também né... geralmente a gente num tem tempo de ir lá, né, comércio é corrido, só nós dois aí... é complicado.*

17. Pesquisadora: *E como você vê esse atendimento?*

18. Cauã: *Dele?*

19. Pesquisadora: *É.*

20. Cauã: *Bom... atencioso... sempre pergunta como que a gente tá... isso ele né, porque antes tinha uma mulher que ela sss/ acho que ela veio aqui uma vez, ela passou sendo um ano aqui sendo agente de saúde daqui... do bairro aqui, dificilmente ela andava aqui.*

21. Pesquisadora: *Ééé, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

22. Cauã: *... ai ai, agilidade, né, da-da das consulta... marcação das consulta... o atendimento hoje em si tá bem melhor, o problema é exatamente é porque demora às vezes, uma consulta, a demanda mais alta do que a gente... a gente pode suportar... mas fora isso, o atendimento é bom, HOJE é bom.*

23. Pesquisadora: *E como é a sua comunicação com os profissionais que atendem lá?*

24. Cauã: *... é pessoal, né, direto, né... a gente tenta se comunicar da melhor maneira possível, mas... às vezes é que nem voc/ como eu falei, antes era difícil, porque o pessoal se achava, tem/ tinha lá uns veteranos lá que num dava muita atenção pra gente, a gente ficava meio chateado, a outra... tem mais diálogo.*

25. Pesquisadora: *Eee, se dependesse de você de novo, o que deveria ser mudado na Estratégia de Saúde da Família, no SUS de modo geral?*

26. Cauã: *É porque assim, eu vejo que os médico até fazem visita, mas eles só faz visita em casos... IDOSOS ou criança, a gente que fica no meio termo a gente num tem atendimento médico, o médico não vem visitar a gente, quem vem é só o agente de saúde, essas coisas, acharia que o médico poderia vim visitar o... pessoal da... que fica no MEI d-das crianças e d-dos idosos, né, é difícil. E-eu acho que aqui nunca veio mesmo um médico aqui não, aí a gente chega lá dia de sexta-feira, “ah, o médico foi fazer visita hoje... pros paciente”, como se ele nunca nem foi lá em casa? Por aí, mas é porque só vai visitar/ acho que ele só visita gestante e criança, né, e e idosos.*

27. Pesquisadora: *Pois, Cauã, muito obrigada.*

28. Cauã: *Bem.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 10 de janeiro de 2017

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Erison	Idade: 53
Naturalidade: Itapajé	Tempo de uso do SUS: 10 anos
Tempo de atendimento no CSF Oswaldo Cruz: 10 anos	

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Por que você vai ao posto normalmente?*
2. Erison: *Porque a gente quer/ a partir de agora a gente tem que acompanhar né, pa/*
3. Pesquisadora: *Mas qual é a sua a sua condição médica? Você é hipertenso?*
4. Erison: *Sou sim, sou hipertenso e soou diabético.*
5. Pesquisadora: *O que você acha do atendimento que você recebe aqui no/ lá no posto?*
6. Erison: *Quando era essa moça que descobriu DEZ, aí ela saiu, entrou outra, ZERO, que num vinha nem aqui, esse aí é dez também... a outra que saiu que entrou no lugar, ninguém*

nem conhecia ela, ela nunca veio aqui, esse aí tod/ QUASE TODA semana ele passa, querendo saber como tá, se tá precisando de alguma coisa, se a re/ agora cê viu ele perguntando se a receita ainda tá em dias... esse aí é bem cuidadoso com a gente.

7. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os outros profissionais lá do posto?*

8. Erison: *Não, em eles atende a gente bem, tem problema não, chegando lá a gente é bem atendido.*

9. Pesquisadora: *E qual dos profissionais você acha mais fácil de conversar na sua opinião?*

10. Erison: *Como assim?*

11. Pesquisadora: *O mais fácil de você ter um diálogo, de você conversar, de você ter uma relação?*

12. Erison: *Não, porque assim, só quando a gente precisa que vai lá, né.*

13. Pesquisadora: *Mas mas qual dos profissionais? Médico, enfermeiro, dentista, agente de saúde, técnico de enfermagem, qual é o [não] mais fácil de conversar?*

14. Erison: *Começa por ele aqui, né, pra gente chegar até lá começa por ele aqui.*

15. Pesquisadora: *E qual você acha mais difícil?*

16. Erison: *Não, depois/ porque quando a gente chega lá a gente a gente chega lá que não é encaminhado por ele aí, é sempre mais demorado, quando já é encaminhado não, chega lá não tem nada difícil, é ligeiro.*

17. Pesquisadora: *Como é o atendimento domiciliar, aqui na na casa de vocês?*

18. Erison: *Aqui é bom, é.*

19. Pesquisadora: *E como você vê esse atendimento?*

20. Erison: *É bom, é bom porque/ né o que eu tô dizendo, eu era doente e não sabia, aí quando a moça chegou, aí eu disse “não, issai dá um trabalho danado, a gente chega lá num é atendido” e tal, aí ela disse “não, eu ajeito pra você”. Quando ela chegou foi com a papelada todinha, que eu fui, cheguei lá levei foi uns cartão do médico, que ele disse assim que a gente não procurava o médico só quando tava morrendo, tem que PREVENIR, digo, mas eu não sabia que era doente.*

21. Pesquisadora: *Como é a comunicação sua com as pessoas lá do posto?*
22. Erison: *É boa, a gente só vai lá quando precisa, né (risos) chega lá é bem atendido, num é mal atendido não.*
23. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*
24. Erison: *... o que deveria ser mudado COMO assim?*
25. Pesquisadora: *Ah, é, se/ que que po/ que que você acha que deveria ser mudado pra melhorar?*
26. Erison: *Não, é do jeito que eu tô lhe dizendo, é-é com a com a ajuda deles aí a gente chega lá num tem num tem nem o que reclamar, é rápido, é bem atendido... tem aquela espera porque chega lá e tem alguém na frente e tem que esperar, mas...*
27. Pesquisadora: *E de novo, se dependesse de você, o que deveria ser mudado na no SUS, na Estratégia de Saúde da Família, que é esse atendimento [em geral] isso.*
28. Erison: *É, em geral precisava/ é porque a gente não pode ver só o lado da gente né, tem que ver o lado, era... tem muita gente morrendo à míngua aí né... você sabe disso, né, então precisava de alguém se preocupar mais né... os... representantes, né, os governantes.*
29. Pesquisadora: *O que você acha que deveria ser feito?*
30. Erison: *Só deus, porque do jeito que nós tamo, que o Brasil tá, é difícil, viu...*
31. Pesquisadora: *Então, muito [só deus na causa] obrigada.*
32. Erison: *Bom dia.*
33. Pesquisadora: *Bom dia.*

APÊNDICE C – Primeiras entrevistas com profissionais de saúde

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 11 de novembro de 2017

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Aparecida

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Camila	Idade: 44
Naturalidade: São Paulo	Profissão: Agente Comunitária de Saúde
Tempo de exercício da profissão: 9 anos	Tempo de exercício da profissão no CSF Aparecida: 9 anos

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *ACS Camila: Eu acho um atendimento MUITO bom, viu, porque quando as pessoas vêm, né, com seus problemas, as enfermeiras, os médicos tentam resolver e sai daqui resolvido, viu, o paciente MEDICADO ou então ENCAMINHADO. Eu acho muito bom o atendimento.*

3. *Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?*

4. ACS Camila: *Minha relação com pacientes é uma relação... que eu procuro ter ÉÉTICA, né, e procuro ser amiga. Eu tenho ética e amizade. É uma relação muito boa, eu dou meu telefone a eles, porque quando eles precisa, eles me telefoona ou então passa whatsaaapp. Eee todo dia eu passo pela minha área, né, então se eles precisa de mim, eles me chamam, minha relação é MUITO boa com meus pacientes.*

5. Pesquisadora: *Como considera que é a sua comunicação com os usuários?*

6. ACS Camila: *Com os usuários? Eu cons/ eu considero minha comunicação boa, porque eu tento passar pra eles todo o cronograma do posto, né, éé dos dias da semana o que é que vai te/ qual é o dia que o médico está, qual é o dia do dentista, eu acho muito bom minha comunicação. Considero boa.*

7. Pesquisadora: *Qual é a regularidade de retorno dos usuários?*

8. ACS Camila: *Quando é remédio é controlado ou de pressão, geralmente são trinta dias, mas tem pacientes todo dia quer tá aqui no posto (risos).*

9. Pesquisadora: *Cê sabe as causas pra isso?*

10. ACS Camila: *Mulher, eu acho que eles GOSTAM de vim po posto, pelo menos pa conversar. Eu acho que eles querem é conversar, tá entendendo, aí todo dia eles vêm aqui. Aí diz que tá com dor de cabeça, inventa alguma dor, eu acho que é mais assim por alguma carêência, que deve num ter ninguém em casa pa conversar aí eles vem pra cá, só pode.*

11. Pesquisadora: *Como você vê o vínculo terapêutico?*

12. ACS Camila: *Com/ como assim o vínculo terapêutico?*

13. Pesquisadora: *A relação entre profissionais de saúde e pacientes, nesse vínculo.*

14. ACS Camila: *Hm, eu acho assim que eles TEM vínculo com os pacientes. Eles conhece, tanto médico como enfermeira SABEM quem são seus pacientes, eles procuram... conhecer, eu acho o vínculo muito bom.*

15. Pesquisadora: *Como você vê a rotatividade de profissionais na unidade?*

16. ACS Camila: *Ô... amor, infelizmente, a gente às vezes não quer se apegar, né, mas os profissionais vêm, aí passa um ano, dois ano, aí acaba saindo. Agora a gerência é só dois anos. To/ de dois em dois ano agora está mudando, no momento vem uma gerente nova pra*

cá. Eu acho assim, o agente de saúde é o que fica todo tempo no posto, porque ele tem que morar na área... eee eee tem que residir na área e sempre que eu/ assim, eu comecei a trabalhar aqui, já faz nove ano que eu estou aqui e teve muita mudança já de vários médicos e enfermeiras. É uma rotatividade que eu digo assim “eu não vou mais me apegar”, porque acaba mudando, INFELIZMENTE é assim, o sistema, a gestão é assim, muda.

17. Pesquisadora: E como você acha que isso a/ que isso é visto pelos pacientes?

18. ACS Camila: Ah, mulher, eles acham tão ruim, que eles se apegam também às pessoas, “ah, eu gostava tanto da enfermeira tal”, aí eles ficam resistente quando chega outra enfermeira, mas depois acaba se acostumando.

19. Pesquisadora: Éé, na sua opinião, quais são os fatores praa/ que facilitam e que dificultam pra que esse vínculo sejaa f/ consolidado, seja feito?

20. ACS Camila: Assim, eu acho que o o que facilita éé a frequência deles aqui no posto, né, vindo se consultar, eles ficam MAIS amigos dos dos médicos, dos enfermeiras, aí melhora a... o vínculo. E o que dificulta é SE ELES NÃO VIEREM, aí eles não vão conhecer os pa/ os-os-os profissionais.

21. Pesquisadora: Éé, como você vê o atendimento domiciliar?

22. ACS Camila: Aa... o atendimento domiciliar eu acho muito bom, viu, porque a gente leva os profissionais na casa do paciente, né, aí lá o paciente expõe o que está sentindo, né, o médico dá o diagnóstico e depois a gente tem um feedback com o doutor, né, se o paciente não melhorar, ele vai de novo lá na casa do paciente. Eu acho MUITO boa a visita domiciliar, que GERALMENTE é para os acamados.

23. Pesquisadora: Como é a sua relação com os demais profissionais aqui do posto?

24. ACS Camila: É ÓTIMA, viu, me dou com TODO MUNDO, do SERVIÇO GERAL ao médico, viu, eu me dou MUITO bem, eu tenho NOVE anos aqui e nunca tive conflito com ninguém.

25. Pesquisadora: E na sua/ se dependesse de você, o que você mudaria no atendimento?

26. ACS Camila: Não, eu acho o atendimento ÓTIMO, eu não mudaria em nada, porque eu acho muito bom.

(Neste momento, uma funcionária do CSF entrou na sala onde fazíamos a entrevista).

27. Pesquisadora: *Você tava falando sobre o atendimento, o que você mudaria.*

28. ACS Camila: *Eu não mudaria NADA, eu acho EXCELENTE o atendimento DAQUI do posto, eu não mudaria em nada.*

29. Pesquisadora: *E quanto à Estratégia de Saúde da Família, como programa, que que você mudaria?*

30. ACS Camila: *A Estratégia de Saúde da Família eu não mudaria em nada, que eu também acho EXCELENTE o que a gestão faz, o que a gente faz, né, o-o... éé... eu sei que não mudaria em nada, eu gosto, viu (risos).*

31. Pesquisadora: *Ee o que você acha do número de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para que você atenda?*

32. ACS Camila: *Eu vou lhe dizer, eu tenho quatrocentos pacientes, né, NÃO TENHO como visitar quatrocentos pacientes, geralmente eu visito uns duzeentos, duzentos e cinquenta. NÃO DÁ TEMPO, aí eu faço assim, se num mês eu visitei duzentos e cinquenta, no OUTRO mês os que eu não visitei, eu começo a ir visitando, porque os quatrocentos não dá tempo... viu.*

33. Pesquisadora: *Então, qual seria o número que você acha que seria bom?*

34. ACS Camila: *Mulher, eu acho que... trezentos.*

35. Pesquisadora: *Então é isso, mais alguma coisa que você queira falar?*

36. ACS Camila: *Não (risos).*

37. Pesquisadora: *Pois, muito obrigada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 16 de janeiro de 2017

Dia da semana: terça-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Laís	Idade: 27
Naturalidade: Sobral	Profissão: Agente Comunitária de Saúde
Tempo de exercício da profissão: 8 meses	Tempo de exercício da profissão no CSF Oswaldo Cruz: 8 meses

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *ACS Laís: No posto? Aqui no posto, é... eu acho que o atendimento daqui é prevalecido com um bom atendimento, já visto que outros postos a gente vê um deficit no atendimento, então aqui as pessoas se sentem muitooo acolhidas, até pelo motivo a/ tem/ de ter resistência deles, por parte deles, de mudança de território, eles s/ eles querem ficar neste posto, neste Oswaldo Cruz.*

3. *Pesquisadora: E por que que você acha que eles acham bom?*

4. *ACS Laís: Creio eu que seja o bom atendimento, né, a-a... o acolhimento, né, que é bem... a simpatia... acredito eu.*

5. *Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?*

6. *ACS Laís: Éé, a minha relação... como eu tô... tô é estou... adquirindo a experiência agora, né, apesar de eu ter vindo de outra de outra profissão... éé bem, ela é acomodante,*

assim, é estreita, eu deixo bem livre, éé quando eu vou fazer minhas visitas, eu estabeleço não éé me-metódico o tempo, eu estabeleço a de/ éé dá tempo pra elas falar tudo que elas têm pra falar; não só por fazer visita e sim, estabelecer laços... um elo.

7. Pesquisadora: *Como você acha que é a sua comunicação com os usuários?*

8. ACS Laís: *Minha comunicação... eu acho que eu sou bem comunicativa com eles, eu s/ deixo passar o que eles querem ouvir e o que eu quero ouvir deles, eles se sente BEM abertos... em falar as coisas.*

9. Pesquisadora: *Qual é a regularidade de retorno dos usuários à unidade?*

10. ACS Laís: *A regularidade de/ éé assim... de vim ao posto?*

11. Pesquisadora: *Uhum.*

12. ACS Laís: *A minha área ela é mais... é mais é elitizada, então eles vêm POUCO, poucos deles vi/ é as/ éé... pouco deles querem o serviço do SUS, por ser mais elitizado.*

13. Pesquisadora: *Mas de modo geral, como é que funciona o retorno?*

14. ACS Laís: *O retorno deles?*

15. Pesquisadora: *É.*

16. ACS Laís: *É é mais é consultas, então éé eles eles PEDE mas num fica pedindo muito éé tem uma consulta feita, aí quer pra agora, só quando tem uma necessidade, mas eles não são de regularmente vir.*

17. Pesquisadora: *Como você vê o vínculo terapêutico? ... que é essa relação entre profissional de saúde e pacientes.*

18. ACS Laís: *Vínculo terapêutico ééé tratamento que você diz?*

19. Pesquisadora: *É o vínculo entre os profissionais e os pacientes, os laços.*

20. ACS Laís: *Os laços... é, eu acho que os laços são como eu já tinha dito anteriormente, os laços são fortificados, tem a/ eu deixo bem livre pra eles, o que eles o que eles almeja, o que eu puder al/ é eu poder ajudar; eu ajudo, então... sã/ não tenho inimizade com ninguém, eu tento estreitar o máximo a minha relação com eles.*

21. Pesquisadora: *E como você vê esse esses laços pro tratamento deles?*
22. ACS Laís: *Pro tratamento? Eu vejo como com futuro, assim, que tem resultado... tem resultado nesse nesse tratamento, que/ TEM A RESPOSTA, né, não fica a desejar.*
23. Pesquisadora: *Na sua opinião, que fatores são precisos para que o vínculo terapêutico aconteça? Esse laço seja é EXISTA.*
24. ACS Laís: *Pra que... praaa que que se prospere é?*
25. Pesquisadora: *É, pra que esse laço entre profissionais de saúde exista, o que [certo] que é preciso?*
26. ACS Laís: *Primeiro, você tem que tá aberto aaa ouvir o que eles têm a dizer; tem que... você tem que se tornar parte deles, né, porque muitos na minha área tem uns casos é elitizado, mas também têm uns casos que não são, vul/ são casos vulneráveis, de necessidade, então PARTE a chega pa/ chega... chega às vezes partir de mim ajudar, né, financeiramente, então eles querem só ouvir, né, em que/ eles querem que a gente escute e aconselhe, né, então isso eu faço, na medida do possível eu tô passando.*
27. Pesquisadora: *Além do do seu trabalho como ACS, que outros fatores você acha que é preciso tendo em vista as outras as outras profissões que atendem aqui no posto? ... outras especialidades.*
28. ACS Laís: *Eu não entendi.*
29. Pesquisadora: *Você tá falando que que é preciso com/ você como ACS ter para que o vínculo aconteça entre vocês dois, você e seus usuários, certo? [certo] aí eu quero saber que que outros/ que que você acha que é mais necessário além de você, pra que outros profissionais façam ou que tenha no posto pra que aconteça o vínculo, esse laço.*
30. ACS Laís: *... é, eu tô/ pra que esse vínculo aconteça, você tá dizendo queee o médico, outras profissões, ah, tem que ter uma parceria, tem que ter a a... parceria d-dos enfermeiros, tem que ter até a parceria até no atendimento no porteiro até o médico, então todo mundo trabalhando junto eu acho que... consegue alç/ alcançar o objetivo de um bom vínculo.*
31. Pesquisadora: *O que você acha da... rotatividade de profissionais de saúde?*

32. ACS Laís: *Ah, a troca... eu acho que isso me/ é uma coisa negativa.*

33. Pesquisadora: *Por quê?*

34. ACS Laís: *Porque se você cria um vínculo... e aquele vínculo é quebrado... e vem outro... e deixa a desejar... aí vem a cobrança. Então, quanto mais você tempo tiver... acredito que ééé fundamental, né, o tempo.*

35. Pesquisadora: *Como você vê o atendimento domiciliar?*

36. ACS Laís: *Ah, atendimento domiciliar é a base... é a base e a prime/ é a entrada de tudo, né, quando você começa... faz a primeira visita, o primeiro contato... ali tudo se inicia... aí você começa a conhecer REALMENTE as coisas da vida diária de cada um, né...*

37. Pesquisadora: *O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?*

38. ACS Laís: *Eu acho queee eu acho que éé a quantidade é grande... porque de/ dimi/ deveria s/ no meu ponto de vista, de ser mais, que agora os agentes de saúde, antes... era, o que me diziam, né, as antigas agentes de saúde... dizia que antes o atendimento não funcionaria tão/ era tanto quanto burocrático, né, hoje é muito burocracia, muita coisa pa assinar... e aí QUEBRA aquele aquele... aa dee você tá mais tempo e menos preocupado de anotar as coisas, tá ali mais... mais acessível ee quand/ a quantidade eu acho que menos... se torna mais qualidade... que é MUITA gente pra cê dá conta e sempre fica alguém faltando.*

39. Pesquisadora: *Quantas pessoas você atende hoje em/ hoje?*

40. ACS Laís: *Eu tenho noven/ eu tenho... noventa famílias e tenho trez/ quatrocentas e quinze pessoas, quatrocentos e dez pessoas.*

41. Pesquisadora: *E quant/ qual seria o número que você acha que seria ideal?*

42. ACS Laís: *No meu tá bom, mas o que o/ o que o/ oo que é o máximo é setecentos e cinquenta, né, no meu tá dando pra... pra al/ pra alcançar cada um, pa/ tá faltando/ que a maioria, como eu já lhe disse, a maioria tem plano na minha área, então ooo que resta é bem assistido.*

43. Pesquisadora: *Éé, voltando pra troca dos profissionais [certo] o que que você acha que faz com que isso aconteça, que a troca aconteça?*

44. ACS Laís: *Aqui no posto teve algumas trocas em termo de... de ajei/ de consertar a quantidade de tava tava... tava uns com tantos, outros com menos, né, uns com mais, outros com menos, então aqui aconteceu mesmo a troca foi por por por motivo de tornar igual para todos, nã-não teve motivo além.*

45. Pesquisadora: *Isso no caso dos ACSs, né?*

46. ACS Laís: *Aqui f-foi, foi a troca, porque u-umas saiu, né, te/ tá de licença, uma licença médica, eee eu acho que a troca foi mais foi mais só por território, uns aderiram... (ininteligível) u-uma boa quantidade, outros perderam, né, mas num teve tanta troca aqui não.*

47. Pesquisadora: *E no caso dos outros profissionais, o que você acha leva a serem trocados?*

48. ACS Laís: *O que leva, né?*

49. Pesquisadora: *É, as causas da troca... das trocas.*

50. ACS Laís: *Aqui a enfermeira... o que leva mais aqui aqui que eu... pude perceber num fo/ foi só medida administrativa... num teve motivo pessoal não, mas que é que é péssimo até pra pra nós agente de saúde, porque a gente cria já um vínculo, né, e... perder assim...*

51. Pesquisadora: *Éé, se dependesse de você, o que você acha que deveria ser mudado no atendimento?*

52. ACS Laís: *No atendimento... o que eu pude/ o que eu percebo aqui dos agentes de saúde mesmo, né... claro que ninguém é igual a ninguém, né, mas mas éé eu ainda vejo muitaa é ignorância por parte dos do TRATAMENTO, né, receber bem as pessoas... [e o que seria rec/] e aqui/ ãn?*

53. Pesquisadora: *E o que seria receber bem?*

54. ACS Laís: *Tratamento, bom dia, um simples bom dia, né, que é muito importante... dar informação, é direcionar, direcionamento CORRETO, pra num tá esperando, a pessoa fica/ eu tiro pra mim, porque eu eu éé se for a minha família, né, eu não queria que a minha família tivesse rondano rondano sem saber a informação certa... então... um acolhimento um acolhim/ um bom acolhimento é importante.*

55. Pesquisadora: *Mais alguma coisa que você mudaria... no atendimento?*

56. ACS Laís: *Éé... em termo de ab/ éé em termo de direcionamento éé de exames, né, facilitar mais... que é muito empecilho.*

57. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os demais profissionais aqui da unidade?*

58. ACS Laís: *E-eu acredito que seja das me/ da melhor possível, eu tento ser.*

59. Pesquisadora: *E mais uma perguntinha, se dependesse de você, o que deveria ser mudado NA Estratégia de Saúde da Família, nesse programa do SUS que atende aqui?*

60. ACS Laís: *Éé, na Estratégia da da Família né, é um problema muito muito antigo, né, que... tem/ no papel oo oo a Estratégia de Saúde da Família, ela é bem ponderada, mas... eu d/ eu eu acho dificultoso é na/ quanto ao retorno aos pacientes a consulta em si demora... por exemplo, minha paciente... muita éé situação de muita dor, muita dor renal... e demorando bastante o retorno do exame, né, aí... fica muito difícil.*

61. Pesquisadora: *Mais alguma coisa que você mudaria na Estratégia de Saúde da Família?*

62. ACS Laís: *Não, só acho que creio só isso aí mesmo, o retorno terapêutico, né.*

63. Pesquisadora: *Pois, Laís, muito obrigada pela sua entrevista.*

64. ACS Laís: *Obrigada você.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 08 de janeiro de 2018

Dia da semana: segunda-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Gustavo	Idade: 29
Naturalidade: Goiânia	Profissão: Agente Comunitário de Saúde
Tempo de exercício da profissão: 7 meses	Tempo de exercício da profissão no CSF

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. ACS Gustavo: *Eu vou falar... a experiência que eu tenho AQUI, que eu não tenho em outros lugares, éé não, na verdade eu até tenho porque eu já morei em outros lugares, né, na forma como eu fui atendido. E aqui... aqui, eu acho... muito boa, ééé ele tenta... eu vejo que... eu vejo que eles tentam resolver todos os problemas na unidade, DIFICILMENTE sai/ chega um problema que a gente não consegue resolver aqui. Isso pra mim éé é fundamental, assim, na na saúde pública. Quando não tem, ele encaminha prum profissional eeee... pela minha experiência éé de de usuário do SUS em OUTRAS cidades, que eu já morei em mais outras quatro cidades, aqui, sai muito mais rápido as coisas.*

3. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os pacientes?*

4. ACS Gustavo: *Olha, como eu sou um agente de saúde, a gente tem que ser no mínimo AMIGO deles, porqueee a gente precisa adquirir vínculo, senão eles não se abrem, éé re/ recentemente eu ti/ eu tive uma paciente que dem/ eu demorei pra criar vínculo com ela, depois que eu criei o vínculo... ela começou a aa relatar problemas que ela não havia falado antes, por exemplo, ela tinha um lipoma nas costas do tamanho de uma LARANJA, que não dava pra ver. Quando eu criei o vínculo, ela s/ teve a coragem ee... se abriu, né, sobre o problema, então eu tenho que ser no mínimo amigo. Quandooo acontece algum tipo de atrito, que é inevitável, alguns pacientes eles têm/ são mais problemáticos, são mais difíceis. Tem uma paciente xis que ela é muito problemática, ela já trocou de área de saúde várias vezes*

eee t/ devido ao vínculo ser prejudicado, ela teve que trocar de agente de saúde, então eu NO MÍNIMO eu tenho que ser AMIGO das pessoas. Qu/ quando é CONHECIDO, a gente consegue só levar consulta, levaaar/ ter um diálogo bem f/ bem raso, né, se você adquire amizade, cê chega na rua, a pessoa lhe vê ééé ela já fala “ô, fulano, ciclano, beltrano, tudo bem? Tal” aí quando você vai na casa dela, ela tem a liberdade de falar dos problemas. Se NÃO for amigo, ela não fala. Inclusive, quando eu ENTREI como agente de saúde, éé muitas pessoas elas têm o tabu que/ de que tomar remédio controlado é é uma vergonha, e demorou pra mim pegar o vínculo com algumas pessoas pra elas dizer isso pra mim. Eu eu descobri que algumas pessoas tomavam remédio controlado através do prontuário, mas depois com o tempo elas foram seee ganhando liberdade e foram falando. Sem o v-vínculo de amizade não existe o serviço.

5. Pesquisadora: Como você considera que seja a sua comunicação com os pacientes?

6. ACS Gustavo: A minha comunicação... eu eu confesso, eu sou... às vezes eu sou... eu sou bem fechado, pra determinadas pessoas, eu tenho um nível de timidez que eu tô tentando controlar... mas... depois da quarta, quinta visita, que a gente tem que visitar de/ dependendo do grau de de necessidade da pessoa, uma vez no mês, ou então qui/ de quinze em quinze dias. Quando eu percebo que não/ que eu não tô conseguindo estabelecer um um diálogo... interessante com a pessoa, aí eu tento fazer mais visitas, aí... quando eu consigo uma intimidade boa, AÍ a o diálogo flui, e ficaa interesan/ fica legal, fica um bom diálogo, satisfatório.

7. Pesquisadora: Qual é a regularidade de retorno dos usuários à unidade?

8. ACS Gustavo: Olha, como a genteee, pelo menos no meu caso, quandoo eu vejo que vem uma pessoa da minha área no posto, ééé eu vou... na casa dela no dia seguinte, ver o que que aconteceu, eu antes eu vejo no prontuário. Se foi assim uma coisa assim bem simples... deixa prum/ faço uma visita depois, mas quandoo quando for entrega de exame ee não ficou bem claro aquele negócio ou entãão foi marcada alguma outra coisa, eu vou na casa da pessoa, aii eu deixo bem claro que ela pode voltar éé qualquer qualquer coisa que ela sentir, ela pode voltar E... se consultar novamente, principalmente quando elas são gestantes. As gestantes elas elas são mais delicadas, né, aii se eu fosse dizer o grau de retorno (risos) eles voltam muito, tem tem tinha gente na minha área queee elas não vinham ao médico, inclusive tinha uma senhora que ela achava até quee... que era pago aqui. Aí depois que eu expliquei, ela começou a vir, hoje ela todo dia ela tá aí (risos) nem que seja só pra conversar. Mas, sim

retorno. Eles retornam... com qualquer coisa (risos) hoje em dia, de/ eles voltam bastante... é isso.

9. Pesquisadora: Como você vê o vínculo terapêutico?

10. ACS Gustavo: Como assim?

11. Pesquisadora: Como você vê a questão do vínculo, que é essa relação entre profissional de saúde e paciente, qual a sua visão sobre isso?

12. ACS Gustavo: Olha, é eu acho que como a gente tá falando de saúde da família... a gente/ é/ o paciente ele tem que adquirir CONFIANÇA no profissional. Aqui eu/ existe/ eu acho/ considero um defeito isso, tem uma rotação de funcionário muito grande, principalmente na enfermagem, não/ principalmente na medicina, em seguida na enfermagem. O que eu percebo que fica, que é mais estático é o agente de saúde, mas mesmo assim, eu vejo que tá saindo, é aí vamos supor ééé principalmente com com mulher, né, q-que elas elas ela/ até homem também, homem já é difícil vim ao posto, aí ele chega aqui tem uma pessoa diferente? Aí é mais/ é como eu falei, é mais difícil de abrir pra uma pessoa que ela não conhece. Aí uma gestante, por exemplo, c/ a gestante ela se apega à enfermeira, e aqui tá acontecendo/ a gente trocou recentemente duas enfermeiras, que no caso a Renata eee a outra, que veio a Priscila, recentemente, saiu gerente e os médicos, a gente não sabe até quando vai ficar, e a gen/ eu escuto muito doo dos... dos usuários do posto, queee “nossa, quando a gente tá se apegando à pessoa, quando a gente tá vendo que ela é boa, a pessoa sai”... aí eu acho que isso prejudica... um pouco o vínculo, assim, ele era b/ ele é bom quando oo já tá consolidando éé aquele vínculo de amizade entre o profissional e a pessoa, mas depois queee que quebra, aí tem que readquirir... que é o que acontece aqui.

13. Pesquisadora: Você falou doooo da rotatividade como sendo um fator para a quebra do vínculo, existem outros fatores, na sua opinião, quee que quebram o vínculo? Quais são os outros fatores?

14. ACS Gustavo: Às vezes as pessoas não entendem como funciona o fluxograma do posto... ééé a pessoa tem que chegar, ela se informa no SAME... aí ela diz o que que ela veio buscar aqui no posto, aí o SAME encaminha pra determinada parte. Geralmente é pra triagem na enfermagem, aí depois que passa pela enfermagem, vai pro o/ a enfermagem pode marcar pra um dia específico se não for urgente ou, então, ela pode colocar pra demanda do dia. Ééé... e às vezes as pessoas não entendem isso... principalmente as pessoas que faziam uso

de remédio controlado, elas pessoas elas elas deixam praa praa renovar a receita no dia, assim, acabou o remédio, já vem aí a gente sabe que existe uma demanda, existe um número limitado de pessoas que o médico atende, né, o que que a enfermeira faz? “eu vou remarcar você pra outro dia”, aí a pessoa “eu não quero pegar fila”, aí acontece queee os desentendimento entre enfermeira ee e paciente, aí inclusive aconteceu já aqui algumas vezes, éé determinado paciente não queria mais ser atendido por enfermeira xis... aí aí quebrou o vínculo completamente eee acontece muito ééé no caso do médico e paciente, QUANDO o médico tira um determinado medicamento, às vezes o paciente ele não aceita, aí ele (risos) tev/ é o que acontece outras vezes, ooo médico xis tiroou o medicamento de fulano, se zangou porque s/ causa uma determinada dependência alguns medicamentos, aí também a-acontece a quebra do vínculo. Alguns casos são inevitáveis, né, mas é basicamente isso.

15. Pesquisadora: E quais são os fatores que você acha que é/ facilita para que o vínculo terapêutico seja consolidado?

16. ACS Gustavo: ... que facilita? Ééé no caso, ééé éé mas éé a presença doo profissional. Aqui a gente tem vários grupos... é a gente como agente de saúde, a gente introduziu muito fácil na comunidade da dos grupos. A gente/ como a gente era novato... na primeira semana, na segunda semana foi HORRÍVEL, porque ninguém queria abrir a porta pra gente, aí o que a gente fez? A gente participou dos grupos, aí a população “nossa, aquele rapaz trabalha mesmo no posto”. Éé, “nossa, aquela ali é enfermeira do posto, ela tá vindo aqui”, ee e acontecia... naturalmente a pessoa tava/ já tava se inserindo na comunidade, porque têm pessoas noo na comunidade que elas MUITO DIFICILMENTE ela vem ao posto, assim como têm aquelas que todo dia tão aqui. Aquelas que todo dia tão aqui, elas adquirem o vínculo mais fácil. Agora aquelas que nunca vêm ao posto, como é que elas vão saber da nossa existência? A gente tem que tá dentro da comunidade. Por exemplo a gente tem um grupo de mulheres... é lá acontece sempre n/ ali na na igreja, eeee... e eu fui algumas vezes. Têm pessoas que são da minha área e elas me param na rua “olha, comé que tá/ que tal dia acontece isso, isso e aquilo?” ou seja, é eu acredito que aconteceu o vínculo graças a essa inze/ inserção nos grupos. Éé também tem/ talvez exista outras coisas, com certeza existe, né, mas aqui no posto, acontece é principalmente através do dos grupos.

17. Pesquisadora: Como funcionam esses grupos?

18. ACS Gustavo: Eu vou falar dos que eu/ do dos grupos que eu tô inserido, do grupo que eu tô inserido, porque os outros ficam com outros agentes de saúde. No caso/ no meu caso são/

é o grupo de hiperdia e de gestantes. Vou falar mais do hiperdia. É, todos os agentes de saúde qua/ quando a/ acontece o grupo de quinze em quinze dias, aí os agentes de saúde convidam todas as pessoas que fazem eee que têm hipertensão e diabetes pra pra vim aqui e participar dooo do grupo... ééé ele funciona de quinze em quinze dias e com um tema específico. O passado foi ervas medicinais, aí eles vêm e aprendem sobre determinada coisa, alimentação e assim vai, né, aí como todo grupo, acontece a socialização aqui, eles vem e conversam, “ah, eu sou de tal lugar”, “não, eu também”, “ah, eu faço isso e faço aquilo” ee os próprios profissionais que tão aqui também, né aí eles conversam e acontece.

19. Pesquisadora: Comente sobre a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde.

20. ACS Gustavo: Oi?

21. Pesquisadora: Comente sobre a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde.

22. ACS Gustavo: É, eu tinha falado que é um problema, né, ééé... aqui a gente tem os profissionais efetivos eee os que são do ins/ do instituto. Os funcionários do instituto eles dificilmente eles duram em algum lugar, porque eles são contratados, os efetivos eles são lotados naquela área ali e dificilmente eles vão sair dali, aí no caso doos dos contratados, eles ficaam à disposição daa da gestão. Recentemente mand/ a digitadora foi transferida, porque precisou deee de tal lugar, ela foi pra lá. As enfermeiras elas trocam muito, porque elas são contratadas, fazem seleção ped/ periodicamente eee por isso que é trocado. Os médicos o médico ele fica durante um contrato, geralmente... PELO QUE EU PERCEBI aqui na nossa unidade, ele se forma, aí ele vem, passa um tempo aqui, aí ele entra na residência e sai, aí acaba o contrato dele e vai, né, eee e é dessa forma que acontece a rotatividade. Ee acontece com uma frequência muito alta, isso que é ruim. Vamos supor que passasse dois anos... aí ou seja, aquele vínculo t/ ia quebrar, né, mas pelo menos ele foi aproveitado por um bom tempo, mas isso acontece numa frequência de meses, aí já é/ tá se formando o vínculo, começa tudo de novo, porque veio profissional novo.

23. Pesquisadora: E o que você acha que isso gera... na população?

24. ACS Gustavo: ... porqueee vamo supor u-um exemplo de doença sexualmente transmissível. Vamo supor que ééé eu/ vamo supor que eu sou um usuário, eu adquiri uma doença sexualmente transmissível, eu conheço aaa a meni/ a enfermeira porque eu já fui lá várias vezes, eu eu ganhei confiança daquela enfermeira... aí eu chego/ eu eu tenho mais facilidade de chegar nela e dizer “olha, eu tô com isso”, porque é um tabu a pessoa dizer

“não, eu tô com essa doença sexualmente transmissível”, ele sente vergonha, aí ela vai tomar as providências e ele sabe que ela/ e-ele tem a confiança, porque ele sabe que ela não vaiii espalhar, mesmo sabendo que o profissional n-não pode dizer, né, dá aquela insegurança. Agora chegou uma pessoa que tá totalmente nova lá, aí vai gerar insegurança, COM CERTEZA a pessoa ela vai ficar insegura éé eu sei disso porque quando eu entrei, passou uns dois ou três meses ééé... chegou uma pessoa pra mim, ela já tinha/ ela tinha pegado um/ posso falar o nome da doença? [sim] ela tava com sífilis, ela tinha pegado sífilis, ela tava cooooo com com lesão lá na na na no órgão genital, aí... ela não queria vim DE JEITO NENHUM, porque ela não conhecia a p/ a enfermeira, ela “não, eu não conheço o profissional, eu não sei, não sei como vai ser”, e foi muito difícil trazer essa pessoa aqui eee depois queee que essa pessoa passou a conhecer a enfermeira... porque são são vários são várias injeções de tratamen/ do tratamento e ainda durante vários meses essa pessoa tem que ser consultada pela enfermeira pra saber see não voltou. A pessoa ficou totalmente prestativa, então quandooo quando quebra o vínculo, a pessoa fica mais difícil de de a pessoa vir à unidade... e em determinados casos/ em alguns casos, dependendo da pessoa, ela é uma pessoa mais solta, mas nem todo mundo é igual, né.

25. Pesquisadora: Éé... como você vê o atendimento domiciliar?

26. ACS Gustavo: Olha ooo... o atendimento domiciliar aqui a gente tem tem três níveis. Tem a técnica... vamos supor que uma coisa mais simples a técnica vai lá, faz o curativo. Éé, aí de/ no caso a enfermeira quando é uma coisa assim mais, que necessita de uma de um conhecimento mais elevando, vai a enfermeira. Aí QUANDO a enfermeira determina “não, essa aqui é mais sério” aí ela entra com a médica ou com o médico. Eu acho que ela/ que o atendimento domiciliar é satisfatório, só/ mas que poderia acontecer mais vezes, porqueee acontece da pessoa passar uma semana ou duas esperando, aí a pessoa/ vamo supor um paciente acamado, que precisa da visita de um médico. Éé é satisfatório porquee... porque funciona, mas poderia ser melhor, porque se fosse/ se a gente fosse numa frequência maior, mas não tem como, porque o médico ele atende muito. Nesse caso eu não sei nem COMO que poderia seer feito uma intervenção... porquee... é complicado, porque a agenda do médico é bem lotada.

27. Pesquisadora: O que você acha do número que o Ministério da Saúde preconiza pro seu atendimento?

28. ACS Gustavo: De meu? De agente de saúde?

29. Pesquisadora: Isso [ou doo], do agente de saúde.

30. ACS Gustavo: É, o Ministério diz que são setecentas pessoas... é, eu acho muito, porqueee (risos) cara e-eu/ é-é muito, porquee a visita... a gente, além da visita, a gente tem o trabalho burocrático, cê viu que assim que você chegou eu tava digitando umas coisas ali. Antes dissali, eu fuiiii, eu preenchi muitas folhas e olha isso aqui de papel que tem... o Ministério o Ministério elee ele ele tá as atribuições, que ééé... tem a lei lá específica, né, que diz que que a gente tem que fazer, que é promoção e pr/ e prevenção, só queee tem MUITA burocracia, é a gente tem que tá em grupo, éé a gente tem que acompanhar paciente em determinadas... visitas, quando é saúde mental, a gente tá junto. Aí sobra po/ tão pouco tempo pra visita, aí a gente chega na visita éé a gente é obrigado a visitar todas as famílias uma vez no mês, mas tem família que você tem que visitar uma vez a cada quinze dias e no caso de gestante ou, então, pessoas mais graves, uma vez na semana e tem gente que é TODO DIA. Aí você me diz é como é que FUNCIONA a visita? É só chegar lá, “ei, você, tá tudo bem?” Não, porque a gente tem que adquirir o vínculo, tem que chegar, a gente tem que conversar. Existe um TEMPO, às vezes a pessoa oferece comida e s/ e algumas pessoas se ofendem se você não aceitar (risos) aí ou seja, existe um TEMPO, as minhas visitas demoram um tempo entre dez e vinte minutos, porquee eu tenho que dar atenção à pessoa, se você chegar lá e não der atenção à pessoa, a pessoa vai ficar chateada. Fato. Aí eu tenho a minha burocracia... existem momentos no posto que a burocracia ela sufoca o agente de saúde, por exemplo, a gente tá quase chegando na territorialização. Quando chegar na territorialização, a gente vai ter que reunir planilha de TUDO EM QUANTO HÁ... há aqui no posto, aí a gente vai ficar praticamente ATOLADO com a com a burocracia e dificilmente vai conseguir fazer todas as visitas. Ééé e-e outra coisa... a... a pessoa ela/ o Ministério ele estabiliza uma quantidade de pessoas, ele não es/ éé eu acho isso FALHO, por quê? Vamo supor que numa comunidade a gente tem cinco pessoas por casa, aí eu faço uma visita. Nessa visita, eu contabilizo as cinco pessoas, né. Agora vamos supor que em um território como o meu, que é basicamente de estudantes, os estudantes eles moram s/ basicamente todos sozinhos ou então eles moram um ou dois, porque eles moram naquelas quitinetes, aí, ou seja, eu tenho/ são setecentas do/ setecentas a trezentos e cinquenta domicílios, ou seja, é MUITA visita que eu vou ter que fazer, porquee n/ diferente de um bairro normal, que mora muita gente numa casa, é eu vou ter que fazer uma visita por pessoa praticamente, então é ruim. Eles deviam ter especulado também a quantidade de domicílios. Vamo supor, éé o agente de saúde tem que ter setecentas pessoas, mas no máximo tantos domicílios... porque

ai eles já sabem quee ele não tem aquelas setecentas pessoas e/ ou então aquele mínimo, que são quatrocentas, porque ele atingiu o máximo de domicílios, pelo menos ao meu ver é seria melhor assim. Porque tem/ no meu caso, são estudantes, eles moram em prédios, é difícil achar eles em casa, faço as visitas basicamente de três a-a é-é de quatro a seis horas ou então às vezes na hora do almoço, QUASE/ MUITO DIFÍCIL fazer visitas a eles. Eu acompanho basicamente pelo Whatsapp, porque É IMPOSSÍVEL fazer visitas, porque é um número grande de domicílios. É um número pequeno de pessoas, mas o número de domicílios é um número elevado.

31. Pesquisadora: *Então, qual seria o número que você acha que seria interessante?*

32. ACS Gustavo: *Olha... tem que v/ tem que/ é cada casa é um caso, é difícil, é MUITO difícil, porquee tem que analisar é... a gente chama de barreira geográfica, que, no caso, nas barreiras geográficas do MEU/ da minha área são os prédios... e que horas eles estão em casa? ... eles não/ eles tão/ estudam o dia inteiro, comé que eu vou fazer uma visita a uma pessoa quee estuda o dia inteiro se eu trabalho no horário comercial? É complicado. No caso, eu eu tenho um acordo com com a gerente, que eu trabalho de cinco/ co/ com a gerente antiga, né, porque essa da/ agora saiu né, mas com a gerente antiga eu tinha um acordo que eu trabalhava de cinco até sete horas, aí eu descontava podendo chegar mais tarde no outro dia, porque era hora que eles tavam em casa... aí eu acho que no caso não é NEM o Ministério da Saúde, seria um acordo que a pessoa teria que chegar noo no no posto de saúde, nesse meu caso, né. Agora a quantidade, tem que tem que ter estudo, pra poder determinar isso aí, porquee eu mesmo falar é complicado. PRA MIM... ééé... duzentos a duzentos e cinquenta PRA MIM, agora pra determinar um número geral, aí tem que haver um estudo e/ é/ tem que haver um estudo mesmo pra poder determinar.*

33. Pesquisadora: *Como funciona essa territolia/ territorialização e por que que ela é feita? De quanto em quanto tempo ela é feita? São três perguntas.*

34. ACS Gustavo: *Você já deve ter ouvido falar deee do censooo demográfico do IBGE? Que elee/ o censo elee acontece praaa contar a população e determinar o perfil de/ de/ demográfico, né, as/ a faixa etária, se eles são pobre, são ricos, a COR, éé a orientação sexual, é basicamente isso, é a territorialização elaa é como se fosse um censo demográfico DENTRO doo território DO agente de saúde e, conseqüentemente DO posto, aí no casoo a gente/ além disso a gente também leva em consideração o aspecto físico e climático daaaa... do território do posto, por quê? Oo/ se têm barreiras geográficas, pontes, se tem muito*

prédio, se têm muitas lojas, se têm muitas oficinas, porque determinadas coisas éé afetam a saúde daquele local, por exemplo, se tem muito terreno baldio, é propício à dengue, se tem muita oficina, a gente sabe que pode ocorrer acidente de trabalho, se mora/ se moram ao lado do rio, pode ocorrer enchente, ou seja, a territorialização leva em consideração tudo isso. Aí ele conta a população, faz o perfil, faixa etária, quantidade de éé perfil demo/ demográfico, epi/ epidemiológico e tem outro perfil lá que eu esqueci o nome, eee levanta a quantidade de hipertenso, levanta de tudo. Ou seja, a gente sabe de de tudo que tem no terreno ee ele é feito todo ano, porque a população elaa, principalmente aqui da cidade, ela é flutuante, né, muito estudante, muda muito, então é feito todo ano, que é pra manter atualizado e ver qual que é a necessidade do posto e das/ e ver o que que precisa ser feito.

35. Pesquisadora: *Éé, como é a sua relação com os demais profissionais aqui da unidade?*

36. ACS Gustavo: *Bom (pigarro) eu mesmo, eu me dou bem com todo mundo, eu acho que sou a/ fora eu, deve ter mais uma ou duas pessoas que se dá bem com todo mundo, né, porque sempre têm... aqueles atritos, mas... eu tento não (risos). A pessoa vem fofocar, eu “hã-hã-hã-hã-hã”, eu não dou corda... acho que é fundamental issaí, se você for da corda, vai gerar fofoca e conseqüentemente briga, mas tem gente aqui que não se fala. Mas, eu mesmo, eu falo com todo mundo e e tenho umaaa uma relação boa com todos.*

37. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

38. ACS Gustavo: *O atendimento ele é bom, ele funciona do jeito que tá, ééé... mudaria só a organização mesmo de como ele/ porque ele cheg/ hoje, a pessoa chega... tem a ordem de chegada, eee às vezes tem a prioridade, só que eles só vão chegando lá e vão se amontoando e vão entrando, sendo que não há uma ordem definido. Funciona aaa organização aqui funciona quando os agentes de saúde chegam de manhã, s/ aí eles ficam até se/ de/ até oito horas, eles chegam sete e vão até oito, aí eles organizam, mas depois que eles saem, aí fica poor por ordem de chegada... aqui acho que só/ pra melhorar o atendimento seria sóo ate/ botar umas fichas, assim que chegar pegar uma fichinha... prioritária ou não... éé esperar. As mé/ os médicos eles também têm um sistema deles quee da/ vou falar da médica da minha área, porque o outro eu não conheço muito bem como é que funciona. A médica elaa ela atende todos agendados primeiro e depois ela atende o pessoal da demanda, ou seja... nó/ não tem essa história de quem chegou primeiro. A pessoa que agendou primeiro vai botar lá na ordem, a não ser que seja uma prioridade, né, no caso a prioridade ela passa na frente.*

Mas, não tem muito o que melhorar não, é funciona eee se tá funcionando... não/ até hoje não deu problema eee não acumula gente, ééé tá bom.

39. Pesquisadora: *Novamente, se dependesse de você, o que deveria ser mudado na ESTRATÉGIA de Saúde da Família?*

40. ACS Gustavo: *... deixa eu ver... na ESTRATÉGIA... nossa, essa pergunta é MUITO difícil. Eu respondi da outra vez? (risos) eu já esqueci o que eu falei (risos) eu acho que éé pronto. Na minha OPINIÃO, na minha opinião, a Estratégia ela ela funciona BEM, mas ela deixa a desejar o lado da saúde mental, (risos) eu acho que falei isso da outra vez. Por que que ela funciona bem? A gente tem dois médicos, o território dividido entre duas... duas áreas, partido no meio, a gente tem dentista, éé ele funciona bem, duas enfermeiras e tem uma gerente, tem a sala de vacina que/ é tudo BEM dividido. Éé as éé funcionaaa nã/ não há gargalo, só há um pouco de gargalo naa na marcação de consulta, mas/ agora na/ voltando pra saúde mental, aqui a gen/ muitos médicos daqui eles não são capacitados, apesar de ser clínico geral, pra saúde mental. O que eles fazem? Eles encaminham... tudo pro CAPS... aiií também a gente não tem é programa, não teem não tem muita coisa que seja especificamente PRAQUILO, eles são inseridos em outras categorias, né, ééé mas específico pra eles, não tem... (ininteligível) deixa eu vê umaaa uma uma... um matriciamento, por exemplo, às vezes acontece aqui um matriciamento de saúde mental, maaasss é uma vez no mês, ou seja... aquela pessoa tem quee, vamo supor, tipo, vou contar um caso que aconteceu na minha área. A moça, ela subiu na janela do prédio e disse que ia se jogar lá de cima (risos), tô rindo porqueee é trágico, certo. Ia se jogar... aii eu tava vendo lá né, o negócio, aí a-a moça que morava com ela puxou, aí eu peguei e trouxe ela aqui pro posto... ela se consultou com a enfermeira, contou tudo lá, mas a enfermeira ela não teem atribuição e também acho que nem estudou pra isso, aí encaminhou pra médica. A médica ela é clínica geral, ela também não atende, encaminhou proo SPA da UFC, aí na no SPA da UFC encaminhoou pro CAPS, o CAPS mandou de volta pra cá. Aí (risos) aí cê me diz, a pessoa já tá perturbada da cabeça, aí acontece isso?*

41. Pesquisadora: *E o que aconteceu depois?*

42. ACS Gustavo: *No caso, aaaa... o CAPS é mais grave, né, aí no caso a médica... conversou, aí conversei, fui com ela, levei pro SPA da UFC, aí lá no SPA eu conversei. Porque, quando ela chegou lá, eles acha/ ela ela ela chegou meiooo alterada, né, porque foi no acontecido do dia, né, aí eles acharam que fosse uma coisa mais mais grave. Aí quan/*

quando levei ela já mais calma, aí deu certo, aí ela ficou lá e tá sendo tratada lá, mas cê viu queeee que eu houve uum... um círculo que aconteceu aí com ela eee ee que se tivesse uma estratégia mais específica pra ela, num/ ela ela com certeza ela teria sido atendida mais rápido e teriaaaa não teria passado por tantoo... eu digo que ela passou por um sofrimento, porque ela foi encaminhada várias vezes, não teria passado por tanto sofrimento, que quando a gente percebe que a gente tá acolhido, nos/ nossa dá uma sensação muito boa e eu acho que no caso deee da saúde mental, que é outra coisa queee também recebe muito preconceito, éé... quando acontece da-da-da acolhida, de ver que tá, que tem um sistema próprio praa praa tratar do seu problema... ele tranquiliza a pessoa, e no casooo eu digo/ não digo que não funciona, funciona, mas não é não é tão eficiente quanto deveria ser.

43. *Pesquisadora: Você falou uma palavrinha que eu não sei se entendi bem. Matriciamento [é, matriciamento] é a palavra? E o que é isso?*

44. *ACS Gustavo: Matriciamento é como se fosseee um acolhimento, éé como se for/ e-eu chego aqui no posto, eu relato à enfermeira que eu eu te/ eu fico muito triste, éé eu tenho queixas de depressão, aí ela pega e marca um matriciamento, que é um matriciamento vem um profissional é é do CAPS e ele e ele escuta a história dessa pessoa junto com o agente de saúde. Aí ele determina o que vai ser/ que/ que tipo de conduta vai ser tomada praquele paciente, se ele vai continuar no posto, se ele vai tomar algum remédio, se ele vai ser encaminhado pro CAPS, se ele vaii/ ele determina.*

45. *Pesquisadora: Mais alguma coisa que você queira falar que lembrou, que passou?*

46. *ACS Gustavo: ... é... que passou?*

47. *Pesquisadora: É, que já tenha passado do assunto, você lembrou mas n-num quis voltar?*

48. *ACS Gustavo: Nã/ não.*

49. *Pesquisadora: Não? Então/*

50. *ACS Gustavo: Eu acho que é... que no caso, deixa eu ver; no caso do agente de saúde, ééé a gente f/ a gente fala muito de obrigação, né... tipo a gente o/ a gente ouve muito a pessoa reclamar, é “ah, o agente de saúde foi em casa só uma vez no mês”. Tipooo... eu acho que... eu acho que tipo a po/ a população ela sabe muito do do dos de/ dos deveres do agente de saúde, mas ela não leva em consideração os deveres delas eeee, como é a palavra que eu tô buscando, que tá perdida aqui? ... nossa, acho que quando se perde assim, não volta mais não*

(risos) *éé. Pronto, vou falar da minha dificuldade que eu tive quan/ quando eu entrei aqui... é/ existe basicamente agente de saúde mulher, né, acho que todo mundo teve um agente de saúde mulher, agora u-um homem, o pessoal tem medo, ééé... mas por/ eu falei do IBGE, né, do censo? Quando vai acontecer o censo ééé o que que voc/ como é que você sabe que vai acontecer o censo? Existe toda uma divulgação... (ininteligível) na TV, nas-nas-nas mídias, em todo canto, todo mundo sabe que vai acontecer o censo, chega um recenseador na sua casa, cé nem botaaa resistência, porque você sabe que ele vai lá, mas o agente de saúde não é assim. Éé às vezes éé no meu caso, ch-cheguei em vários lugares, “não, nunca vi, o agente de saúde daqui nem existe, não, não vou lhe receber”, aí eu explico “não, mas você pode ir lá no posto confirmar que eu sou mesmoooo o agente de saúde ou, então, ligar pra tal número”, “não, vou não, não, tchau”. Ou seja, não existe uma divulgação pra... q/ pra falar dos agentes de saúde. Eu acredito que TODA profissão que que quee atenda d/ em domicilio ela tem que existir uma divulgação, tipo esse crachá, na outra vez que você veio, ele ainda não tinha, né, isso foi reclamação que a gente fez, aí eles deram crachá, ou seja, a gente chegavam no no local, nem identificação a gente tinha, ou seja, eu acredito que a/ todo lugar, a gestão ela tem que criar... alguma forma de divulgar, porque é complicado você chegar num numa/ eu mesmo, até hoje, eu tenho casas que elas não me aceitam, porque elas não vêm aqui pra pra verificar se/ nem ligam, se eu sou mesmo agente de saúde. Ee outra coisa, a população ela tem ela tem uma noção de DEVER do agente de saúde que é errado, éé a população quer que a gente leve remédio (risos) a gente não pode, a gente não pode nem chegar na farmácia sem ooo sem uma receita, a população quee que a gente marque consulta, a população quer que a gente carimbe coisa, ou seja, a p/ mesmo a gente tentando conscientizar, eles não acreditam na gente, porque eles pensam que a gente é preguiçoso, ee não não quer fazer, então, da mesma forma que exi/ que deveria existir éé a divulgação do das visitas, como existe no IBGE, também deveria existir uma forma deee de divulgar as atribuições, porque... porque a população ela tem uma noção totalmente errada do que o agente de saúde tem que fazer. A gente trabalha/ a nossa atribuição é basicamente só a promoção ee e prevenção... basicamente. Agora, eles querem planejar a ge/ atribuir mais coisas pra gente, né, mas ainda não saiu eeee... a gente fica meio assim de mão atada, porque ninguém ajuda a gente nesse caso, nem nem gestão, nem municipal, nem estadual, nem federal... e é basicamente isso mesmo.*

51. Pesquisadora: Pois, Gustavo, muito obrigada pela sua entrevista.

52. ACS Gustavo: PRECISANDO de novo, pode dizer (risos).

53. Pesquisadora: (risos) obrigada.

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista

Data: 18 de janeiro de 2018

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

1ª Parte: Dados do participante

Entrevistado: Priscila	Idade: 37
Naturalidade: Fortaleza	Profissão: Enfermeira
Tempo de exercício da profissão: 15 anos	Tempo de exercício da profissão no CSF Oswaldo Cruz: 7 meses

2ª Parte: Questões da pesquisa

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *Enf. Priscila: Éé, o atendimento eu acho que é um atendimento é é que ele tem um grande vínculo com a comunidade, né, muito próximo da comunidade éé a essência da Estratégia de Saúde da Família é AO MEU VER, né, pela minha experiência é esse vínculo, né, esse conhecimento, né, que você consegue ter, né, ao longo do tempo das pessoas que de certa*

forma estão sob sua responsabilidade, né, que estão, é nos são designadas, né, através de uma territorialização para que a gente possa cuidar, né, a gente possa ter esse essa atenção maior.

3. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os pacientes?*

4. *Enf. Priscila: É eu procuro sempre manter uma relação... amigável, né, comunicativa, onde eu consiga perceber que eles tão tendo entendimento, né, daquilo que eu tô explicando, a gente lida com um público que nem sempre tem uma escolaridade, né, às vezes eles... não conseguem ter uma compreensão ou não sabem ler, e aiii... tento fazer essa comunicação, né, e ao mesmo tempo assim, eu procuro ver muito o humano da pessoa, né, eu/ a gente na Estratégia da Família a gente tem muito esse/ tem que ter muito esse olhar, a gente chama de holístico, né, em todas em todas as áreas da vida da pessoa, não só na patologia que ela tá vindo muitas vezes se queixar, a gente tem que trabalhar com o preventivo, que muitas vezes a gente não consegue, porque... nos são colocadas assim muitas atividades, né, muitas coisas, aqui nes/ na unidade que eu trabalho hoje a gente tem oportunidade de fazer grupos, né, só que em outros locais que eu já trabalhei, pela sobrecarga, eu nã/ não se tinha, né, mas como a essência é você tá educando, né, você tá ali mostrando pra pessoa como prevenir a doença, né, e não vir se consultar SÓ POR CAUSA da doença, né, então eu procuro ver muito esse lado, né, humano, já tive... exemplo de pessoas que VEIO com uma patologia eee quando você vai ter um diálogo com essa pessoa, procurar ver, a gente vê que a pessoa tá tensa, pergunta se tem algum problema pessoal influenciando, por exemplo um aumento de uma pressão, né, a pessoa muitas vezes ela... começa a choraar ou fala de um problema pessoal ou diz que tá passando por muitos problemas, e aí a gente vai através de uma equipe multiprofissional tentar dar assistência pra essa pessoa, né, a gente tenta tratar a pressão, vê se ela realmente tá descompensada, se ela tiver descompensada, a gente vê se é só a medicação que precisa ser ajustada e também trabalhar oo... é... as outras coisas que tão influenciando na patologia, como o estado emocional, né, o psicológico, o social e é aí que vai entrar os outros profissionais da equipe, a gente não dispõe de todos esses profissionais, mas o que a gente dispõe a gente vai tentando fazer essa assistência.*

5. Pesquisadora: *Como você considera que seja a sua comunicação com os pacientes?*

6. *Enf. Priscila: Como eu consigo?*

7. Pesquisadora: *Como é que você considera que [ah] seja a sua comunicação [comunicação] com os pacientes?*

8. Enf. Priscila: *Eu acredito que seja uma boa comunicação, assim, porque a maioria, assim, não volta pra perguntar novamente, né... eu sempre deixo eles muito à vontade pra se eles quiserem realmente voltar, né, pra perguntar. Existem alguns públicos que a gente atende que é a/ assim, eu geralmente chamo “porta aberta”, quando eu digo olha/ uma gestante, o cuidado de uma gestante, que é um cuidado BEM mais peculiar, cheio de complexidade, eu digo pra ela “olha, a porta aqui tá aberta na hora que você precisar, volte qualquer dúvida, não fique com a dúvida, o que você sentir que achar relevante, você volte pra me perguntar se é normal da gravidez ou não”, né, então assim, tem alguns públicos que a gente tem mesmo um contato que a gente deixa ele BEM à vontade pra poder tá retornando, né, pra qualquer dúvida independente de agendamento ou de marcação, né, então assim esse esse vínculo assim é a gente tenta manter, né, a o agente/ hoje, assim, a gente tá com uma boa comunicação entre os profissionais da equipe e isso ajuda muito, a gente tenta fazer uma organização onde todo mundo possa tá agindo da mesma maneira, né, pra ter esse feedback do da comunidade, né.*

9. Pesquisadora: *Qual é a regularidade de retorno dos pacientes de modo geral?*

10. Enf. Priscila: *A maioria dos pacientes que a gente atende, assim, que são os casos que a gente chama de prioritários, eles têm um tratamento continuado, então eles sempre tão retornando, com uma certa regularidade, por exemplo gestante, todo o período pré-natal, os nove meses, ela retorna com uma frequência que fica cada vez... maior a frequência de acordo com o passar dos meses, né, no início ela tem atendimento mensal, depois quinzenal, depois semanal, né, ee públicos com doenças crônicas, né, como hipertensos, diabéticos, éé pessoas com a tuberculose, hanseníase são doenças infecciosas, éé Alzheimer, né, pacientes restritos ao lar, que são acamados, que nós também fazemos a visita domiciliar, todos esses pacientes eles têm uma/ são assistidos, assim, com uma frequência bem alta. Agora, outros pacientes que a gente assiste, como pacientes com problemas agudos, né, que vêm por um resfriado, que vem ééé com uma dor, né, uma dor que não seja crônica, uma dor abdominal, a gente TEM uma frequência dele também durant/ na unidade pelo acesso, né, o vínculo que a gente constrói e o acesso, então eles sempre tão aqui porque eles tão/ vêm solicitar exames de rotina, exame tipo check-up, né, eles... muitas mães, além de vir a mãe, traz os filhos também, então eles tão sim com uma certa frequência aqui na unidade, né, a gente tem aí*

uma certa ausência do público masculino, né, que a gente sabe que tem várias questões culturaais, como tem questões também d/ laborais que eles têm a o público masculino ainda trabalha, né, tem mais/ trabalha mais, não que trabalhe mais em quantidade, mas acaba que eles têm maior frequência deles terem emprego do que a mulher, a mulher fica mais cuidando dos filhos, a gente ainda tem alguns alguuns ééé algumas famílias que vivem essa sistemática, né, então a gente tem tem a mais ausência do público masculino e a resistência também, né, que tem toda aquela questão cultural, maas, assim, a comunidade que está dentro do nosso território de abrangência, ela participa... né, com muita frequência. É, como nós temos dois públicos, que tem... é que são ééé tem uma diferenciação social, digamos assim, é a gente tem um público de mais baixa renda, né, e tem um público que tem uma renda melhor, onde muitos têm plano de saúde, né, e fazem atendimentos particulares, então a gente acaba que esse público de baixa renda frequên/frequenta mais a unidade, MAS éé ao contrário do que acontecia algum tempo atrás, o outro público também a gente sabe que tem outras questões de de de crises financeiras, o outro público TAMBÉM tem procurado a unidade, né, seja só pra... por uma questão de de complementação, como por exemplo eu tenho um paciente da minha área que tem uma UTI montada em casa, é um paciente que tem um uum uma renda muito alta, que teve condições de fazer isso, mas ele ainda utiliza os serviços da unidade pra pegar alguns materiais hospitalares praa essa paciente, porque ele já tem um cust/ um gasto MUITO alto com a manutenção dessa UTI, então acaba que o SUS ele vai cobrindo também isso, né, então por mais que esse outro setor aqui da nossa unidade tenha uma renda maior, plano de saúde, eles ainda se utilizam do serviço da gente.

11. Pesquisadora: Como você vê o vínculo terapêutico?

12. Enf. Priscila: É... pra/ é/ pronto, é como eu lhe disse o início, é o vínculo é oo a essência da Estratégia Saúde da Família, né, não acho que não há um... um ce/ um Centro de Saúde da Família ou um posto de saúde, né, sem que haja um vínculo com a comunidade que ele assiste, né, na Estratégia a gente tem éé a delimitação do território de abrangência e dentro desse território nós precisamos assistir todas aquelas pessoas... né, é um/ eu acho que, pelo menos aqui em Sobral, eu já trabalhei em municípios menores, mas aqui em Sobral nós temos uma grande cobrança da RESPONSABILIZAÇÃO sobre as pessoas que a gente assiste, né, então o vínculo ele é preciso existir, ele é não é a/ de certa forma admissível, apesar de ser até radical, né, esse termo, mas não é admissível aqui em Sobral que eles precisem realizar busca ativa de um caso e a gente não ter conhecimento... DA PESSOA ou do público que a gente tá assistindo, né, então a gente precisa ter um domínio. O que facilita a gente ter o

domínio é o profissional que a gente chama de ponte, né, que é o agente comunitário de saúde, que faz essa ponte entre a comunidade e a unidade, né, e a gente, através dessa ponte que eles fazem, a gente vai é em busca de de cuidar melhor dos pacientes que mais estão necessitando, né, assistindo o princípio da equidade, né, que a gente precisa tá assistindo melhor aqueles que mais tão necessitando naquele momento.

13. Pesquisadora: *Na sua opinião, que fatores são precisos para que o vínculo terapêutico seja consolidado?*

14. *Enf. Priscila: Eu acho que uma escuta qualificada, né, é um dos principais fatores, precisa t/ você precisa ter habilidade pra ter um bom diálogo com o paciente, porque a habilidade não é só de conversar, mas é de conseguir extrair do paciente aquilo que REALMENTE é você precisa observar, né, como o caso que eu tinha explicado do fator psicológico, muitas vezes eles vêm com a doença somatizada, né, uma doença física e quando você vai ver ooo a raiz daquela doença não é física, é emocional, então você precisa ter essa habilidade, você PRECISA saber trabalhar em equipe, porque você não é sozinho dentro do/ de uma unidade de saúde, você tem vários profissionais e esses vários profissionais precisam ter uma boa comunicação pra poder conseguir ofertar o melhor cuidado pro paciente, né, e aí o vínculo ele vai fazer não só com nós, profissionais da enfermagem, mas ele tem que fazer com toda a equipe, né, a primeira pessoa que vai vincular com ele é o agente de saúde, que faz, né, esse link e aí a partir do momento que ele começa a frequentar a unidade ele vai/ é as pessoas da unidade vão procurando fazer o melhor acolhimento praquela pessoa possa ter aquel/ aquele seu s-sua demanda solucionada, né, não só na questão de curativa, mas também como na questão de prevenção.*

15. Pesquisadora: *E na sua opinião, ainda sobre o vínculo terapêutico, o que você acha que dificulta ou fragiliza esse/ a consolidação desse vínculo?*

16. *Enf. Priscila: É, o que dificulta é eu acho que um profissional insatisfeito com a sua profissão dificulta, eu acho que um profissional que trabalha numa unidade muito sobrecarregado dificulta muuuito o vínculo, porque você não tem a oportunidade de dar atenção que o paciente precisa... né, eu acho que... é um profissional que que não consiga manter esse diálogo, né, é por al/ por algum motivo, né, independente de ser só esses dois que eu já citei, né, ee eu acho que só.*

17. Pesquisadora: *Comente sobre a rotatividade de profissionais de saúde nas unidades?*

18. *Enf. Priscila: É, eu eu, assim, eu vejo que ééé hoje em dia há uma grande dificuldade de/ TALVEZ, NÃO SEI, de de alguns gestores compreenderem essa essência do da Estratégia Saúde da Família, que é a NECESSIDADE do vínculo. De alguns anos pra cá, nós temos tido algumas mudanças aqui no... na prefeitura, é onde eu percebo que que os gestores... eles têm uma imagem distorcida do profissional que fica MUITO tempo naquela unidade, como se isso fosse/ em vez de gerar um vínculo, girass/ gerasse VÍCIOS, né, então assim eu acredito que o vínculo, pra ele existir, o profissional ele tem que permanecer por um tem/ um tempo prolongado, que ele tem, que ele vai gerar um conhecimento da comunidade que ele trabalha, dos profissionais que ele trabalha e que OUTROS problemas, né, de funcionamento organizacional ou de gerenciamento eles precisam ser resolvidos éé nesse nível, né, de de de se conversar, de se precisar é de de, como é o nome? advertências, né, dos processos punitivos mesmo, né, e assim, a questão do vínculo empregatício também influencia muito, né, porque a gente/ nosso vínculo ele não é um vínculo efetivo, né, nós não somos efetivados através de concurso público, né, e isso dificulta muito o vínculo porque essa rotatividade por contratos temporários, muitos profissionais eles saem, volta, m isso fragmenta muito o trabalho dentro da comunidade, TORNA o a comunidade insegura, até a comunidade ela é obter uma confiança no profissional leva um período, um tempo, né, éé a gente tem muitas pessoas, infelizmente q-que não satisfazem a cargos dentro do serviço público, numa questão/ mais por uma questão política per/ continua no serviço público, né, a gente tem muito isso em se-serviços que envolvem a parte POLÍTICA, eleitoral, né, então isso dificulta um pouco... TANTO eu já vi dificultar em algumas unidades a convivência entre os próprios po/ profissionais da unidade, né, que são as pessoas que a gente d/ que a gente diz que “nego tem as costas largas”, né, tem alguém que que... que fale por elas, algum político, alguma pessoa que acabe falando por elas... como eu já vi também isso atrapalhar na questão do da permanência de profissionais em determinados locais e ter essa rotatividade, então eu acho que pra que isso, pra que realmente haja o vínculo, a primeira coisa que precisaria ter era um... um vínculo efetivo do profissional com oo a instituição, né, que como é pública, seria um concurso público, né, a primeira coisa que deveria ter, que hoje eu vejo assim que eu acho que muitos gestores veem oo concurso público como um... uma coisa desvantajosa não só por causa da política, mas porque acha que o profissional, por achar que está efetivo, é capaz de fazer as maiores barbaridades possíveis, né, só que também há punições dentro do que é legal no, né, na pessoa concursada, então, assim, pra mim isso não é desculpa, né, de não haver, há muito tempo que a gente espera que tenha aqui em Sobral e e regularize pelo menos uma parte dos profissionais, né.*

19. Pesquisadora: *Como você acha que a comunidade vê essa rotatividade?*

20. Enf. Priscila: *É eu vejo u/ que a comunidade se sente insegura, né, que inclusive há pouco tempo nós perdemos funcionárias por causa de finalização de contrato e a ge/ e a gente vê que o VÍNCULO que o profissional anterior tinha formado era muito bom, então a comunidade, eu já vi pacientes chegando e perguntando pela falta do profissional que ele tinha o vínculo e o paciente desiste de permanecer e volta, né, sem o atendimento que que ele necessitaria, né, é um... processo que vai demorar um tempo pra formar um novo vínculo, né, então vejo que a comunidade se sente insegura, não só porque/ não porque tenha profissionais ruins, mas até ele go/ conhecer o novo profissional, né, talvez ele venha uma, duas, três vezes, sonde com os vizinhos, sonde com alguém, se realmente é uma pessoa competente, uma pessoa boa, que vai tratar bem, né, e aí é que ele vai começar novamente a ter o vínculo, né, mas como nós nós temos um público que a gente vê que não tem só aquela doença física, né, que o emocional influencia muito e eles vêm atrás de UMA PALAVRA, né, que muitas vezes vai melhorar ali aquele estado geral dele, não só de um remédio, então o/ e/ a pessoa que tinha o VÍNCULO já ajudaria e é difícil da pessoa que ele ainda vai adquirir o vínculo. Pode ajudar futuramente, mas naquele momento em que o vínculo foi fragmentado, que a outra profissional que ele confiava saiu, né, aquele momento ali vai ser o momento que ele vai ter o maior risco, praquela pessoa adoecer mais, né, ou dependendo do de como seja, né, pode vir até a ter coisas mais graves, porque a gente lida inclusive com um público que tem é transtornos mentais graves, que tentam se suicídio, essas pessoas elas procuram o VÍNCULO, né, pra poder ter esse apoio.*

21. Pesquisadora: *E quanto a equipe de saúde que permanece, como você acha que ela vê essas ro/ essa rotatividade?*

22. Enf. Priscila: *É, a própria equipe mesmo, assim... claro, né, que TEM as situações que são mais difíceis, né. Se dentro da equipe, o profissional que saiu num era bem quisto, num tava influenciando para o bom funcionando do trabalho, ela vai ver que a saída do profissional é uma coisa positiva, né, mais esses são casos mais... raros, né, são exceções. A maioria dos profissionais que saem pela rotatividade de contratos finalizaados, né, de de vínculo empregatício é mais de profissionais que já construíram um bom vínculo, né, que já construíram bom relacionamento de equipe e aí realmente até haver essa readaptação, né, e e todo profissional que chega gera uma mudança, né, então até essas mudanças elas tarem*

mesmo éé... é sólidas, né, de maneira positiva, onde vai haver um equilíbrio, né, dessa comunicação. Até que haja isso, também leva um tempo, e influencia no serviço da equipe.

23. Pesquisadora: *Como você vê o atendimento domiciliar?*

24. Enf. Priscila: *É, a g/ como eu vejo assim que é o atendimento ou como eu vejo o MEU atendimento?*

25. Pesquisadora: *Os dois.*

26. Enf. Priscila: *Os dois, pronto. Ééé, o atendimento domiciliar, né, dentro da Estratégia éé é a complementação de um cuidado, né, onde, pelo fato de o paciente não poder vir à unidade, né, se a gente fosse CENTRALIZAR o atendimento dentro da unidade, ele ficaria desassistido, né, e poderia sofrer consequências graves com isso... né, então o/ qual o propósito do atendimento domiciliar? É v/ é o paciente ele ter a oportunidade, diante da sua fragilidade maior que impede ele de se locomover, né, de sair da do do seu/ da sua residência, ele ter essa assistência multiprofissional, né, onde todos os profissionais da unidade eles vão tá capacitados pra dar essa assistência... né. Agora o/ assim o o meu cuidado, assim, como é que eu vejo o meu cuidado particular, ééé eu gosto muito deee... deee... conversar, né, com a família, assim, de ver a dinâmica familiar. Eu acho que o atendimento domiciliar éé independente daas restrições que o paciente tenha, né, ele é importante pra gente ver essa dinâmica, né, por exemplo, um paciente que ele não tenha restrição deee de procurar uma unidade, né, mas que ele tenhaa uma NECESSIDADE onde a gente se desloca pra ver a dinâmica familiar dele, né, essa dinâmica/ essa observação ela vai ajudar na nossa conduta, né, pra ver se a gente vai poder fazer um algo mais pelo paciente.*

27. Pesquisadora: *O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?*

28. Enf. Priscila: *Bom, na verdade o Ministério da Saúde preconiza o número de atendimentos MÉDICOS, né, o número de atendimentos de enfermagem ele não tem uma padronização. Ééé nós nós atuamos, assim, de uma maneira onde a gente tem queee fazer uma TRIAGEM de todos os atendimentos pra que a gente possa tá encaminhando os casos mais... peculiares, que exigem mais cuidados, pros médicos, né, cada um tem a sua função, mas uma das funções da gente é fazer essa primeira triagem, né, essa primeira avaliação, então assim, dependendo do da demanda da unidade de saúde, o enfermeiro acaba sobrecarregado porque tem que ver todos aqueles casos, mas vai depender muito da questão*

organizacional, né, eu já vi locais que fazem uma triagem éé em grupo, né, eu já vi unidades que a triagem ela é feita uma escuta rápida do problema pra poder REALMENTE ser triado, já vi triagem onde o enfermeiro tem que fazer o primeiro atendimento de todas as pessoas pra poder só depois encaminhar pro médico, então dependendo da rotina da unidade, ele sobrecarrega ou não o enfermeiro, né. Aqui nós fazemos um uma escuta, né, pouco mais re/ reduzida, assim, de de uma maneira ampla, MAS quando a gente vê que o problema não pre/ não necessita ir pro médico de imediato e a gente pode fazer uma primeira intervenção, a gente realmente precisa se demorar um pouquinho mais, né, isso acaba pegando um pouquinho doo, né, desse tempo que a gente precisa. E também assim, hoje em di/ antigamente a gente tinha uma agenda um pouco mais engessada, né, a gente tinha turnos que era só pré-natal, turnos que era só prevenção, turnos que era... um atendimento específico. Hoje a gente tem um a chamada agenda flexível, onde a gente pode tá colocando vários tipos de atendimento num mesmo dia, né, então pro/ pra mim, pra minha categoria isso não tem umaa restrição de atendimento, vai depender da organização do serviço.

29. Pesquisadora: *O que você/ aliás... como é a sua relação com os demais profissionais aqui da unidade?*

30. Enf. Priscila: *A minha relação é muito boa, todos os profissionais, né, eu acho que onde a gente tem uma relação de respeito não teem porque dar errado, né, e uma boa comunicação, né, então, assim, desde a categoria... do porteiro, que é a porta de entrada, né, do posto, né, do das pessoas da recepção, do SAME, éé da farmácia, o atendente de farmácia, técnicos, agentes de saúde, médicos, assim, eu nunca tive nenhum problema de relação não, particularmente eu acho que eu tenho boa relação com todos.*

31. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

32. Enf. Priscila: *É, eu acredito assim, que termos organizacionais precisa ser alterado algumas questões de horário, até pra própria organização interna do serviço, néé, hoje, por exemplo, hoje mesmo a gente teve paciente que chegou pra renovar uma receita próximo de onze horas, que é o horário que a gente sai da unidade, né, ee fico/ acaba é-é dando a entender pro paciente que a unidade não tem uma organização, porque ele/ na hora que ele quer, ele quer a receita dele, na hora que ele quer, ele vem pegar a receita dele, né, se não tiver uma restrição de horário, né, acaba acontecendo o que aconteceu hoje, qi a gente se demorar um pouquinho mais com o paciente anterior e NÃO ter tempo suficiente pra atendê-lo de uma maneira mais eficiente, né, mais atenciosa, e aí ficou um pouco ruim, esse*

atendimento não ficou é-é... DENTRO do que era pra ser diante da avaliação dele, né, não ficou satisfatório, né, então eu acho que alguns desses pontos, que a gente já tá tentando modificar, mas é uma questão dee educacional, de educar a comunidade pra determinados horários, pra determinada rotina, né e sempre vai ter as reclamações até que a comunidade compreenda que é a melhor maneira, né, pra que ela saia bem atendida.

33. Pesquisadora: *Mais alguma coisa que você mudaria no atendimento?*

34. Enf. Priscila: *... acredito que não, cê/ mas, assim, você fala no meu de uma maneira geral?*

35. Pesquisadora: *De uma maneira geral.*

36. Enf. Priscila: *De uma maneira geral. Pronto. Éé, pronto. Se for pra especificaar, eu acredito que o acolhimento precisa ser melhorado um pouco, né, do usuário, porque nós temos uma rotina aqui na unidade, que até oito horas da manhã nós temos os agentes de saúde acolhendo as pessoas, orientando, priorizando, né, aqueles grupos mais vulneráveis, como idosos, gestantes, crianças. Depois de oito horas, a gente não tem uma pessoa específica pra isso, então esse é uma das coisas que eu acredito que precisa ser revista, tem que ter um setor específico pra pra acolher melhor esse primeiro momento, pra ver se realmente é uma demanda que precise tá passando pela categoria da enfermagem e na categoria médica. Esse primeiro contato e esclarecimento do paciente eu acho que evita muitas situações desagradáveis onde o paciente a/ não tem a impressão de que o serviço é desorganizado ou que a gente não tá querendo fazer o atendimento dele, né. Outra coisa, eu acho que precisa melhorar um pouco a comunicação da recepção, né, que é o SAME, porque algumas vezes éé não tem a comunicação suficiente, né, pra esse atendimento... e eu acho que a princípio/ EM RELAÇÃO AO VÍNCULO, né, a ao paciente é isso. Tem outras coisas, mas é mais organizacional, mais, assim, a a mais AMPLO, né, coisas burocráticas, né, que nós temos que fazer também, então tudo isso tem que ser estruturado, mas de contato com o paciente, eu acho que o primeiro momento é o acolhimento, melhorar o acolhimento da unidade, né, que o acolhimento não é feito só por nós, enfermeiros, né, o acolhimento é feito por todos... eu acho que melhorando isso já melhora muita coisa.*

37. Pesquisadora: *E novamente se dependesse de você, o que você acha que deveria ser mudado na ESTRATÉGIA de Saúde da Família?*

38. *Enf. Priscila: Eu acho que uma das coisas s-seriiaa éé... NUM DEPENDE DE MIM (risos) mas seria o vínculo empregatício, que determinaria os profissionais por mais tempo, né, em nos locais, melhorando o vínculo, né, éé... assi/ eu acho assi/ eu vejo assi/ a minha parte eu tento fazer o máximo que eu posso, né, é-é muitas coisas barram... em coisas gerenciais mesmo, então eu acho que é algo que foge um pouco do meu controle. Eu sempre procuro tá colocando as necessidades pra gerente da unidade, pra pra ver se diante daquelas necessidades que acontece no dia a dia, a gente consegue melhorar um pouco... mas, assim, éé tratar bem o paciente eu já procuro fazer o máximo, né, ver de uma maneira éé... humana, né, então acho que dependendo de mim, eu faço o que eu posso, assim, né, procurar antecipar um exame se eu puder, se tiver acesso, né, ver as urgências. E eu acho que além disso, aí barra numa questão gerencial mesmo, né, de gestão que num que num cabe muito a mim, abrir mais vagas pra determinadas coisas, né... mas... eu acho que é isso.*

39. *Pesquisadora: Você comentou sobre necessidades que você passa pra... gerente, né, quais seriam as necessidades mais comuns?*

40. *Enf. Priscila: Éé... eu acho que algumas necessidades é questão dee de abordagem, assim, por exemplo, a gente tem algumas abordagens dentro da unidade, de alguns setores, que acaba não sendo tão boas, né, éé se a gente percebe alguma falha profissional mesmo, né, com éé sei lá, na-na-naaa só um exemplo, mas naa aferição de algum sinal vital, se a gente percebe alguma falha a gente já procura pra ela ver com as pessoas responsáveis, ééé exames laboratoriais que demoram, a gente já vê com ela, ééé algum material que falta, a gente já vê com ela, algum conflito de equipe meesmo, né, que a gente sabe que onde tem várias pessoas trabalhando juntas sempre tem algum conflito, né, procura passar pra ela, alguma ideia pra melhoria de fluxo, né, do fluxo da unidade, que a gente como passou por muitas mudanças tá tendo essas ideias pra ver se melhora, aí a gente/ é mais essas questões aí mesmo organizacionais e RELACIONAIS, né, que não tem como não ter.*

41. *Pesquisadora: Mais alguma coisa que você queira falar?*

42. *Enf. Priscila: Não, acho que não.*

43. *Pesquisadora: Pois, muito obrigada.*

44. *Enf. Priscila: De nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa**Técnica de pesquisa:** Entrevista**Data:** 08 de janeiro de 2018**Dia da semana:** segunda-feira**Turno(s):** tarde**Local:** Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz**1ª Parte: Dados do participante**

Entrevistado: Roberto	Idade: 27
Naturalidade: Belo Horizonte	Profissão: Médico
Tempo de exercício da profissão: 6 meses	Tempo de exercício da profissão no CSF Oswaldo Cruz: 6 meses

2ª Parte: Questões da pesquisa**Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):**

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?*

2. *Dr. Roberto: Olha, ééé... é uma experiência queee ao mesmo tempo ela éé... bastanteee... produtiva, digamos assim, no sentido de que você tá sempre ali em contato com o paciente, sempre ééé que tem a possibilidade de de produzir um acompanhamento mais a longo prazo, ao mesmo tempo que é bastanteee éé desafiador, também no sentido de que... difíci/ assim, às vezes a gente ainda falta muito recurso, ééé... às vezes a gente éé não consegue dar ééé uma atenção às vezes devida a determinado paciente, até por/ pel/ devido a demanda, que é bastante alta... certo, mas ééé tem seus prós, tem seus contras, como em qualquer outraa qualquer outra atividade.*

3. Pesquisadora: *Como é a sua relação com os pacientes?*

4. Dr. Roberto: *Olha, éé... ATÉ O MOMENTO, eu acho que NINGUÉM chegou a reclamar, assim (risos) da-da-da do meu relacionamento com eles, assim. Eu sempre fui uma pessoa tá/ bastantee éé na minha assim, então eu imagino quee algum alguns pacientes às vezes se sintam um pouco éé... éé incomodados, porque eu num sou num sou uma pessoa de conversar muito com o paciente, esse tipo de coisa. Com pessoas em geral... digamos assim, mas ééé a gente sempre aprende, né, durante a faculdade quee a gente tem que ééé... ter a relação, né, médico-paciente (ininteligível) sempre é um relacionamento muito muito importante para o segmento do do tratamento do paciente, então eu pelo menos tento fazer o possível por cada paciente, assim, dentro do que eu do que eu sou capaz de fazer. Éé sempre deixando as/ tudo tudo o mais claro possível, com relação ao tratamento, com relação às às complicações que pode haver, éé acho que isso PRINCIPALMENTE é o quee é o quee... que TORNA essa relação médico-paciente mais forte. PELO MENOS ATÉ AGORA, tem dado tudo certo.*

5. Pesquisadora: *Como você considera que é a sua comunicação com os pacientes?*

6. Dr. Roberto: *Éé... bom... a minha comunicação com paciente... depende assim bastante dos pacientes, tem alguns pacientes também que eu consigo me expressar melhor com eles, até mesmo pela pelo nível de instrução do paciente, ééé... sempre tentando lembrar de dee dar a linguagem, que realmente (ininteligível) mais mais importante, assim, que às vezes eu eu mesmo não... eu me esqueço, assim, de... uma linguagem um pouco mais... não tanto específica, nem tanto científica, geralmente os pacientes entendem mais. Ééé, mas no geral eu considero que é uma-uma-uma-uma... uma comunicação até bastante satisfatória, assim, a maioria sai entendendo bastante. O que que ela tem, qual é o tratamento, esse tipo de coisa.*

7. Pesquisadora: *Qual é a regularidade de retorno dos pacientes?*

8. Dr. Roberto: *Olha, éé... a maioria dos pacientes, pelo menos assim, ééé... essa esse retorno é bastante... assim, é MUITO abrangente, difere BASTANTE de paciente para paciente, tem paciente que che/ vem aqui às vezes uma vez por semana, uma vez por mês, éé têm alguns pacientes que eu que eu atendi uma vez durante esses seis meses aqui, eles nunca mais retornaram, então assim, depende muito do daa daa não só doo do do quadro clínico do paciente, como também éé... como também... do entendimento que o paciente tem da doença, assim, às vezes ééé o paciente não sabe muito bem o que que ele tem, então ele acaba*

voltando aqui mais vezes, tem alguns pacientes que até mesmo são ééé sempre existe a possibilidade, né, de somatização de doença, então eles éé então às vezes eles vêm aqui procurando um atendimento às vezes sem sem sem nenhum motivo clínico, digamos assim, certo, então é bastanteee é bastantee... é diversificado, assim essa essa frequência de retorno. Na maioria das vezes, uma vez por mês, pelo menos, a maioria dos pacientes voltam.

9. Pesquisadora: Como você vê o vínculo terapêutico?

10. Dr. Roberto: O MEU vínculo terapêutico específico oou?

11. Pesquisadora: Também, mas de modo geral.

12. Dr. Roberto: Olha, provavelmente assim é umaa/ quando você diz vínculo terapêutico, você diz no sentido dos pacientes é seguirem o o tratamento, a terapia?

13. Pesquisadora: Sim, também. O vínculo terapêutico como o SUS preconiza, que seria essa esse ELO, esse-esse vínculo entre os profissionais e os pacientes.

14. Dr. Roberto: Entendi. Ééé... bom assim éé... provavelmente é a maior éé éé... o aspecto mais importante assim, né, de do-do-doo do segmento terapêutico, porque no momento em que você não ééé não tem um ELO muito forte com o paciente, ele provavelmente ele não vai voltar aqui um pouco/

(Neste momento, a ASB Eduarda entra no consultório. O médico para por alguns segundos a entrevista)

15. Dr. Roberto: Ééé a ma/ muitos pacientes às vezes não voltam aqui, eles não dão segmento adequado, né, muitas vezes éé a gente perde/ a gente faz até o-oo/ a gente faz/ a gente faz até o seguimento correto, pede os exames, pede as med/ é prescreve as medicações e às vezes ele não ele não, às vezes eles não seguem às vezes pelo simples fato de ele não sei lá, não foi com a sua cara ou coisa do tipo... entende, então é realmente um aspecto bastante/ que determina muito a questão doo do-do doo segmento, né, se-se o paciente VAI seguir com... de acordo com o tratamento, se ele confia no MÉDICO, isso tudo influencia bastante, assim.

17. Pesquisadora: De acordo com a tua experiência, é o que que faz com que eles não retornem, que eles não continuem o tratamento, que não se crie esse vínculo?

18. Dr. Roberto: Pronto. Éé... uma das coisas quee talvez é acho que/ o fator mais importante é a falta de CLAREZA que tem com o paciente... assim é às vezes éé... pacienteeee eleee/ às

vezes ele sai da-da-da-da consulta sem saber exatamente o porquê que ele tá-tá pedindo esse-esse-essa-esse exame, porque ele prescreveu essa medicação eee aí eles acabam não não-não seguindo assim, eles não tomam, eles não fazem a-a os exames, simplesmente porque eles não cons/ sabem porque aquilo tá sendo pedido, então essa provavelmente é a-a-a-a o aspecto mais importante... certo. Uma/ outras vezes é às vezes até mesmo questão de instrução, às vezes é questão de questões financeiras mesmo que os pacientes TÊM algum, assim, uma condição melhor, ele/ podem fazer um-um-um exame particular ou então pode comprar alguma medicação que não tem no posto. Enquanto outros pacientes como como ma/ são de condição financeira mais/ pacientes mais necessitados, mesmo às vezes têm que esperar uma consulta, às vezes o SUS, que demora bastante, é e aí eles acabam não-não-não dando segmento a isso. MAIS pela questão é tanto pela, como eu falei, pela questão da informação e eu acho que a questão financeira acho que são-são dois fatores mais mais que mais impedem mesmo essa adesão.

19. Pesquisadora: Na sua opinião, e quais seriam os fatores que facilitam pra que o vínculo seja consolidado? Você falou dos que dificulta, e quais são os que facilitam?

20. Dr. Roberto: Pronto, é os que facilitam/ bom o primeiro deles é como eu falei antes, é aa é aa informação né, é você conseguir falar com clareza, ééé esclarecer, ver o que o paciente tem, certo eee quando a gente falar nisso, deixar bastante claro quais são os... é as repercussões que aquela que aquela doença que ele tem vai ter pra vida dele, certo, que que vai acontecer se ele não se ele não seguir o tratamento, esse tipo de coisa. Éé outra coisa que facilita bastante às vezes éé éé são é a promoção de-de algumas campanhas s/ que já têm (ininteligível) por exemplo o-o Outubro Rosa, o Novembro Azul, que às vezes/ que ele quee a EQUIPE, não só médica, mas a equipe do-do-do... do PSF éé eles entram em contato com com o paciente, ESCLARECE, INCENTIVA o paciente a procurar o posto em caso de-de-de-de qualquer tipo de sintoma, certo, éé... isso facilita bastante pra pra éé... os pacientes virem... se consultar, assim, alguns, assim, a maioria perdem encontro com uma certa/ encontram uma certa resistência, mas a maioria consegue se-se-se soltar melhor pra pra procurar o posto.

21. Pesquisadora: Comente sobre a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde.

22. Dr. Roberto: Pronto, éé... assim, eu... quando você diz rotatividade éé éé a frequência de de troca de [isso]. Pronto, ééé assim é difícil eu falar, porque eu tô aqui só há seis meses, mais ou menos, e durante esse tempo a equipe com a qual eu trabalhei tem sido

majoritariamente a mesma, assim, não houve a troca dee deee/ houve uma enfermeira e uma gerente, né, que fo/ que foi trocada agora no início do ano, mas... o que eu percebo é um vínculo bastante grande, assim, entre os entre os profissionais, assim, a maioria que/ pelo que eu vejo aqui, tá já tá aqui há bastante tempo, então éé é como o pessoal daqui fala, assim, já é quase que uma família, assim, pessoal aqui, todo mundo se conhece BASTANTE, éé nunca não me pareceu que não parece que há essa rotatividade muito grande pelo menos nesse posto. O que é até bom, assim, porquee porque facilita pra pra entrar, pra... CRIAR, né, esse vínculo entre-entre os profissionais que também é é bastante... bastante importante, éé da maioria das vezes, às vezes, não é um não é um... posto de saúde em que HÁ essa troca muito repetida de profissionais às vezes não cria essa essa UNIDADE mais coesa, assim, mas aqui por enquanto não não é um problema.

23. Pesquisadora: Você falou que é importante ter uma unidade entre os profissionais, [uhum] por quê?

24. Dr. Roberto: Olha, porquee éé já foi-se o tempo, assim, quee... éé acreditava-se que a saúde da-daa saúde da pessoa se ééé... cabia inteiramente a um tipo de profissional de saúde, no caso seria o médico. A maioria delas... a maioria delas ééé... na realidade, hoje em dia, sabe-se muito bem que éé mais o conjunto mesmo das é uma equipe multidisciplinar que facilita melhor do o-o-o a melhora do paciente. Éé o médico, a enfermeira, os agentes de saúde, que tão que são as/ de longe são as-as os profissionais que têm maior contato com o paciente, tendeu, fisioterapeuta, dentista. Tudo isso trabalhando em conjunto ééé oferece uma melhora do paciente, um melhor atendimento pro paciente, do que simplesmente você delegar essa função exclusivamente a um a um profissional. Is/ assim, é isso é provavelmente a maior evolução que teve na questão da-da-da saúde pública do país.

25. Pesquisadora: Como você vê o atendimento domiciliar?

26. Dr. Roberto: É, o atend/ eu vejo o a visita domiciliar como uma uma estratégia necessária, assim, até porque eles têm muitos pacientes que não não têm a condição de-de se se deslocar até o posto. Então, a visita domiciliar ela é bastante importante PRA ESSES pacientes, MELHORA também a questão do vínculo, o vínculo entre médico e paciente, a relação médico-paciente melhora bastante, certo. Há uma uma... assim, acaba criando quase um laço familiar desse paciente, quando cê tá na casa dele, ele elee é ele se sente mais à vontade na casa dele, pra poder então se abrir em relação a-aos problemas dele, ééé e você também se sente parte da família com isso.

27. Pesquisadora: *Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?*

28. Dr. Roberto: *... éé... uma das coisas que-que assim, eles têm uns pontos específicos, assim, que eu acho que poderia melhorar, éé... a ques/ eu acho que a demanda às vezes/ até que esse posto aqui não/ esse posto aqui a demanda é bastanteee razoável, mas às vezes tem ou/ em outros é Centros de Saúde da Família, o médico atende vinte, trinta pacientes às vezes num num num expediente. E aí isso acaba éé tornando as coisas um pouco mais corridas, éé não dá pra criar essa-essa relação mais forte com com o paciente... éé... O QUE NÃO É O CASO AQUI DESSE POSTO, nesse posto aqui dá pra pra você conhecer o paciente muito bem... uma coisa que éé nesse posto especificamente a gente tem uma certa resistência é nas questões das consultasss é de puericultura, né, as consultas dee dee das crianças recém-nascidos até um ano. Éé a gente dificilmente a gente vê esse acompanhamento sendo feito, a maioria das mães elas têm uma certa resistência de trazer, certo, tanto quee isso foi até éé... éé objetivo até deee deee... de estudo até da-da-da doutora Mariana, quee ao lon/ a criação doo do dia de puericultura coletiva, pra ela ficar por conta disso e aí ééé pedi pras pra a gente de saúde avisarem as mães, pra trazerem os os bebês aqui. Essa talvez seja a maior defasagem... na ques/ nesse posto. Agora... todos os ou/ todas as outras éé tipo saúde mental, éé hipertensão, diabetes, tudo isso é bastantee, é muito bem desenvolvido aqui.*

29. Pesquisadora: *O que você acha do número de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?*

30. Dr. Roberto: *Ééé... assim, o que o-o Ministério da Saúde preconiza, por volta de dezesseis pacientes por por turno, eleee é um número quee/ do geral, é possível acompanhar bem esse essa quantidade de pacientes, certo... ééé mas é lógico que esse-esse número poderia/ às vezes ele varia de acordo com a demanda do posto, certo, tem pa/ tem-tem-tem alguns postos, por exemplo, esse aqui a gente não chega a atender de/ dezesseis, tem outros postos que a pessoa passa disso tranquilamente, assim, principalmente d-dependendo daa daa área que ele se encontra, mas éé... cabe principalmente a cada equipe tentar éé, como é que pode dizer, manejar da melhor forma possível, pra que o médico não se sinta sobrecarregado e des/ e consigaa consigaa éé atender, né, a demanda da-da população daquela área, mas o-o-o essa média, né, de dezesseis é como eu falei, uma média, assim, de/ a ma/ alguns p/ ela é bastantee razoável.*

31. Pesquisadora: *Você já falou um pouco sobre isso, mas eu vou perguntar mesmo assim, ééé como é a sua relação com os demais profissionais aqui do posto?*

32. Dr. Roberto: Bom ééé a minha relação assim especificamente é, assim, sempre foi uma relação bastante tranquila, assim, nunca tive nenhum problema com nenhum dos-dos funcionários aqui, certo, éé então nnnnunca vieram reclamar de mim (risos) então, entããã, pelo menos assim, até agora a relação até muito boa, assim, é bom que seja pro pra pra anda/ pro andamento melhor; asism, do posto.

33. Pesquisadora: E se dependesse de você, novamente, o que você mudaria no na Estratégia de Saúde da Família, o programa?

34. Dr. Roberto: Olha, o-o... o Programa de Saúde da Família não tem muito o quee/ pelo menos na minha opinião, não tem muito o queee o quee o que mudar, assim. Hoje em dia, já é tido como referência não só aqui no Brasil... referência mundial o Programa de Saúde da Família aqui... do Brasil, então éé o fo/ a forma como ela fi disposta, assim, ééé nã/ realmente não tem muito o que o que melhorar. O que pode melhorar é justamente a questão daa ééé... como é que eu posso dizer, assim... INVESTIMENTO na saúde por parte do governo, assim, tanto em medicação, quanto material, quanto estrutura mesmo do posto. Isso, sim, pode melhorar. Agora, ééé o a Estratégia no todo, ela é, assim, ela ela é muito beem éé muito bem estruturada... então assim, acho que é aa aa principal evolução que a gente poderia ter é é questão de/ a questão de investimento mesmo.

35. Pesquisadora: Pois então, muito obrigada, Roberto.

APÊNDICE D – Proposta de diário de participantes para pacientes

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
DEPARTAMENTO DE LINGUÍSTICA, PORTUGUÊS E LÍNGUAS CLÁSSICAS – LIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA – PPGL
RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: JÚLIA SALVADOR ARGENTA – (61) 98659-0590

**A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) EM SOBRAL, CEARÁ**

Nome: _____ **Data:** ____/____/____

1. Em relação à sua saúde, como você se sentiu hoje?

**2. Que ações relacionadas a sua saúde você realizou hoje?
(como, onde, com quem e por quê)**

**APÊNDICE E – Proposta de diário de participantes para profissionais de saúde
(enfermeiros/as e médicos/as)**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
DEPARTAMENTO DE LINGUÍSTICA, PORTUGUÊS E LÍNGUAS CLÁSSICAS – LIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA – PPGL
RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: JÚLIA SALVADOR ARGENTA – (61) 98659-0590**

**A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF) EM SOBRAL, CEARÁ**

Nome: _____ **Data:** ____/____/____

1. Quantos/as pacientes você atendeu hoje? O que você achou desse número?

Manhã:

Tarde:

2. Como foi seu trabalho hoje? (Considere todos os aspectos de sua atividade)

Manhã:

Tarde:

3. Dos/as pacientes atendidos/as hoje, quantos/as são pacientes regulares na unidade? Por quê?

Manhã:

Tarde:

**APÊNDICE F – Proposta de diário de participantes para profissionais de saúde
(Agentes Comunitários/as de Saúde)**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
DEPARTAMENTO DE LINGUÍSTICA, PORTUGUÊS E LÍNGUAS CLÁSSICAS – LIP
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA – PPGL
RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: JÚLIA SALVADOR ARGENTA – (61) 98659-0590**

**A CONSTRUÇÃO DISCURSIVA DO VÍNCULO TERAPÊUTICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA (ESF) EM SOBRAL, CEARÁ**

Nome: _____ **Data:** ____/____/____

1. Quantos/as pacientes você atendeu hoje? O que você achou desse número?

Manhã:

Tarde:

2. Como foi seu trabalho hoje? (Considere todos os aspectos de sua atividade)

Manhã:

Tarde:

3. Com que regularidade você visita os/as pacientes que você visitou hoje? Por quê?

Manhã:

Tarde:

APÊNDICE G – Entrevistas pós-diários de participantes com pacientes

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Instrumento: Entrevista (pós-diários)

Data: 08 de fevereiro de 2018

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *No posto, com quem você conversa sobre sua saúde e por quê?*
2. Carla: *Eu converso mais com a enfermeira... antes era a Renata, agora é a... como é o nome dela? Me esqueci, Jaqueline.*
3. Pesquisadora: *E por quê?*
4. Carla: *Porqueee... diante mão, tem que passar por ela, né? Você tem que passar por ela pra poder ir pra médica, ÀS VEZES ela resolve o caso, mas às vezes não é ela, às vezes é só o médico.*
5. Pesquisadora: *E aí o que que acontece... se elas não resolvem e vai pro médico?*
6. Carla: *Ãn?*
7. Pesquisadora: *E aí o que que acontece... se elas encaminham pro médico?*
8. Carla: *Quando ela me encaminha?*
9. Pesquisadora: *É.*

10. Carla: *Ela me encaminha, eu vo/ eu passo, eu vou... vou verificar peso e pressão, aí vou, espero geralmente a gente espera duas, três horas pa poder ser atendido, como sempre... aí, mas dá certo.*

11. Pesquisadora: *E geralmente, que recomendações de saúde você recebe no atendimento?*

12. Carla: *Pra mim emagreceer, por causa da minha pressão, porque eu tenho a pressão muito alta [uhum] é... é... pra mim cuidar da minha saúde, manda fazer caminhada, um bucado de coisa. Por causa, porque elas dizem que a minha pressão é alta por conta do meu peso, mas eu creio que não, eu já tinha pressão alta antes de eu ser GORDA desse jeito.*

13. Pesquisadora: *Ee, sobre que outros assuntos você conversa com profissional de saúde que lhe atende, além da saúde?*

14. Carla: *Só isso mesmo, só saúde mesmo.*

15. Pesquisadora: *Então tá bom, muito obrigada.*

16. Carla: *De nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Instrumento: Entrevista (pós-diários)

Data: 06 de fevereiro de 2018

Dia da semana: terça-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *No posto, com quem você conversa sobre a sua saúde, quando a senhora vai lá?*

2. Bárbara: *Não, no posto eu pouco converso com as pessoas lá, porque quando eu vou / eu tenho meu plano de saúde, então (ininteligível) porque segunda-feira eu tinha um plano de saúde da (Geap?) todo funcionário público federal tinha essa Geap né, era mais barato do que a Unimed e tudo, como eu tenho saúde e quase nunca me consulto né, o Hospital do Coração é credenciado pela Geap, o Hospital da Unimed era, que hoje já não é mais né, aí fui pro Hospital do Coração e fiz todo esse check-up que faz aquelas coisas / que bota aqui o tensiômetro aqui e fica / a gente fica todo tempo cuidando daquele quadro (ininteligível) aqui, sei que eu fiz essas coisa todinha há uns dois anos atrás e lá no posto eu converso com a Catarina eee e a Laís as vezes eu converso a tarde todinha com ela aqui.*

3. Pesquisadora: *Geralmente, que recomendações de saúde a senhora recebe quando vai ao posto?*

4. Bárbara: *Nenhuma, e outra coisa eu-eu me consulto lá-lá no (ininteligível), uma vez eu fui obturar o dente aí a menina foi fazer, eu digo olha aqui esse dente, aí ela tá-tá aí ela-ela obturou e esse dente aí vive só dando assim uma-uma dor, uma dorzinha né, mas eu nunca me consulto. Uma vez eu fui pra pro / eu tava custando muito a dormir aí o doutor, até ele viajou pra São Paulo, ele disse que ia fazer uma residência lá e eu me consultei com ele, mas ela foi até rápido assim né porque não tem muita conversa não né, tem pouca conversa porque eu tenho um sobrinho e ele / sim meu sobrinho que eu já tinha te falado não foi, que ele foi pra São Paulo fazer uma residência, domingo, que... que agora fizeram oito dias, a mãe dele me telefonou, “olha o Pedrinho chegou e não sei o que..tá aqui, veio passar o carnaval, ele fez os exames, ele vai te contar” e eu “oh José Pedro”, “quê que há tia Bárbara?”, “que exame tu fez?” “fiz exame pra residência, aí na verdade fiz três, fiz exame na USP, adivinha quem tirou primeiro lugar na USP?” aí “certamente foi você”, “foi exatamente, tia, porque era duas vaga e todo mundo queria fazer o exame de residência lá” e ele, e ele, e ele fez e a receita mesmo assim, quando eu chego Pedrinho tô sentindo isso aqui, e aqui tô mostrando aqui as coisas tudinho, esse meu olho aqui quando tá / ele tem esse meu sinal aqui que (ininteligível), tia Bárbara o negócio tá-tá tá saindo sangue, tá aumentando, já tá meio-meio brilhando (ininteligível) ele é / ele tá fazendo urologia, quer dizer fez exame pra urologia e tirou o primeiro lugar, quer dizer a consulta dele é outra, é outra coisa, eu não sei se essa essa juventude hoje tá-tá tá se-se-se se divindando, achando que um médico não é um*

Deus né, eu acho que é isso, e antigamente, Ave Maria, era só nome com dor, com dor, com dor e tá aqui, não explicava nem o que era tu acredita né?! O que a pessoa tá sentindo, o que é que o médico deve fazer, como era os procedimento, não explicava nada, só lá dos remédio pra saber como era né. (Conversa paralela com outra pessoa da casa).

5. *Pesquisadora: E, por fim, quando a senhora recebe atendimento seja da Laís ou lá no posto sobre que outros assuntos vocês conversam sem ser a sua saúde, tem alguma coisa que vocês conversam, sobre o que seria?*

6. *Bárbara: De tudo, eu sempre converso com a Laís porque eu convivi ali 25 anos e todo / e ela era muito interessada sabe no quê que a pessoa sentia (conversas paralelas).*

7. *Pesquisadora: Mas então, quando a senhora vai ser sempre atendida pela Laís aqui na sua casa ou lá então só, só se conversa sobre a sua saúde?*

8. *Bárbara: É, não só sobre a saúde, é essas coisas diárias aqui, fica aqui, outro dia ela fez um, umas perguntas se eu tava na responsabilidade, essas coisas assim que não tava escrito que dá-dá na cabeça dela não sai, não sai nem uma coisa, assim se eu tivesse pressão alta graças a Deus eu não tenho pressão alta, senão eu tinha que ia LÁÁÁ lá pra pra / ou então comprar um tensiômetro pra-pra ficar / ia pra farmácia porque o da-da pra dizer assim, o da Laís tá-tá ela só vê mesmo a pressão do coração, eu acho assim, era melhor fazer uma sequência de perguntas né porque não sabe tirar pressão porque aí quem-quem não soubesse se apresentava né e faz / vai fazer, que nem tem aquele de primeiros socorros, que isso aí é uma coisa que a pessoa fazer uma coisa dessa no mínimo assunto de politica, o prefeito botou isso aqui, aí arranhou um vereador que arranhou um-um agente de saúde, quer dizer que agente de saúde pode ser uma pessoa sem pelo menos uma formação pra estar / a mais, a mais, a mais iniciante possível né é primeiro socorros, sei lá, uma-uma uma pressão, saber fazer uma-uma pra saber se tem diabetes, as vezes ela vinha né, quando eu fazia ginástica ali lá na (Tenda do Rei?), aí uma vez vinha / elas vinham aí a gente fazia o café da manhã, aí fazia aquela coisa de-de de tirar a pressão e tirava aqui e pronto, ee e depois a gente fazia um café ali, todo mundo tomava um café, uma coisa animada né, mas depois acabou-se esse negócio né aí começou essas reunião, essas reunião aí eu só vou pra cooperar porque eu acho assim, menina eu vou pelo menos cooperar pra ajudar na reunião porque elas não tem muito assim / a Catarina que é a mais assim, a Catarina, a outra, tem mais duas que eu nem sei nem o nome.*

9. Pesquisadora: *Uhum, pois muito obrigada pela sua entrevista.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Instrumento: Entrevista (pós-diários)

Data: 06 de fevereiro de 2018

Dia da semana: terça-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *No posto, com quem você conversa sobre sua saúde?*

2. Andressa: *Primeiro converso com a-a atendente, né, na-na-no balcão, recepcionista, ela já pergunta a gente qual é o caso, o que que/ que que a gente realmente tá precisando, de lá a gente vai pra enfermeira... aí depois que a gente conversa TUDO de/ relata TUDO pra enfermeira é que ela PASSA pro médico, aí é que a gente diz TUDO pro médico de noovo, pra ele passar alguma coisa, uma medicação ou encaminhar pra um/ pra mais alguém.*

3. Pesquisadora: *E desseee/ desses três profissionais que cê passa, com quem que você se sente mais confortável?*

4. Andressa: *Devido a educação de todos e da atenção de eles quererem pelo menos particularmente A MIM, eu me sinto à vontade com todos eles, eu fico bem com todos eles, porque particularmente comigo elas são muito legal, então... tanto eu chego/ tô/ converso com a recepcionista “tô precisando disso aqui”, vou lá pra dentro também, converso direitinho com elas, elas sempre me atendem com muita com muita atenção, com muito*

respeito, depois pro médico, d/ isso é/ ELES TRÊS pra mim eu me sinto à vontade pra conversar com eles.

5. Pesquisadora: E, geralmente, que recomendações de saúde você recebe nas consultas, no atendimento de modo geral?

6. Andressa: ... não entendi a pergunta.

7. Pesquisadora: Geralmente quando você vai fazer uma consulta ou passar por um atendimento, que recomendações eles passam pra você de saúde, pra você fazer, pra melhorar seu/ sua saúde ou tratamento?

8. Andressa: Pronto, devido as/os problemas que eu tenho, dependendo do problema que eu tenho, é isso que eles pedem. Da última vez que eu estive lá, eu estive lá com problema de enxaqueca, eu tava com muita enxaqueca, então eles me aconselharam que eu tomasse a medicação, que eu parasse de tomar refrigerante, mas eu não tomo, que eu diminuísse um pouco o café, que issai eu tomo muito, diminuísse as frituras, que eu também não gosto de comida cozida, já como comida é muita comida fritu/ frita, que infelizmente eu ainda não saí dela, mas diminuí um pouco, então é esse as-os conselhos que eles me dão é esse, eu tento seguir e realmente funciona. Funciona sem dúvida.

9. Pesquisadora: E sobre que outros assuntos você conversa com os profissionais de saúde que lhe atendem?

10. Andressa: Geralmente é só isso mesmo, eu só converso o que eu vou/ o que eu tô sentindo, conto sempre me lembro de contar o que aconteceu há tantos anos atrás, e vou até chegar onde eu estou realmente, pronto é só mesmo sobre isso mesmo que a gente conversa.

11. Pesquisadora: É só isso. Muito obrigada.

12. Andressa: Muito de nada (risos).

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Instrumento: Entrevista (pós-diários)

Data: 05 de fevereiro de 2018

Dia da semana: segunda-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Seu Cauã, no posto de saúde, com quem você conversa sobre sua saúde e por quê?*

2. Cauã: *Geralmente, ou é a enfermeira ou o médico, né, marcar consulta... e o agente de saúde... por quê? Porque... é só eles mesmo que tem lá pa poder falar da saúde da gente.*

3. Pesquisadora: *É, geralmente, que recomendações de saúde você recebe no/ nas consultas e no atendimento de modo geral?*

4. Cauã: *Geralmente é procurar fazer exercício, deixar de comeer... comidas né gordurosas, as coisas que... prejudica a gente.*

5. Pesquisadora: *E como é que anda na... no seu dia a dia isso?*

6. Cauã: *Eu não... não muito bom não que a gente não consegue, comé/ seguir a linha... tipo esse procedimento que eles pede pra gente, ma a gente TENTA ma é difícil... difícil demais.*

7. Pesquisadora: *E sobre que outros assuntos você conversa com os profissionais de saúde que lhe atendem?*

8. Cauã: *Basicamente só isso mesmo... nada mais não.*

9. Pesquisadora: *Muito obrigada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa**Instrumento:** Entrevista (pós-diários)**Data:** 05 de fevereiro de 2018**Dia da semana:** segunda-feira**Turno(s):** tarde**Local:** Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz**Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):**

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *No posto, com quem você conversa sobre sua saúde normalmente? Quando você vai ao posto de saúde.*

2. Erison: *Não, a gente chega lá e procura o médico, né. Agora, semana passada eu fui botado pra falar com a doutora no dia dezoito de março... a receita venceu, aí disse que tinha só com a doutora agora pro dia dezoito de março... aí eu falei até que o remédio não ia dar até lá, aí ela disse “é, mas só tem vaga pra esse dia”.*

3. Pesquisadora: *Geralmente, que recomendações de saúde você recebe nas consultas?*

4. Erison: *Na consulta a gente só vai de/ se a gente não tiver precisando, só vai quando a receita tá vencendo, de seis em seis mês, eu pelo menos agora foi, eu não precisei durante o período, aí foi agora e só marcaram pra... pra março, [ma/] dezoito de março.*

5. Pesquisadora: *Mas e aí quando o senhor vai pra consulta, que eles dizem pro senhor fazer em relação a sua saúde?*

6. Erison: *Não, quando a gente fala com a doutora, ela pede pra diminuir o peso, ela pede pra ter cuidado na comida.*

7. Pesquisadora: *E eu vi aqui du-durante os diários que o senhor preencheu pra mim, é o senhor tenta diminuir [faz é tempo] a quantidade de de/*

8. Erison: *Eu já diminuí, eu tava com cento e vinte e sete, diminuí pra cento e doze, aí relaxei, tô com cento e dezoito, mas agora eu já tô tentando de novo, já tô com cento e quinze, diminuí três quilos do dia doze pra cá.*

9. Pesquisadora: *Em relação a outras/ a outros tipos deee cuidados com a saúde, que que el/ que que o senhor faz normalmente?*

10. Erison: *Era pra eu caminhar, num tô caminhando né, que eu chego aqui seis hora da manhã, saio nove da noite, aí chego em casa, descansar (risos).*

11. Pesquisadora: *Ee, sobre que outros assuntos vocês conversam durante a consulta?*

12. Erison: *É só isso mesmo, ela pergunta, é muito rápida a consulta, demora muito não, é rápido.*

13. Pesquisadora: *Então ela ne/*

14. Erison: *A gente é que digamos, dependendo do que a gente tá precisando é que a gente/ ele mesmo “que que tá acontecendo?” pronto, vai passando a receita e manda a gente embora.*

15. Pesquisadora: *Então, muito obrigada.*

APÊNDICE H – Entrevistas pós-diários de participantes com profissionais de saúde

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista (pós-diários)

Data: 08 de fevereiro de 2018

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): manhã

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Que orientações de saúde você costuma dar aos seus pacientes de modo geral?*

2. ACS Camila: *É, orien/ orientações de saúde eu dou em relação à dengue, né, eu dou ANUALMENTE, dia após dia, em relação à dengue, né, porque o pessoal acha que é só no período da quadra invernososa, mas não é, tem que ser todos os dias, ter os cuidados, né, com água parada, com pneu, com garrafas, é ANUALMENTE a dengue. Lógico que eu oriento todas as doenças, né, gripe, alergia, mas a dengue é DIA A DIA.*

3. Pesquisadora: *E que outros assuntos costumam ser tópicos de conversa durante o atendimento?*

4. ACS Camila: *Olha, os assuntos que geralmente eu falo planejamento familiar, né, quando eu vejo adolescente é planejamento familiar; quando é um hipertenso e um diabético, é sobre alimentação saudável, atividade física, viu, é isto.*

5. Pesquisadora: *E além do da-da do assunto de saúde, que outros assuntos vocês conversam?*

6. ACS Camila: *Raramente sobre a vida pessoal, né, mas eles pergunta os idosos, “quantos filhos você tem?” “cê mora aonde?” “faz quantos anos que você é agente de saúde?” mas eu não gosto DE falar muito de vida pessoal, porque a gente tem que ter ética profissional, né, não misturar as coisas, mas quando não fala em-em saúde, eles querem falar sobre política, viu?*

7. Pesquisadora: *E como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes?*

8. ACS Camila: *Vínculo terarapêutico como que cê diz?*

9. Pesquisadora: *O elo, essa ligação que você tem com seus pacientes, como é que você constrói?*

10. ACS Camila: *Não, eu construo, eu vou cadastrar, né, e passo mensalmente quando é mensalmente, eu passo semanalmente, um exemplo, um acamado que eu tenho eu vou toda semana, é pra mim ir uma vez por mês, mas eu vou semanalmente, né, porque é acamado, aí a gestante, geralmente eu tô indo quase toda semana, o elo que-que eu construo é fazendo amizade, né, fazendo meu trabalho direitinho, entregando consultas, orientando eee eu tenho amizade com as pessoas, né, eu gosto muito de tratar bem quando eles chega na unidade, vou recepcioná-los, saber o que que eles querem na unidade, sei que eu acho o meu/ a minha amizade muito saudável com os meus pacientes.*

11. Pesquisadora: *Na na nos seus diários, você colocou que os seus dias de trabalho sempre são ótimos, o que você considera ótimo?*

12. ACS Camila: *Ótimo é porque eu consegui visitar muitas pessoas, embora eu saia com uma meta “eu vou visitar hoje dez” mas NUNCA é dez, sempre é dezessete, é dezoito, como você viu, né, nos mapas, porque é uma rua que as pessoas ficam na CALÇADA, que as pessoas quase não trabalha, ficam é ali na calçada de manhã, aí me chama, uma me chama prum lado, outra me chama pro outro, aí meu planejamento é só dez, mas geralmente passa de dez, porque o pessoal fica me chamando, me perguntando orientações e eu acho ÓTIMO (risos).*

13. Pesquisadora: *Pois, muito obrigada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa**Técnica de pesquisa:** Entrevista (pós-diários)**Data:** 06 de fevereiro de 2018**Dia da semana:** terça-feira**Turno(s):** tarde**Local:** Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz**Convenções da pesquisa (MAGALHÃES, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):**

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Que orientações de saúde você costuma dar aos seus pacientes de modo geral?*

2. *ACS Laís: Aaa as orientações recorrentes são sobre aaa aplicação dos meios de/ para evitar diarreia, as doenças que tão na época, que é/ que acontece muitas gripes, né, são essas recorrentes, as doenças recorrentes... E lembrando aqui também das prevenções, que a gente costuma tá sempre passando as orientações das prevenções, das doenças sexualmente transmissíveis... são essas.*

3. *Pesquisadora: Que outros assuntos costumam ser tópicos de conversa durante o atendimento?*

4. *ACS Laís: Costumeiramente, as-as as perguntas que mais que se evidenciam muito é sobre as doenças sexualmente transmissíveis, tanto em mulheres férteis, como não férteis, idosas têm essas essas curiorida/ curiosidades, muitas nem sabem que/ muitas idosas não sabem que a prevenção não é só até a idade fértil, ultrapassa essa idade também, então a gente fica sempre passando essas informações.*

5. *Pesquisadora: E que outros assuntos sem ser saúde é fa/ é conversado durante o atendimento?*

6. ACS Laís: *Sim, é, fora essas essas ações da saúde, a gente entra mais em assuntos particulares, as pessoas elas relatam o que elas tão passando, e aí a gente vai ouvindo e vai... vai dizer alguma... alerta, como evitar, a gente tá mais é pra ouvir mesmo, né.*

7. Pesquisadora: *E como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes? O que você faz pra construir?*

8. ACS Laís: *Éé... durante esse esse período de trabalho, graças a deus eu tive sorte de pegar uma população bem aceitável, não tem muito trabalho (ininteligível) fazer essa-essa ponte... de duas semanas a três semanas eu já tô bem ligada às famílias.*

9. Pesquisadora: *Que que você faz pra sentir essa ligação crescendo?*

10. ACS Laís: *Dar abertura, dar abertura pra tudo que der, pra tudo que vier delas... dar abertura, sou ABERTA pra ouvir TUDO e dar conselho, né, com certeza.*

11. Pesquisadora: *Muito obrigada.*

12. ACS Laís: *De nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista (pós-diários)

Data: 08 de fevereiro de 2018

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Que orientações de saúde você costuma dar aos seus pacientes, de modo geral?*

2. ACS Gustavo: *De modo geral... depende da estação. Geralmente, a gente faz pela / naaa estação chuvosa a gente já vai prevenção de dengue eeee e orientações sobre gripe eeee diarreia porque dá muito. Ai no caso o pessoal da diarreia a gente orienta a vim logo no posto de saúde e se a pessoa tá/ está gripada a gente orienta queee se passa uma semana e ela permanecer com aquele estado e se for criança que venha logo. Ai se foor adulto eeee... passou de uma semana vem pro posto e se for idoso também venha logo porqueee já são mais frágeis... Hipertenso, diabético a gente dá a mesma orientação SEMPRE né alimentação e exercício físico e tomar sempre o remédio. Aaa pra população mais saudável a gente normalmente/ a gente só vai se for mulher a gente só vê seee tava com a prevenção em dia, se não tiver a gente encaminha eeee dependendo da idade faz a mamografia também. Homem é mais solto né aii (risos) é sóóó a gente quase nem fala com eles, a gente fala mais com com a dona de casa. É basicamente isso.*

3. Pesquisadora: *E que outros assuntos costumam ser tópicos de conversas durante o atendimento?*

4. ACS Gustavo: *A gente chega/ a gente chega é normalmente para entregar entregar uma consulta aí sempre eles fazem alguma pergunta sobre o exame ééé as vezes eles fazem dúvidas, ti-tiram dúvidas, por exemplo, recentemente teve um caso de meningite aí a área inteira ficaoouu ficou atenta porque não é comum e eles também não não têm muita informação aí eles perguntam MUITO aiii e eles também têm muita conversa extraoficial né aí a gente chega é necessário pra poder ocorrer o vínculo e a pessoa falar da vida dela. Ééé dependendo do caso, se for um saúde mental, por exemplo, eles são BEM sensíveis e eles gostam de conversar e eee no caso é mais terapêutico pra eles a gente conversar do queee até o próprio remédio... eee no caso dos estudantes a gente quase não tem conversa porque eles só abrem a porta “oi”, “oi, tudo bem? tem isso, isso, isso e aquilo?” “não, não, tchau”. É menos de cinco minutos a-a visita. Agora com pessoas idosas a conversa é BEEEM LOONGA, tanto é que eu só visito duas, três pessoas idosas nooo no dia porqueee é mais de meia hora porque conversa muito e se você for antes de/ for embora muito rápido ela fica frustada... aí é ruim pro vínculo.*

5. Pesquisadora: *É, como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes, além do que você já disse?*

6. ACS Gustavo: *Olha éééé é complicado geralmente tem gente que não tem como se criar o vínculo, no caso dos estudantes, porque é necessário você ter algum contato e você tem que conversar bastante com as pessoas aí no casooo dos estudantes da minha área é mais só de vista se bem que eless quando vocês sabem/ eles sabem que você é o seu agente de saúde eles jááá de longe eles já reconhecem e-e-e sabem da obrigação dele. Agora as pessoas mais idosas que elas são mais difíceis de lidar, você tem que conversar obrigatoriamente e-e conversar muito, nã/ não é sóo umaa um dia e eu sei lá conversar quinze minutos, não você demora um pouco. Tem que ir um dia e depois/ geralmente quando eu tenho uma paciente novo na área eu vou de quinze em quinze dias que é pra ficar mais fácil, mas... de-depois vai pra um mês normal né a visita, mas você tem que conversar bastante, eles querem saber onde você mora, eles querem saber o quê que você faz ee algumas informações você inevitavelmente tem que dizer porque senão eles não confiam que é necessário ter confiança eee... no caso de alguns outros pacientes que/ vamos supor que tem uma condição de saúde queee que implica um pouco de preconceito como uma pessoa que temm DST aí esses aí é mais difícil ainda porquee `qs vezes elas/ eles vão pro COAS e não passam aqui né a gente só descobre que eles têm esse prolema depois de muito tempo que você já jáá conversou, porque é basicamente a conversa o vínculo, nuum tem outra coisa e também tem que ter a competência também né vamos dar um exemplo vocêê... vai lá e você/ pergunta pergunta alguma coisa pra você e você não sabe aí você perde crédito com a pessoa aí é importante você também ter um pouco de conhecimento pra poder tirar as dúvidas as dúvidas da pessoa e elas perguntam de tudo ééé, por exemplo, esses dias uma pessoa perguntooooo aonde era que fazia o exame Machado Guerreira, Machado Guerreira é um exame de doença de chagas (risos) aí até o pessoal da saúde não conhece esse nome né, mas no meu caso eu tive sorte porquee... porquee eu fiz esse exame pra entrar no concurso e era Machado Guerreira mesmo aí no caso você tem que ter um pouco de conhecimento que é pra poder dar credibilidade a suaa a sua função porque se eu/ a pessoa não não tiver credibilidade adeus vínculo ela só vai te receber porqueee sei lá, porque você foi. É, você tem que conversar com a pessoa, seer educado, gentil que é pra poder conquistar a pessoa eee tem que ir... várias vezes no início que é pra poder a pe/ a pessoa se acostumar. Acho que é basicamente isso que é pra poder construir o vínculo.*

7. Pesquisadora: *Eu vi nos seus diários que você tem muito trabalho burocrático aqui naaa Unidade, também pelo que eu observo no dia a dia, que você digita muito, pega o serviço dee o posto inteiro pra você trabalhar no computador. Como é que você isso?*

8. ACS Gustavo: *Eu vejo que é necessário, porque eu só faço porque é necessário, inclusive eu só pego esses serviços quandoo tal prazo assim no pescoço pra pessoa entregar aí iixe não vai dar tempo aí eu vou e dou a mãozinha, mas se eu ver que a pessoa tá escorada eu não faço, eu não faço de jeito nenhum, mas eu faço porque é uma coisa que eu vejo que é necessário, por exemplo ali o negócio do SAME quee foi computadorizado né eu via muito sumiço de prontuário ee a pessoa passava duas horas procurando ééé e quando a pessoa táá... aperrriada tentando pro/ achar passa o prontuário na frente e não vê aí eu via muito isso acontecer aí eu peguei e fiz logo o programa, facilitou lá um pouco eee a digitação das vas/ das vacinas também que elas digitam também é porquee aqui tinha vacinação antirrábica né aí a-a moça ela não, não tem um pingo de familiarização com o computador, ela digita... MUITO lento aí uma hora sobrecarrega e ela também tem o serviço dela né, eu digito muito rápido... aí pra mim não custa nada e eu tava de férias... praticamente né porque eu/ a minha área é noventa por cento estudantes, não tem nenhum na área porque tá tudo de férias e eu fico o quê não posso nem fazer nada (risos) mas é assim, eu só faço o que é necessário, se eu se eu ver quee não é necessário e que tem uma pessoa escorada, eu não faço, porque/ até porque não é minha obrigação.*

9. Pesquisadora: *Muito obrigada, Gustavo.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista (pós-diários)

Data: 08 de fevereiro de 2018

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição

Número	Fala
--------	------

1. Pesquisadora: *Que orientações de saúde você costuma dar aos seus pacientes de modo geral?*

2. Enf. Priscila: *Éé... de um modo geral, éé eu acho que a primeira coisa éé mais essa conversa inicial, pra gente, dependendo do que ele vem de queixa, né, a gente tá explorando se ele tem também algum problema que vai envolver o emocional, porque a gente atende muitas pessoas que elas... vêm mais por uma doença causada de fundo emocional, psicológico, né, então sempree tô perguntando também se elas tão com algum problema, né, pessoal, alguma situação de estresse, éé além disso, a gente, principalmente nesse período de chuva, atende muitas diarreias, infecções respiratórias, então a gente dá muitas orientações de higienização, né, o cuidado com esse aparecimento de moscas, cuidados com a higienização das mããos, né, higienização dos alimeeentos, éé o autocuidado pra melhor/melhorar a imunidaade, com a alimentação, né, esses são os que a gente, é de uma maneira mais geral, que a gente mais orienta, dentro do consultório.*

3. Pesquisadora: *Que outros assuntos costumam ser tópicos de conversa durante o atendimento?*

4. Enf. Priscila: *Éé, de uma maneira geral também, né, que cê diz?*

5. Pesquisadora: *Uhum.*

6. Enf. Priscila: *Vixe, isso é tão relativo, porque vai depender muito da queixa do paciente, né, então assim, com relação a doenças crônicas, né, repete a pergunta, só porque me perdi.*

7. Pesquisadora: *Que outros assuntos costumam ser tópicos de conversa durante o atendimento?*

8. Enf. Priscila: *Pronto, com relação às doenças crônicas, a gente explora muito o que pode tá associado a doenças crônicas, né, tipo hipertensão a gente explora muito a parte cardiológica, éééé diabeeetes a gente explora muito mesmo a questão nutricional, alimentação, né, a gente tem muito cuidado cooom extremidades com diabético, porque eles perdem a sensibilidade, então a gente vai orientar os cuidados com os pés, né, pra que não tenha nenhum ferimento, éé com relação aa infecções respiratórias, né, acaba surgindo também a questão deee familiar, né, o que eles/ que eles possam tá fazendo em casa, né, pra*

melhorar é o-o-o de de minimizar a questão dos do contato, né, é as doenças dermatológicas, a gente também tem que ver se em casa não têm, né, outras outras pessoas que possam tá com a mesma patologia, porque muitos são transmissíveis também através de toalha, roupa, essas coisas... é com relação às dores crônicas, principalmente dores de coluna, né, a gente vai explorar muito a questão de atividades físicas, de alongamentos, né, a gente conta muito com a ajuda do educador físico, ele quando ele fica com a gente nas consultas, ele ajuda muito nessa parte e a gente também vai explicar o que que a gente tem aqui no posto que pode tá ajudando, né, tem acupuntura, tem as atividades nos grupos, né, que a gente dá, geralmente encaminha os pacientes pras atividades nos grupos. É, com relação às... às doenças causadas por... por transmissores, como o mosquito da dengue, né, a gente vai fazer a orientação pros cuidados domiciliares, pra não acumular água, né, é uso de repelente, principalmente em gestantes, crianças e idosos também, né, o/ as pessoas idosas, a gente orienta também a/ é acaba surgindo também assim, a questão do equilíbrio, porque eles têm muita facilidade de ter quedas, é eu acho que mais é isso mesmo.

9. Pesquisadora: *E como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes?*

10. Enf. Priscila: *Como eu considero?*

11. Pesquisadora: *Não, como você constrói.*

12. Enf. Priscila: *Como eu construo?*

13. Pesquisadora: *É.*

14. Enf. Priscila: *Escutando o paciente, acho que é o principal ponto, né, você dá aquela atenção a ao que ele vem te falar, né, e diante da escuta você tentar explorar, dentro da situação dele e da vida dele, da realidade dele, o que você pode tá... é se aprofundando, né, como eu havia dito, a questão a gente vê vê muito muitas situações, muitas patologias envolvendo o emocional, né, dos pacientes, e aí eu vejo que eles sentem/ se sentem muito valorizados quando a gente consegue chegar numa área da vida deles, queeee... que eles se SENTEM que a gente SE IMPORTA COM ELES, não só que a gente tá ali pra dar o remédio, né, mas que a gente se importa com eles, a gente dá um abraço, né, a ge/ eu tenho muito iss/ assim e/ essa questão do consultório, né, de quando a gente já tá construindo esse vínculo, né, de de... de ser GENTIL, de dar um ABRAÇO, e eles saem muito muito realiza/ assim, muito gratificados pela pela a/ de certa forma aquela AMIZADE, aquela construção. Eu me lembro um fato que aconteceu de de uma senhora, que chegou pra fazer uma prevenção e a*

gente com esses imprevistos de não ter prevenção alguns dias, e ela já tinha se aborrecido e aí quando eu fui fazer a prevenção dela porque eu comecei a conversar e a gente entrou um pouco no... na situação pessoal da vida dela, que ela era separada e tuudo, e aí eu fui recomendar um livro que eu já li também por causa da minha separação, que me ajudou, assim, tudo isso que a gente tem, acho que a gente tem na vida da gente, que foi benéfico, que foi positivo, que a gente consegue passar pro outro, né, aí eles se sentem é valorizados, né, e issaí foi/ eu achei muito interessante esse essa situação. E assim vai, os idosos, eles sentem muito gratificados quando a gente consegue escutar e conseg/ e-e TEM um diálogo ali de uns cinco minutinhos, pergunta comé que tá a vida deles, quem é que cuida, se tá cuidando bem, se eles tão tendo uma boa alimentação, né, então não só... ver, assim, que eles chegam com uma dor, mas não só ver aquela dor; né, ver além da dor, outras áreas da vida dele, então esse/ o vínculo se torna mais fácil ser construído nesse sentido.

15. Pesquisadora: *É isso, muito obrigada.*

16. Enf. Priscila: *De nada.*

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Entrevista (pós-diários)

Data: 05 de fevereiro de 2018

Dia da semana: segunda-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Que orientações de saúde você costuma dar aos seus pacientes, de modo geral?*

2. Dr. Roberto: *Bom, ééé, como você falou, né, varia bastante de paciente pra paciente então assim, na maioria das vezes é pra fazer uso da medicação, certo, de forma correta que eu acho que é o mais importante, ééé como tem muito pa/ a maioria dos pacientes que a gente atende aqui... éé é hipertenso, diabético essas coisa a gente fala muito de alimentação mesmo, certo, ééé melhorar a alimentação, ééé... também oriento eles a pro/ a voltar/ a retornar ao posto caso não haja melhora do tratamento, esse tipo de coisa assim, mas é basicamente isso assim. Ééé aí as vezes dependendo do caso aí uma ou outra conduta mais específica, mas a maioria das vezes são essas.*

3. Pesquisadora: *Que outros assuntos costumam ser tópicos de conversas durante o atendimento?*

4. Dr. Roberto: *... Com os pacientes?*

5. Pesquisadora: *É.*

6. Dr. Roberto: *É, na maioria das vezes é mais relacionado à doença mesmo, às vezes quando tem algum paciente já com alguma doença mental, depressão ou algo do tipo, aí a gente entra mais no assunto da/ como é que é em casa, como é que é a família e tudo como é que é a estrutura familiar porque isso afeta muito, maaas... mas na maioria das vezes a gente restringe a-a mesmo às queixas, o quê que o paciente tem, a hipótese se ele teve antes ou se já tem alguma doença de base, se já teve esses mesmos episódios antes, éé que é aaa a anamnese básica, se fuma, se bebe, qual medicação toma esse tipo de coisa assim, não costuma fugir muito disso.*

7. Pesquisadora: *E, como você constrói o vínculo terapêutico com os clientes?*

8. Dr. Roberto: *... Como que eu construo?*

9. Pesquisadora: *É.... quais são as técnicas que você usa ou medidas...*

10. Dr. Roberto: *(risos) Ah, não tive muito tempo pra desenvolver nenhuma técnica não, mas na maioria das vezes eu tento ser empático eee, na maioria das vezes, assim, tentar escutar, certo, ééé tem vez que realmente, assim, ééé complicado porque as vezes a gente estressa*

muito, maas... mas tentar sempre ser o mais empático, mais, mais éé solícito possível, principalmente isso, mas ainda não desenvolvi nenhuma outra técnica própria não (risos).

11. Pesquisadora: E, só mais uma pergunta, eu vi noo nos seus diários que você costuma atender bastante diabéticos e hiter/ e hipertensos [é] que você também falou agora e como é que você relaciona esses grupos com o vínculo terapêutico?

12. Dr. Roberto: Pronto, assim, esses pacientes eles são provavelmente os que mais necessitam do vínculo... terapêutico porque é um negócio mais prolongado assim, já é uma doença crônica que precisa de-de acompanhamento sempre então assim, ééé... pelo menos uma consulta a cada/ geralmente eu marco/ peço pra vim de forma mais periódica assim uns dois... dois a três meses certo, aí eu sempre ééé... ééé como posso dizer?... tento manter também essa esse-esse contato mais próximo... certo, às vezes pergunto da família, como é que é a família, se a família aj/ ajudada, auxilia no-no tratamento, se tá tomando a medicação bem, se tá se alimentando corretamente, ééé... enf/ assim não difere MUITO de outros pacientes isolados assim, mas mas a única diferença mesmo é que você tem um contato mais próximo do paciente porque ele geralmente já é um paciente que já vem já recorrente, costuma tá no posto mais tempo, mas ééé no resto ele é bem parecido com o dos outros... outros pacientes, assim nada muito diferente não.

13. Pesquisadora: Pois, dr. Roberto, muito obrigada!

14. Dr. Roberto: Naadaa.. (risos)

APÊNDICE I – Grupo focal com pacientes

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Grupo focal

Data: 08 de fevereiro de 2018

Dia da semana: quarta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Participantes: Andressa, Bárbara, Carolina e Cauã

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. *Pesquisadora: Então, vamo lá, primeira pergunta. Como vocês se sentem nas consultas?*

2. *Carolina: Eu me sinto bem... toda vez que eu vinha aqui no posto... eu sou bem atendida e as menina atende bem a pessoa, a gente.*

3. *Andressa: Eu também me sinto muito bem quando eu venho aqui sempre, como eu já disse, né, particularmente, elas me atendem sempre com muita atenção, com muito respeito. Infelizmente, muitas vezes, quando a gente precisa de alguma coisa não consegue, mas aí não depende mais deles, já é o sistema que não ajuda, né. Então, aquela história, como é que ela pode ajudar a gente, se eles não têm ajuda? Né, mas, sempre que eu venho aqui, dependendo DELAS, que elas podem fazer por mim, sempre fui muito bem atendida.*

4. *Cauã: É, eu também sempre fui bem atendido aqui... tire outras vezes, né, que nem... que nem todo mundo é de ferro, né, sempre tem algue/ chega tem alguém mal-humorado, alguma coisa, mas sempre fui bem atendido, graças a deus.*

5. Bárbara: *Agora comigo tem duas vantagens. Eu tenho plano de saúde, que às vezes eu vou no plano de saúde, mas dessa semana foi descredenciado o oculista, que aqui não tem, né, e porque também todo idoso tem uma-uma... uma agente de saúde, né. Minha agente de saúde tá lá na minha casa, a autorização qua/ num é/ a requisição de da-da da minha prevenção. Agora, o sistema é que é falho, né, a gente vai bater lá na-na naquela santa, ali na-na praça do São João ali vizinha a-a/ aí passa vinte dias, hoje passei a manhã todinha lá esperando que de/ depois das nove horas, aí deu nove, deu dez e quando eu/ quando-quando a moça foi buscar (ininteligível) uns exames, aí quando ela chegou, passava pra lá, que aí eu disse “Viviane, meu/ meus exame”, aí disse “não tá aqui, porque eu vo/ porque o correio não entregou não entregou seus exames, mais lote agora só sexta-feira, aí... [Andressa: orra.] quer dizer você espera [Andressa: DEPOIS DE UMA MANHÃ PERDIDA] é uma [Cauã: é] manhã perdida, que eu tinha um BOCADO de coisa pra fazer.*

6. Cauã: *A falha geralmente é no sistema, que num funciona [Andressa: é, infelizmente/] agora o atendimento é razoável, bom.*

7. Andressa: *Também acho.*

8. Pesquisadora: *E quando vocês vêm pra consultas, depois delas, como é que vocês se sentem? Depois que vocês foram consultados.*

9. Cauã: *Depende, a gente se sente um dia satisfeito com-com o resultado, né, mas às vezes a gente sente que faltou um pouco mais, né, um... alguma explicação que a gente num entendeu, porque que a gente tá sentindo isso, tal... mas maioria das vezes a gente fica sat/ EU fico satisfeito.*

10. Andressa: *Eu, maioria das vezes, fico satisfeita, mas como ele acabou de falar, muitas vezes a gente sai satisfeito, mas infelizmente falta um pouquinho mais, mas é como se diz, os governantes precisam dar mais atenção PROS POSTO DE SAÚDE, pra que eles tenham um LUGAR mais adequado pra atender, uma sala mais confortável, até-até no caso... do profissional, porque eu acho isso aqui um absurdo... UMA PORTA NUM TER UM TRINCO, GENTE, aí fica/ a gente fica totalmente à mercê/ não que seja SEGREDO o que a gente tá tratando com o médico, NÃO, mas onde o médico atende é muito complicado. A/ um/ os governantes não são atenção a posto de saúde, eu já prestei atenção. São tudo sucateados, é todo quebrado, é todo/ eu não acho isso certo, porque eu acho assim, a gente num paga todos os impostos da gente? Então que pelo menos num momento desse, que é de DOENÇA, que a*

gente num vem aqui pra se divertir, A GENTE VEM PORQUE TÁ DOENTE. Já chega num lugar desse, já é quente, é um lugar que num tem um lugar pra gente sentar direito, é um lugar que num tem uma higiene completa. Então é complicado SOMENTE POR CAUSA DISSO e muito como ele acabou de falar, a gente fica satisfeita com a consulta que recebeu e muitas vezes fica triste porque vê que a gente falou, falou, falou e num foi resolvido nada. Porque ELES num podem resolver nada, eles num pode resolver tudo, né, infelizmente é isso.

11. Bárbara: Eu sou vítima de-de-de posto de saúde/ eu-eu-eu assumi esse posto daqui, (ininteligível) eu fiz o concurso do IGF e TODO MUNDO era SANDU, antigamente tinha o SANDU [Andressa: ERA, ERA] era o SANDU era ali na-na serra (ininteligível) de frente pro Patronato, né [Andressa: isso] aí a gente fez o concurso, passamo/ num sei se foi três, quatro ano pra receber o chamado, aí foram SETENTA funcionário, aí foi dividido lá pra parte do Patrocínio/ num tinha issaqui não né, aí ficava lá aquela-aquela coisa, aquela... que num tinha prestígio político, nera, família nobre, [Andressa: é] cê via uns que tava LÁ no-no-no do quintal, colecionando radio/ colecionando radiografias [Andressa: [e] quer dizer, a criatura (ininteligível) até gripada, porqueee entregaram TODOS os prontuários dos CARNÊ e levaram pra lá pra queimar (ininteligível)/

12. Andressa: Nossos postos de saúde é um total descaso, É FEITO, É INAUGURADO E É ABANDONADO. [Bárbara: agora tem outro negócio quando abando/] Não tem muito assim/

13. Bárbara: Quando fizeram isso aqui, seu Lázaro ali paca/ (ininteligível) agora SÓ OLHAVA PRA FUNCIONÁRIO... MÉDICO, porque pra DOUTOR era tudo tudo tudo bem, né [Andressa: é] e fazia alguma coisa pra fazer aborto [Andressa: meu deus, uma clínica de aborto] fazer aborto, ou então fazer assim/ o maior crime sabe o que faziam? A pessoa tava grávida, aí dizia assim “olha, vou fazer o seu períneo”. “Mas, doutor/” “não, quando você quando você... for-for-for-for ter a neném/” que é lá na Santa Casa, num queria que fizesse cesariana não, tinha ser um parto, aí disse assim “eu digo que-que cê tá perigando aí eu faço”. E a criatura a criatura mandou/ aquela baixinha que mora lá perto ali do doutor do doutor César, disse que o doutor Luís operou o períneo dela, teve parece que foi quinze filho, aí quando ela foi parir, cadê o doutor Luís? Aí, ficou com raiva, desmanchou os ponto todinho [Andressa: ãã] (ininteligível) tinha uma fila aqui de-de pra-pra ir pra Santa Casa, pra fazer o períneo, todas com aquelas aquelas (ininteligível) que eu chamava era de bacia branca [Andressa: é verdade] e era muita coisa. Os diário com com o médico era assim “doutor, eu quero fazer isso aqui, tá aqui, fazer assim” ele dava, entregava um papel e e a

ordem era essa, com o doutor; o doutor Sávio era chefe. Eu “olha, a ordem é essa, TODO mundo tem que sair com um papel daqui”. Aí o Sávio disse que pedia pedia o remédio, porque se não desse nada o a-a cliente ficava achado que ele num-num sabia de nada, né, tinha que passar um remédio... e tinha aquele remédio da (ininteligível) que ficava ali, que era em frente (ininteligível) seguindo lá pro Oswaldo Cruz, que passava aqui recebendo, recebendo do o-o coiso e dizendo lá pras farmácia/

14. *Andressa: Julinha, tá esquentando, viu?*

15. *Bárbara: É.*

(Pausamos por alguns segundos o grupo focal, para que eu fosse pegar o controle do ar-condicionado da sala, para ligá-lo)

16. *Bárbara: Eu assumi em mil novecentos e setenta e três, aí ATÉÉ dois mil e-e/ no ano dois mil eu tava aqui, aí me aposentei aqui.*

17. *Pesquisadora: Próxima pergunta.*

18. *Bárbara: ã?*

19. *Todos: A próxima pergunta.*

20. *Bárbara: A eu (ininteligível) pensei que era (ininteligível).*

21. *Pesquisadora: O que vocês fazem para resolver os seus problemas de saúde?*

(Longa pausa. Todos falam ao mesmo tempo. A voz de Andressa se sobressai e é a única inteligível)

22. *Andressa: O certo é a gente vim aqui primeiro procurar o médico, né, aí QUANDO a gente não re/ não consegue, muitas vezes, falar com o médico/ porque assim, aqui tudo tem, mas quando precisa, tá faltando, né, é o problema do posto de saúde. [Cauã: e/] Como já se viu, hoje, em plena quarta-feira num tem um médico atendendo?*

23. *Cauã: A gente vi/ antes a gente vinha, falava com a enfermeira... mandava pro médico. Hoje, tem que AGENDAR CONSULTA e olhe lá, UM MÊS depois [Andressa: é], fica mais difícil.*

24. *Andressa: Essa dificuldade que a gente tem de faz/ de vim no médico, pronto, já tem essa burocracia toda, aí vamos aos exames. ATÉ esses exames saírem PRA GENTE FAZER é uma burocracia. E QUANDO FAZ é pior ainda, porque passa de três a quatro meses pra receber. QUANDO RECEBE, [Cauã: (ininteligível)] onde até eu sei, exame de laboratório, você faz, DEPOIS DE TRÊS MESES [Bárbara: já morreu (ininteligível)] já/ pronto, JÁ PRECISA FAZER DE NOVO. Então, MUITAS E MUITAS VEZES você recebe QUATRO meses depois, pra fazer O QUE com ele? Por que se você tem que fazer de novo? E outra coisa, quem tá precisando de uma cirurgia, sentindo uma dor, num caso de uma cirurgia, num tem condição de esperar três, quatro meses pra resolver isso [Cauã: exatamente] né.*

25. *Cauã: Uma endoscopia, que o médico passa, o médico passa. Vai marcar, passa dois, três meses [Andressa: olha aí] ou mais.*

26. *Andressa: Enquanto isso você passa [Cauã: (ininteligível)] dois, três meses morrendo de dor.*

27. *Cauã: De dor, é, num sabe o que é que tem.*

28. *Andressa: Num sabe o que é que tem.*

29. *Bárbara: Mas Às vezes eu acho mais informação [Cauã: se não (ininteligível) dinheiro], às vezes eu saí daqui, mandaram onde eu procurar o médico ali, que eu não me lembro o que é que ele ia fazer, aí cheguei lá, aí disse “precisa tirar o prontuário”. Aí cheguei lá, que ele olhou o prontuário, o Heitor não estava, que o Heitor é desde o meu tempo, né, aí o homem ali atendendo, eu disse “olha, eu queria o prontuário aqui”. Aí ele disse “depois... num sei o quê”. Aí (ininteligível) pessoa assim, que eu num entendi, continuou atendendo muito mal, escrevendo alguma coisa que num era nem atendimento. QUANDO eu disse “menino, isso aqui tá muito (ininteligível) demais, como é que faz/ FAZ NUM SEI QUANTAS HORAS QUE TÔ AQUI”. Aí chegou uma pessoa “o que que a senhora quer?” Eu disse “eu quero é esses papel aqui, olha”. Disse “você num precisa do seu prontuário não, venha pra cá”. Aí fiquei na-na fila lá/ agora, é assim, se você for do OUTRO posto, por exemplo, doutor doutor Sebastião tirou os biloto de-de-de-de-de é catou aqueles sinais, né, aí se for do outro posto, tem que ser ENCAMINHADO, quer dizer, TUDO COMPLICAM, né, [Andressa: é] complicam, fazem.. encaminhado, aí tem que MARCAR, aí no dia [Andressa: só complicam] aí só (ininteligível), porque de primeiro era assim, a gente chegava aqui TODO/ por exemplo, QUARTA-FEIRA, aí/ como/ que hora o José chega? Oito horas, tem que ser aquela fila. Aí a*

gente chegava logo sete horas pra ficar na fila, né, ele atendia todo mundo, quer dizer, agora tão dificultando.

30. Andressa: É... hoje a tendência é piorar, cada dia que passa aqui [Bárbara: no meu tempo/ as coisas ficam/

31. Bárbara: No meu tempo, parava era um ônibus, que vinha da Groaíra e de n/ era segunda e quarta-feira, parava aqui [Andressa: dos interiores, né] dentro/ desse interior, aí vinha, cabia as ambulância do-do-do (ininteligível) dava conta, chegava aquele (ininteligível) verde, que era ambulância ambulância da (ininteligível). “Bárbara, isso daqui, dá pro doutor Sandro ou então, ou então dá logo pra ir pra Santa Casa, quejá vai lá e num sei o quê”. Aí eu carimbava TUDIM [Andressa: pronto] carimbava tudim, dava tudo certo e era MUITA gente, e ainda hoje tá tá DESORGANIZADO, MAL INFORMADO, NUM TEM UMA PLACA ASSIM [Andressa: é verdade] e aqui se tiver um incêndio, ninguém sabe nem pra onde é que corre.

32. Andressa: Isso é verdade.

33. Bárbara: É mal informado, o/

34. Cauã: Eles pensa que tão organizando, tá é dificultando/

35. Bárbara: Olha, a pessoa que arranja um político, arranja um político/

36. Andressa: Quem acredita que a dificuldade é pra melhorar, né? No entanto... só piora.

37. Bárbara: Olha, aqui sabe o que é? Depois que meteram a política, aí piorou, porque, assim, a pessoa de terceira (ininteligível) vai atrás de um político, que (ininteligível) quem? VAI LÁ ser agente de saúde, quer dizer, a pessoa SEM PREPARO, sem-sem preparo técnico, NUM SABE NEM [Andressa: exatamente] fazer os primeiros socorros, que num sabe [Andressa: exatamente] a-a agente de saúde que vai na casa da pessoa, ela pode/ ela tem que ter tensiômetro, ela tem que ter um exame pra saber se a/ se ela/ a cliente é-é/

38. Andressa: Ela não tem, porque o posto de saúde NÃO OFERECE e o que ela recebe [Bárbara: sim, mas/] no final do mês, [Bárbara: ganha mal mal, eu tô dizendo] que mal dá pra ela comprar/

39. Bárbara: Eu tô dizendo mal, mal FORMADA [Andressa: formada] e mal mal/ com má vontade também, porque se ela ganha pouco/ mas num justifica não [Andressa: exatamente]

porque eu ganhava dois salário e aqui *ATÉ AS GOTEIRA* quem consertava/ eu mandava/ chegava/ fazia o (ininteligível) pra Fortaleza, chegaram (ininteligível) aqui, botaram os ar-condicionado, *TUDO*, na parte da limpeza, e quando era novembro já mandava fazer a revisa no-no-no telhado pra consertar as goteira. Tudo era/ tudo era eu. Aferição do-do dos pro/ dos-dos-dos tensiômetro, mandava pra Fortaleza, quando vinha/ quer dizer; até os remédio de dentista era-era trancado, que os dentista roubava pra levar pros seus consultório. [Andressa: pois pronto] *TODA VIDA* tem essa/ tem essas coisa de... aí quando vinha fiscalização, o-o diretor do posto aqui (ininteligível) com num sei o quê que tá faltando, num sei de quê, num sei de quê, num sei de quê e era *TUDO* emprestado, aí a-a fiscalização vinha, tá tudo legal. Tem o/ umas chave dessa daqui, tinha a chave, eles num dava *UM REMÉDIO*, aí eu num tinha a chave tudim, roubaram os remédio tudim e distribuía, entendeu. Agora vocês vão (ininteligível) num dão nem nem (ininteligível), nem sabe o que é.

40. Andressa: *É verdade.*

41. Bárbara: *Eeee [Andressa: (ininteligível) trabalho]*

42. Pesquisadora: *É... Ee, na opinião de vocês, o que deveria ser mudado no atendimento aqui do posto?*

43. Bárbara: *Eu acho assim, que o/ a/ o antigo problema da saúde tá TÃO CAÓTICO TANTO QUANTO na educação, porque se não fizer a-a/ as professora não fazer uma reciclagem, uma-uma coisa pra-pra pra melhorar; num-num tem não, que todo mundo só PENSA que não tem, porque ganha pouco e/ por que tu vai ser professora? Por que que/ por quê? Aí vai, e quando acabar, sabe que vai ganhar pouco e-e fica ensinando mal, isso num justifica não. Tinha uma-uma criatura que morava lá em casa, ela disse que queria estudar, aí ela ficou, ficou, ficou, ficou, aí disse “nu/ num vou querer mais não, que a dona Sheila fica falando com outra lá no corredor e passa uma cópia pra gente”. Mas eu disse “cópia?” “Não, TODO DIA ELA PASSA”. Era lá onde era o *SECREA* ali, o colégio ali. Aí ela num queria ir por isso, que a professora, disse, ficava conversando com a outra e passando cópia.*

44. Andressa: *Eu acho que pra melhorar o sistema, tinha que ser/ pra melhorar o posto de saúde, teria que dar CONDIÇÃO MELHOR pros médico, CONDIÇÃO MLEHOR pros pros assistentes, pras pessoas que tão trabalhando aqui, que é pra ter, pelo menos, condição deles ajudarem [Bárbara: mas condição como, cê diz?] a gente.*

45. Bárbara: *Condição como/*

46. Andressa: *CONDIÇÃO FINANCEIRA, CONDIÇÃO DE ONDE/ DE UM LUGAR, [Bárbara: cê-cê sabe quanto é/] UM LOCAL*

47. Bárbara: *Cê sabe quanto é que o médico ganha aqui?*

48. Andressa: *Não, senhora.*

49. Bárbara: *Dizem que é dez mil... (ininteligível) eu faço uma faculdade/ fiz uma [Andressa: já pensou?] faculdade e continuei ganhando [Andressa: eu não f/] dois salário.*

50. Andressa: *Eu não sei quanto é que o médico ganha aqui, [Bárbara: dizem que é dez mil] né, mas eu vejo a dificuldade que eles têm de atender a gente, porque não pede isso, porque não tem... como ele fazer, nu/ num-num passa isso, porque num tem como ele fazer. QUAL É A CONDIÇÃO QUE ESSE MÉDICO TEM DE AJUDAR UM PACIENTE?*

51. Bárbara: *Agora o negócio sabe o que que é? É que a política é que estraga tudo. Esse médico (ininteligível) aqui dentro, aí quando quando fica-fica com/ aí as coisa daqui tudo era tombado, tinha/ tudo era tombado, ele tinha o-o-o/ até o momento/ quando quando começou a entrar o SUS, aí foi-foi-foi/ tudo voou. Aqui tinha um tensiômetro que era trancado no meu no meu armário, aquele-aquele, como era? Tensiômetro não, otoscópio. Botava aqui, tinha uma pilhazinha, porque eu sabia que aquilo lá num ia num ia demorar se eu soltasse. Aí, às vezes queria me em/ queria emprestado, vinha devolver, eu trancava... era tudo aqui era/*

52. Cauã: *Eu acho também é que... aqui vem muito médico/ ultimamente, os médico que vêm geralmente são os recém-formado. Se forma, aí passa uma residenciazinha no hospital, né, volta pra cá, né, porque tem agora tem que pagar dois ano, né, pra você... n/... de serviço público, pra poder... adquirir o... diploma mesmo, aí mais quem vem pra cá é mais novato, aí nunca fica um/ [Bárbara: (ininteligível)] nunca tem um médico que/ [Andressa: É UM RODÍZIO, NÉ] é um rod/ nunca tem um médico que acompanha ele até o final [Andressa: é], porque tá com um médico aqui, três meses depois é [Andressa: EXATAMENTE] outro médico (ininteligível).*

53. Andressa: *Você tá sem/ num tem um médico/ num tem um momento que você chegue aqui, que eu possa dizer assim “doutor, eu tô sentindo/” “deixe eu ver o seu histórico”, ELE NÃO CONHECE MEU HISTÓRICO [Cauã: acho/] porque é um rodizio TÃO GRANDE, que eles não-não têm como eles conhecerem o histórico da gente, conhecer o que a gente tá sentindo.*

54. Carolina: Pois é, o doutor o doutor Tarcísio, [Bárbara: agora o que que (ininteligível)] ele num/ ele durou pouco aqui, ele era até muito bom, mas ele f/ ele foi pro Rio de Janeiro, (ininteligível) [Bárbara: (ininteligível)] pois é/

55. Bárbara: Ai quando eu cheguei lá de Fortaleza, eu fui lá pro-pro-pro médico geriatra, eu disse assim, “vamo passar essa doidice aqui não”, porque (ininteligível) num tava dormindo de noite, né, porque eu acordava pra fazer xixi TRÊS VEZES, de manhã, quatro e meia da manhã aí fica/ acordava pra ir fazer xixi e num dormia mais, aí ele disse assim “vamo tomar essa doidice não”. Ai a eu a/ tô tomando assim um comprimidozim que eu faço é partir e durmo a noite todinha. [Andressa: coisa boa, né] Eu num faço essa doidice não, ele foi é ro Rio de Janeiro, não foi pra São Paulo.

56. Pesquisadora: Mais alguma coisa que vocês queiram falar sobre a mudança no atendimento, que seria necessária pra melhorar?

57. Andressa: Não.

58. Cauã: Questão dos médico mesmo, se tivesse UM MÉDICO mesmo, que acompanhasse, ficasse no mínimo um ano, dois ano... no posto.

59. Andressa: Existe um contrato assim, né [Cauã: é, que eu/] podia ser que melhorasse a situação.

60. Cauã: O que mais demorou aqui acho que foi o doutor Dionísio, que passou mais tempo por aqui, depois dele [Bárbara: que Dionísio?] (ininteligível), baixinho, que tinha (estalar de dedos que denota muito tempo atrás).

61. Pesquisadora: Você lembra quanto tempo ele passou aqui?

62. Cauã: Passou uns dois ano. Um ano, dois ano... mais ou menos isso.

63. Bárbara: Era Dionísio de que? [Cauã: aí depois teve/] como é o sobrenome dele?

64. Cauã: Me lembro do sobrenome dele não. É um baixinho... forte.

65. Bárbara: Que eu/ esse doutor Sebastião é antigo, ele é ele é/

66. Andressa: Doutor Sebastião ele [Cauã: (ininteligível)] é cirurgião, né?

67. Bárbara: *É cirurgião, é cirurgião plástico, né, e já é antigo, né, ele é muito antigo daqui. Aí o resto é tudo esse bando que vem fazer o o curso de medicina pra todos, né, meu sobrinho que fez, né, esse que passou na USP, em São Paulo, na na/ tirou o primeiro lugar no Brasil todo, ele foi pa-pa Uruburetama, ele foi pa-pa primeiro pra lá pra Paraipaba, aí assinou lá um contrato com a com a prefeitura, aí ele ainda teve que dar DOIS MESES do aviso prévio, né, que ele fez medicina pra todos fez pra... pra Uruburetama. E o atendimento dele era um atendimento que que ele tava, tava fazendo estágio, e sabia como era (ininteligível) bem e todo mundo gostava do (ininteligível), até o prefeito/ o prefeito elogiou o atendimento dele lá lá em Paraipaba... e lá na Uruburetama, né, quando ele foi fazer o concurso de-de pa-pa pra residente, foi pra São Paulo, na USP, tirou o PRIMEIRO lugar em todo Brasil, na USP, quer dizer, ele vivia pra estudar, num foi de praia, era aqui/ a bicicleta aqui, a aula aqui, ele-ele estudando, todo tempo desse jeito.*

68. Pois, muito obrigada pelo mom/ pela disposição de vocês de virem aqui.

APÊNDICE J – Grupo focal com profissionais de saúde

Dado gerado em pesquisa de campo na 2ª etapa de pesquisa

Técnica de pesquisa: Grupo focal

Data: 08 de fevereiro de 2018

Dia da semana: quinta-feira

Turno(s): tarde

Local: Centro de Saúde da Família Oswaldo Cruz

Participantes: Enf. Priscila, ACS Gustavo, ACS Laís, ACS Carlos e Dr. Roberto

Convenções da pesquisa (MAGALHÊS, 2000, p.15; SARANGI, 2010, p.86):

Símbolo	Correspondência
/	Interrupção no fluxo da fala
...	Pausa na fala
[]	Fala simultânea
Letra Maiúscula	Ênfase
Entre hifens	Repetição
Número	Fala

1. Pesquisadora: *Para vocês, o que é vínculo terapêutico?*
2. ACS Gustavo: *(longa pausa) eu já tô cansado de explicar o que que é isso (risos coletivos).*
3. ACS Carlos: *Deve ser a a relação, né, que entra/ que tem entre o usuário, o profissional, né... essa relação recíproca de de criar mesmo um vínculo, o afeto, de de conseguir, né, se abrir pro profissional, expor os problemas, dizer exatamente o que ele tá sentindo, sem ter aquele receio, nesse sentido.*
4. ACS Gustavo: *É isso mesmo, éé é o laço que a pe/ que o paciente adquire entre o profissional e ele mesmo e... a medida que o vínculo vai ficando mais forte, ééé o paciente ele vai se sentindo mais mais livre pra podeeer se abrir, falar se certos problemas que ele-ele não falaria coom com outra pessoa, basicamente isso.*
5. Enf. Priscila: *É, e o-o vínculo ele... a part/ ele só é construído a longo prazo, né, o... profissional ele também tem que ter uma habilidade, né, pra conversaaar, pra dialogaaar, éé pra explicaaar, né, o paciente. A gente usa de outros artificios, né, do... do atendimento que é*

a escuta qualificada, né, onde a gente vai aos poucos adquirindo essa confiança. Acho que o vínculo basicamente é a confiança, né, que o paciente tem com o profissional, seja ele qual for, né, da equipe, pra poder éé... a partir DO vínculo, DA confiança, melhorar o cuidado, né, dessa desse... cuidado não só no sentido curativo, né, mas o cuidado no sentido amplo, né, de de todas as áreas da vida daquela pessoa... o que pode tá acontecendo que tá trazendo ele aqui, né, ou causando algum adoecimento OU passível de causar, né, a gente trabalhar (ininteligível) preventivo.

6. ACS Laís: Como já falaram, né, aí, basicamente tudo, é um meio que a gente tem que é abrir com as família, né, deixar esse-esse-essa TROCA, essa ABERTURA pra todos os assuntos que vierem, né, que vêm muitos assuntos, principalmente pessoais, né, então a gente tem que tá a mente aberta... e se/ às vezes calar e ver o que puder ajudar aconselhando.

7. ACS Gustavo: E e tem um detalhe, que a Priscila falou... éé a escuta. A gente escuta muito, MUITO, mas MUITO MESMO, principalmente oooooos mais idosos [ACS Laís: é] a gente vai eee ele começa “blá-blá-blá blá-blá-blá” e a gente “ã-ha ã-hã, sim” [ACS Carlos: eles repetem muito a mesma coisa] é, é a gente vai na mesma/ a gente vai na pessoa, nna segunda-feira, quinze dias depois vai de novo, ela vai falar a mesma coisa e a gente tem que ter uma paciente que é pra poder escutar e escutar. Ééé... comooo oo aa Pri/ tem muito paciente só quer/ só precisa ser es/

8. Enf. Priscila: Só precisa da escuta.

9. ACS Laís: Ouvir, né?

10. Enf. Priscila: Eu acho que is/

11. ACS Gustavo: Inclusive, eles veem a gente na rua, é “ooi, vem cáá” (Priscila ri) aí eles oferecem comida, aí quer que a gente ficar lá (risos coletivos), pra escutar e conversar, e-e quando a gen/ e quando isso acontece éé um bom sinal, porque o vínculo terapêutico... aconteceu.

12. Enf. Priscila: É.

13. ACS Gustavo: Aquela pessoa não vai chamar uma pessoa que ela não gosta (risos) pra casa.

14. ACS Laís: Com certeza.

15. *Enf. Priscila: É uma coisa que envolve eu acho que tudo isso que a gente colocou, assim, do que envolve o vínculo, que é uma coisa que o profissional tem que ter em mente e tem que ter muito muito/ praticar no seu dia a dia é o é a ética, né, que quando a gente tem vínculo, a gente tem a confiança, quando a gente tem a confiança, o paciente VAI falar da vida pessoal, né, das particularidades e a gente precisa ter a ética também pra poder tá recebendo tudo isso e tá mantendo sigilo, né, e agindo de uma maneira IMPESSOAL, né, onde a gente/ (Priscila interrompe brevemente sua fala com a chegada de Roberto) onde a gente vá ter uma impessoalidade, né, não não vá ter juízo de valor, né, daquela pessoa. O Carlos, inclusive, eu lembro que tem uma paciente da área dele, né, que a gente pode falar a situação, não precisa citar nomes [ACS Gustavo: que a gente sabe quem é] que a gente sabe quem é (Gustavo ri) né, que-que faz programas, ela é assim uma senhora, faz-faz programas, que ele por saber ONDE ELA FICAVA, assim, não encontrava ela em casa, ELE chegava a ir até ela, no local que ela tava e começava a conversar e ela acolheu bem, que já tinha essa confiança, né, então, tudo isso eu acho que é interessante, porque a gente vai ALÉM, né, muitas vezes além do-do daquela margem, né, de-dee e a gente tá só como profissional, né, a gente acaba se envolvendo um pouco com a vida das pessoas, é ir dando conselhos, né, e essa questão é envolve, né, a o sentido do vínculo.*

16. *ACS Gustavo: Inclusive, ela nem é mais... da minha área, agora ela é da área do Carlos, e ela [Enf. Priscila: a gente/] ela não pode me ver na rua.*

17. *Enf. Priscila: É, porque o vínculo foi construído primeiro com você, [ACS Gustavo: é] AGORA [ACS Carlos: e ela/] ainda tá em PROCESSO DE CONSTRUÇÃO com o Carlos.*

18. *ACS Gustavo: Isso [ACS Laís: é] espero que você consiga logo (risos coletivos).*

19. *ACS Laís: Espera (ininteligível) (risos coletivos).*

20. *ACS Carlos: Ela sempre tá aqui no posto também, né, INFERNIZOU os profissionais dali acolheu ela bem, ela se sente confortável de tá reclamando aqui do.*

21. *Enf. Priscila: Tanto-tanto tantas vezes que agente já teve que meio que desconsiderar um pouco o vínculo com a pessoa pra ela não vir TANTAS vezes. (Risos coletivos)*

22. *ACS Gustavo: É verdade.*

23. *Enf. Priscila: Aí é onde tá o EXTRAVASO do vínculo, né, porque TODOS OS DIAS ela abria a porta do consultório e muitas vezes ela atrapalhava as consultas, aí é onde tá o*

equilíbrio [ACS Gustavo: é], né, tem gente que exagera também [ACS Gustavo: é]. Aí eu fui conversar com ela, dizendo que ela não precisava fazer isso, que não podia e tal, porque aí já foi, na verdade, o/ aí o um pouco [ACS Gustavo: a gente teve/] de EQUILIBRAR o vínculo, [ACS Gustavo: é-é] né.

24. *ACS Gustavo: A gente teve que cortar um pouco porque [Enf. Priscila: é] ela tava muito à vontade.*

25. *Enf. Priscila: Porque ela já tava à vontade demais, né não?*

26. *ACS Gustavo: É.*

27. *Enf. Priscila: A gente precisa ter esse equilíbrio, né, pra ev/ pra não ter o exagero também.*

28. *Pesquisadora: E como vocês veem o vínculo terapêutico NA Estratégia de Saúde da Família?*

29. *ACS Gustavo: É a base... porqueee a pessoa vem, se consulta, ela s abre, fala dos problemas eee se ela não confia... ela nem vem [ACS Laís: é]. Tem muito MUITOS problemas da/ a gen/ antes do vínculo seer se estabilizar, a gente vai na casa da pessoa, ela não abre a porta, ela tá cheia de problemas eee não diz, ela guarda pra ela, mas à medida em que o vínculo vai se estabelecendo, aí ela vai ganhando a confiança, aí certo dia ela vem e diz “não, é porque eu tô sentindo isso, tô sentindo aquilo”, aí a gente pede, encaminha pra enfermeira, a gente fa/ já fala logo “a enfermeira ela é gente boa, é assim, é desse jeito”, “ai é assim? Quero conhecer ela”, aí vai. Aí quando ela chega no posto, a enfermeira com/ conversa já, faz a triagem, já fala do médico também eee acontece. É muito comum. Essa senhora que a gente acabou de falar... ela nem sabia queee o SUS era pra todos agora e ela n-nem pisava aqui na por/ na porta do povo, ela tinha medo. À medida em que o vínculo foi se estabelecendo, elaaa foi ganhando confiança, ao ponto até que ela falou dos problemas dela. Ela falou há quanto tempo ela tava com aquele problema?*

30. *Enf. Priscila: A mim, ainda não.*

31. *ACS Gustavo: Ela tava há MUITO tempo [Enf. Priscila: era], muito tempo, pra poder chegar naquele estado. Aí no caso ele tava/ ele passou do primeiro pro terciário (risos). Viu aí o tempo que passou?*

32. *Enf. Priscila: É. [ACS Gustavo: aí] e aí pra pra fazer o tratamento já foi OUTRA [ACS Gustavo: é] outra luta, outro diálogo, né, envolvendo e tudo, e aí a gente deu mais abertura, né, aí teve que ter esse equilíbrio depois, mas essa abertura inicial foi fundamental pra ela aceitar o que (ininteligível).*

33. *ACS Gustavo: É e se não tivesse o vínculo, ela não falaria do problema eee a gente nunca saberia do ee muito menos ela teria tratado, só teria vindo no último estágio, quando ela não aguentasse mais, aí quando seria MUITO ruim de tratar, aí ia ter sequela.*

34. *Enf. Priscila: É, ia ter problemas mais graves.*

35. *ACS Carlos: E o profissional ele tem que se mostrar imparcial também, né, não mostrar que tá julgando a pessoa, mas que tá querendo ouvir, né, tem que contribuir pra cura dela, praa pra fazer o melhor tratamento possível.*

36. *Pesquisadora: Mais alguma coisa?*

37. *Enf. Priscila: Roberto?*

(Neste momento, o doutor Roberto fez uma expressão facial e gestos com as mãos de que não gostaria de falar nada, o que provocou risos coletivos)

38. *Pesquisadora: Próxima pergunta. Como vocês relacionam o vínculo terapêutico com a infraestrutura aqui dessa unidade e da ESF de modo geral?*

39. *Enf. Priscila: Da-da-do-das outras unidades?*

40. *Pesquisadora: É e do próprio Estratégia de Saúde da Família. Como vocês relacionam o vínculo à infra/ à infraestrutura.*

41. *Enf. Priscila: Eu acho que aaa o espaço/ a infraestrutura que você diz tanto é o espaço físico, comoo organizacional, né?*

42. *Pesquisadora: Siim, e materiais também, tudo.*

43. *Enf. Priscila: É, aqui eu acho bom, porque o espaço físico elee ajuda um pouco, porque ele dá muito acesso aos profissionais, né, às vezes a gente precisa até ter um controle melhor disso, porque já dá acesso demais/*

(Neste momento, uma paciente entra na sala para pedir uma informação)

44. *Enf. Priscila: Pois é, então assim, eu já trabalhei em outras unidades, que a estrutura física era diferente, (ininteligível) até o paciente chegar no consultório, seja do enfermeiro ou do médico, tinha outras barreiras, né... ALGUMAS VEZES, essas barreiras realmente são... necessárias pra organização, né, mas... algumas vezes, dependendo dos profissionais que tãõ lá, essas barreiras se tornam novo obstáculos pro paciente ter esse cuidado, né, e E A construção do vínculo também... né, aqui eu acho que a estrutura física ela ajuda, né, ajuda muito. Ee em termos de organização, eu acho que é uma coisa que é construída... mas, assim, eu vejo que a nossa rotina ela é... ela propicia esse vínculo, né, eu vejo que a chegada do paciente aqui na porta de entrada, os profissionais são acolhedores, né, então isso/ é tanto que muitos pacientes... não querem sair daqui quando mudam de endereço (risadas coletivas), têm resistência [ACS Laís: resistência].*

45. *ACS Gustavo: E-eu acredito que aqui, a estrutura ela é MUITO boa, eu digo isso por experiência própria, porqueee eu já morei em várias cidades, cinco ou seis por aí, mais ou menos, eee eu já me consultei nelas e a/ e aqui é EXCELENTE... por quê? Ééé aqui os grupos funcionam, porque as pessoas elas/ existem pessoas na comunidade que elas... elas têm a disposição de participar dos grupos... que é MUITO difícil, principalmenteeeee com a medida que a cidade vai crescendo, né, aqui já não é mais tão pequeno e aqui a gente ainda encontra pessoas que têm disposição pra participar dos grupos e e os grupos são FUNDAMENTAIS pra poder ééé fa/ fazer com que os profissionais tenham vínculo com a comunidade, porque n/ não é apenas um vínculo com a pessoa, [Enf. Priscila: (ininteligível) grupo, né] também tem o vínculo com a comunidade. Eee aqui nós temos praça, a gente tem espaço físico não só no posto, mas também na cidade, que também ajuda com isso. Éé aqui só/ a Priscila comentou que os profi/ que os pacientes eles eles não querem sair do posto, REALMENTE, porquee... aqui a gente tenta acolher eles da melhor forma possível, a/ a gente faz até MAIS do que a nossa obrigação... eee... e eles querem ter o problema solucionado... que é o principal motivo que eles vêm ao posto, né, e eu acredito que quando eles chegam aqui... quase todos, se não tiver o problema solucionado, eles são encaminhados pra ummm [Enf. Priscila: pra um órgão] pra um especialista e... vai ter tratamento.*

46. *Enf. Priscila: Ou algum ór/ ou algum órgão, né, assim, relacionado à (ininteligível) [ACS Gustavo: sim] à prefeitura, assim, falando da Estratégia, em si, a gente tem a a uma rede que apoia, né, esse paciente, que a gente pode tá encaminhando pros casos mais complexos... né, então, Sobral tem essa organização. Muitos municípios... menores não têm NEM a organização, NEM a estrutura de uma maneira geral, né, hospitais, né, maiores e centros*

especializados. Então, em termo de Estra/ de Estratégia mesmo, eu/ o paciente ele tem o retorno, né, uma resolubilidade, e em alguns lugares não existem.

47. ACS Gustavo: É porque no caso da da estrutura, não se fa/ trata deee Saúde da Família, não, é o posto... o posto ele é umaa uma MICROÁREA do município, ou seja, a Saúde da Família tem que vir já de uma de uma organização municipal [Enf. Priscila: claro]. Aíí no caso aqui éé o coletivo mesmo.

48. ACS Carlos: Eu acredito que é um complemento também, não é só a estrutura [Enf. Priscila: a estrutura] física, né, a/ éé também processo de acolhimento da equipe, éé em relação à localização tabém é-é facilitado pras pessoas, é e o acolhimento é tudo isso isso corrobora, né, para quee HAJA o/ esse vínculo, e-esse vínculo seja firmado entre a equipe e os usuários.

49. ACS Gustavo: É, uma outra coisa da importância dos dos grupos... é, cada agente de saúde tem sua microárea ee TEORICAMENTE era pra ele ser conhecido apenas pela aquela comunidade, né, mas EU, quando eu passo (ininteligível) rua, pessoas daaa das de ou/ das áreas de outros agentes de saúdes vêm e me pergunta sobre o posto. Eu “quem é essa pessoa?” ... eu não tenho familiaridade com aquela pessoa, né, mas ela me vê por aí, nos grupos, então ela sabe que faço parte do posto eee e confia AO PONTO de vir perguntar. Então, eu acho que isso é fundamental.

50. Enf. Priscila: É-é ela lhe vê como u-um... ela vê um todo, né, [ACS Gustavo: é] ela vê uma equipe [ACS Gustavo: isso] então como ela vê que a equipe trata beeem, né, que a equipe éé quer solucionar [ACS Laís: tem retorno] os problemas deela, dá um retorno. Então, se ela... me conhece, mas não conhece a Laís, mas ela sabe que a Laís trabalha aqui, ela tem uma/ já um certo vínculo com a Laís através do processo da equipe, [ACS Carlos: tem um referencial] tem um referencial... então isso é interessante.

51. Pesquisadora: Se dependesse de vocês, o que vocês acham que deveria ser feito pra quee o vínculo melhorasse? Se dependesse APENAS de vocês.

52. Enf. Priscila: Se dependesse só da gente?

53. Pesquisadora: É... se vocês tivessem todo o poder todo o poder de mudar o que fosse, o que seria pra que o vínculo melhorasse?

54. *Enf. Priscila: Eu acho que aqui... apesar do espaço físico ser bom, a gente tem algumas melhorias, como a gente precisaria de, pelo menos, mais um consultório... né, pra poder melhorar o atendimento, porque como eu e a outra enfermeira atendemos no mesmo consultório, né aí diminui um pouco a questão da ética, do sigilo, acaba ficando comprometido, então, eu acho que se tivesse mais um consultório, melhoraria, né. Alguns materiais, assim, eu acho que também precisaria mais (ininteligível), né, algumas algumas partes de-de... de material mesmo, assim, é... como se diz? Éé.*

55. *ACS Gustavo: Estrutura?*

56. *Enf. Priscila: É.*

57. *ACS Lais: (ininteligível).*

58. *Enf. Priscila: Como é?*

59. *ACS Lais: (ininteligível).*

60. *Enf. Priscila: É, pra dar um/ pra poder oferecer um melhor funcionamento a gente precisaria de computador na farmácia, de computador na sala de consulta, né, esses materiais, assim... eee alguns fluxos também precisam melhorar, né, uns fluxos como éé um processo de acolhimeeento, né, tem um momento no acolhimento que os pacientes ficam um pouco soltos, né, eles precisam ter alguém/ alguma referência pra direcionar melhor, né, que profissional que vai atender, né, ou se eles podem ser agendados, né, questão organizacional deles.*

61. *ACS Gustavo: Eu vou falar da perspectiva do agente de saúde. Éé... a gen/ assim como a Priscila falou, o vínculo ele é um processo lento que a gente vai adquirindo com o tempo e isso exige MUITO tem E muita conversa eee no caso dos agentes de saúde [Enf. Priscila: e escuta] isso também (risos). No caso dos agentes de saúde, a gente/ às vezes a gente é sufocado coom trabalho burocrático, que a gente tem uma meta pra fazer, a gente tem que fazer as visitas, a gente tem que visitar todo mundo... pelo menos uma vez no mês. Éé e a gente ainda tem que dar conta do trabalho burocrático. Então, a gente tem que fa/ o pior é que a gente tem que fazer de qualquer forma. Aí a gente tem que se virar com o tempo com as visitas, que a gente sabe quee o vínculo, você adquire com conversa e não é pouca conversa. Cê chega numa casa... eee tem uma idosa que mora sozinha, você tem que conversar com ela uma meia hora. Se você conversar menos que isso, ela vai achar insuficiente eee vai ficar*

[Enf. Priscila: vai ficar ofendida] vai ficar frustrada [ACS Laís: é], ou seja, isso compromete o vínculo. Ee já que o objetivo é melhorar, então, a gente teria que dar um jeito, éé de ou de diminuir o trabalho burocrático ou, então, pensar numa estratégia sobre as visitas, porquee s/ no meu caso, muitas pessoas elas moram sozinhas eee a estra/ e a estratégia doo da divisão de área do do/ pro agente de saúde, ela não foi pensada em número de famílias, ela foi pensada em número de pessoas. E o agente de saúde ele não faz visita visitas às pessoas, ele faz visita às FAMÍLIAS. Então, ele v/ vamo supor que eu tenhooo/ o agente de saúde ele tem que ter no máximo setecentos e cinquenta pessoas na área, mas ele não limita a quantidade de famílias, tendeu. Então, no caso, vamo supor que eu tenho quinhentas quinhentas famílias na minha área, quinhentas famílias com uma pessoa morando sozinha. Eu vou ter que visitar/ fazer quinhentas visitas no mês, porque eu tenho que visitar cada família uma vez no mês. Agora, vamo supor que eu tenho quinhentas pessoas dividida por cento e oitenta famílias... eu tenho por obrigação fazer cento e oitenta visitas, entendeu a diferença entre cento e oitenta pra quinhentos? Então, teria que ver umaa uma f/ umaa divisão ai POR FAMÍLIAS e não s-só por pessoas. Ai vamo supor... eu dividi/ eu faz/ é umaa uma eu tenho que fazer cento e oitenta visitas pra quinhentas. Eu vou ter que divid/ éé dedicar MAIS tempo às cento e oitenta e às e às quinhentas, eu vou dedicar menos tempo... é que eu não tô conseguindo me expressar direito, mas é mais/ mas eu acho que dá pra entender. Ou sejaa, a gente precisa de tempo, mas a divisão não tá/ não colabora e ainda tem o trabalho burocrático. Eu mesmo... preenchendo o mapa, e olha que eu organizo bem direitinho que é pra poupar o tempo, eu preenchendo o mapa, vai vinte minutos, porque a gente vai planejar que/ “vou vig/ vou visitar esse, esse, esse e esse”. Ai tem/ já já vem a territorialização. Quando chegar a territorialização, como é que vai ser essas visitas? ... tendeu... vai ser sufocado pela... pela burocracia. Tenho certeza que vai ter agente de saúde que não vai conseguir fazeer todas as visitas mensais. No meu caso, éé eu tenho MUITAS famílias e poucas pessoas por família, a média são duas pessoas por família, naa na minha área, e eu tenho que visitar todas... fica complicado.

62. *Enf. Priscila: Mas não tem (ininteligível), que tem visitas que você vai priorizar mais [ACS Gustavo: é], vai se demorar mais.*

63. *ACS Gustavo: E ainda têm aquelas que tem que ir mais de uma vez no mês (risos).*

64. *Enf. Priscila: E tem aquelas que você tem que tomar de conta.*

65. ACS Gustavo: *Algumas tem que ir, inclusive, todo dia (risos)... [ACS Laís: e é?] mas essas que são todo dia, a gente gasta (ininteligível).*

66. ACS Laís: *E é, Gustavo, todo dia?*

67. Enf. Priscila: *Tem, [ACS Gustavo: é] inclusive, você também tem [ACS Gustavo: tebedas] uma das que tem que ir todo o dia.*

68. ACS Gustavo: *TB.*

69. Enf. Priscila: *Cê num tá sabendo disso não? (risos coletivos)*

70. ACS Laís: *Iê iê.*

71. Enf. Priscila: *É, né?*

72. Pesquisadora: *Mais alguma coisa que vocês fariam para melhorar o vínculo? ... que vocês consigam pensar.*

73. Enf. Priscila: *Doutor Roberto?*

74. ACS Gustavo: *Ah, te/ tem outra coisa, éé assim, existe uma rotatividade profissional [Enf. Priscila: é] ENOORME ENORME ENORME ENORME, assim, troca um profissional o vínculo ó (sonoplastia de algo quebrando) estilhaça (risos coletivos). Aí mas/ como é que a gente faz pra segurar o profissional? Se oo se oo ambiente de trabalho e a remuneração nummm/ os benefícios não são atrativos pra segurar eles no local? Se ele saiu, é porque não é bom... o [Enf. Priscila: não só/] suficiente.*

75. Enf. Priscila: *Não só isso, o vínculo, né, o vínculo, hoje a gente não tem/ dificilmente tem concurso, que fortalece o vínculo, né, [ACS Gustavo: porque o concurso/] vínculo empregatício/*

76. ACS Gustavo: *O concurso ele estabiliza [Enf. Priscila: é] o profissional.*

77. Enf. Priscila: *A questão é estabilidade que é uma coisa que se perdeu muito, que é/ antes era um critério, assim, muitooo muito mais significativoooo a profissional ficar em determinado local, por um longo tempo, pra criar o vínculo, né, e hoje a gente não tem mais essa importâância, não dá mais essa importâância, esse significado. Muito pelo contrário, já passei por gestões quee QUISERAM... DESVINCULAR profissional DAQUELE local, porque ele já tava HÁ MUITO TEMPO. E aí o que eles levavam em consideração era que*

achava que a comunidade já tinha muitos vícios com aquele profissional, já não tava ajudando tanto, né, inclusive eu tive colegas que entraram em depressão por causa d/ pessoa tá lá trabalhando há vinte, há mais de vinte anos, e cê tira a pessoa, isso desestabiliza a pessoa por dentro. Então assim, esse vínculo, assim, eu vejo que (ininteligível) os próprios gestores NÃO CONSEGUEM observar e valorizar TANTO, COMO já foi um dia, quando criaram a Estratégia mesmo de Saúde da Família, né, que é um critério importante, né, haver... me lembro que quando eu me formei, quinze anos atrás (risos coletivos), que eu fui pra um município trabalhar, eles fizeram QUESTÃO de enfatizar que queriam que o profissional permanecesse por um prazo mais LONGO, porque eles não conseguiam segurar determinad/ um profissional em determinado local, pela localidaade, mais distante... numerosa, né, difícil de trabalhar e eles/ uma das coisas que eles queriam era que o profissional permanecesse por um longo período, praa MELHORAR esse vínculo, né, e aí eu fui e passei uns dois anos e meio, mas... os profissionais lá não duravam mais do que seis meses... antes, né. Então assim, ANTES, no começo da/ uns quinze anos atrás ainda tinha esse valor, né, do profissional permanecer na área por algum tempo, mas hoje não dá mais. O vínculo que a gente tem empregatício é muito frágil... isso dificulta... o trabalho. A insegurança do próprio profissional não se sente motivado.

78. Pesquisadora: *Mais alguma coisa? ... Pois muito obrigada [Enf. Priscila: ai já acabou?] pela participação de vocês. Já.*

79. ACS Gustavo: *Mas já?*

80. ACS Laís: *Já foi quatro perguntas?*

81. Pesquisadora: *Já (risos).*

82. Enf. Priscila: *Já?!*

APÊNDICE K – Trechos selecionados para análise e trechos de suporte para análise

Este apêndice destina-se a apresentar os trechos selecionados para microanálise (linguística, com o uso de categorias analíticas) e os trechos selecionados para dar suporte à microanálise e fomentar maior discussão na macroanálise (da prática social), todos indicando as técnicas de pesquisa que os geraram. A codificação dos excertos é simples e ocorre do seguinte modo: trechos com código iniciado pelas letras A, C e E são analisados linguisticamente no corpo do capítulo 4, destinado para análise. Já os trechos com código iniciado pelas letras B, D e F dão suporte às análises linguísticas e da prática social. A sequência estabelecida por numerais cardinais nos excertos de letras A, C e E objetiva seguir a linha de raciocínio escolhida para a condução das análises. Por outro lado, nenhuma ordem específica está marcada nos trechos de letras B, D e F. Entretanto, faz-se relevante destacar que os trechos aparecem agrupados em três blocos (A e B, para o primeiro; C e D, para o segundo e D e F para o terceiro), que correspondem aos três tópicos guarda-chuva analisados no capítulo 4. Por fim, ratifico que todos os excertos têm referência marcada no corpo do capítulo, a fim de facilitar o acompanhamento das reflexões.

Trechos analisados no primeiro tópico guarda-chuva, referente às definições de vínculo terapêutico

Cód.	Excerto
A01	<p>Grupo focal com profissionais de saúde</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisadora: Para vocês, o que é vínculo terapêutico? 2. ACS Gustavo: (longa pausa) eu já tô cansado de explicar o que que é isso (risos coletivos). 3. ACS Carlos: Deve ser a a relação, né, que entra/ que tem entre o usuário, o profissional, né... essa relação recíproca de de criar mesmo um vínculo, o afeto, de de conseguir, né, se abrir pro profissional, expor os problemas, dizer exatamente o que ele tá sentindo, sem ter aquele receio, nesse sentido.

4. ACS Gustavo: É isso mesmo, éé é o laço que a pe/ que o paciente adquire entre o profissional e ele mesmo e... a medida que o vínculo vai ficando mais forte, ééé o paciente ele vai se sentindo mais mais livre pra podeer se abrir, falar se certos problemas que ele-ele não falaria coom com outra pessoa, basicamente isso.

5. Enf. Priscila: É, e o-o vínculo ele... a part/ ele só é construído a longo prazo, né, o... profissional ele também tem que ter uma habilidade, né, pra conversaaar, pra dialogaaar, éé pra explicaaar, né, o paciente. A gente usa de outros artificios, né, do... do atendimento que é a escuta qualificada, né, onde a gente vai aos poucos adquirindo essa confiança. Acho que o vínculo basicamente é a confiança, né, que o paciente tem com o profissional, seja ele qual for, né, da equipe, pra poder éé... a partir DO vínculo, DA confiança, melhorar o cuidado, né, dessa desse... cuidado não só no sentido curativo, né, mas o cuidado no sentido amplo, né, de de todas as áreas da vida daquela pessoa... o que pode tá acontecendo que tá trazendo ele aqui, né, ou causando algum adoecimento OU passível de causar, né, a gente trabalhar (ininteligível) preventivo.

6. ACS Laís: Como já falaram, né, aí, basicamente tudo, é um meio que a gente tem que é abrir com as família, né, deixar esse-esse-essa TROCA, essa ABERTURA pra todos os assuntos que vierem, né, que vêm muitos assuntos, principalmente pessoais, né, então a gente tem que tá a mente aberta... e se/ às vezes calar e ver o que puder ajudar aconselhando.

7. ACS Gustavo: E e tem um detalhe, que a Priscila falou... éé a escuta. A gente escuta muito, MUITO, mas MUITO MESMO, principalmente oooos mais idosos [ACS Laís: é] a gente vai eee ele começa “blá-blá-blá blá-blá-blá” e a gente “ã-ha ã-hã, sim” [ACS Carlos: eles repetem muito a mesma coisa] é, é a gente vai na mesma/ a gente vai na pessoa, nna segunda-feira, quinze dias depois vai de novo, ela vai falar a mesma coisa e a gente tem que ter uma paciente que é pra poder escutar e escutar. Ééé... comooo oo aa Pri/ tem muito paciente só quer/ só precisa ser es/

8. Enf. Priscila: Só precisa da escuta.

9. ACS Laís: Ouvir, né?

10. Enf. Priscila: Eu acho que is/

	<p>11. ACS Gustavo: Inclusive, eles veem a gente na rua, é “ooi, vem cáá” (Priscila ri) aí eles oferecem comida, aí quer que a gente ficar lá (risos coletivos), pra escutar e conversar, e-e quando a gen/ e quando isso acontece éé um bom sinal, porque o vínculo terapêutico... aconteceu.</p> <p>12. Enf. Priscila: É.</p> <p>13. ACS Gustavo: Aquela pessoa não vai chamar uma pessoa que ela não gosta (risos) pra casa.</p> <p>14. ACS Laís: Com certeza.</p> <p>15. Enf. Priscila: E uma coisa que envolve eu acho que tudo isso que a gente colocou, assim, do que envolve o vínculo, que é uma coisa que o profissional tem que ter em mente e tem que ter muitooo muitooo/ praticar no seu dia a dia é oo é a ética, né, que quando a gente tem vínculo, a gente tem a confiança, quando a gente tem a confiança, o paciente VAI falar da vida pessoal, né, das particularidades e a gente precisa ter a ética também pra poder tá recebendo tudo isso e tá mantendo sigilo, né, e agindo de uma maneira IMPESSOAL, né, onde a ge/ (Priscila interrompe brevemente sua fala com a chegada de Roberto) onde a gente vá ter uma impessoalidade, né, não não vá ter juízo de valor, né, daquela pessoa. O Carlos, inclusive, eu lembro que tem uma paciente da área dele, né, que a gente pode falar a situação, não precisa citar nomes [ACS Gustavo: que a gente sabe quem é] que a gente sabe quem é (Gustavo ri) né, que-que faz programas, ela é assim uma senhora, faz-faz programas, que ele por saber ONDE ELA FICAVA, assim, não encontrava ela em casa, ELE chegava a ir até ela, no local que ela tava e começava aa conversar e ela acolheu bem, que já tinha essa confiança, né, então, tudo isso eu acho que é interessante, porque a gente vai ALÉM, né, muitas vezes além do-do daquela margem, né, de-dee e a gente tá só como profissional, né, a gente acaba se envolvendo um pouco com a vida das pessoas, é ir dando conselhos, né, e essa questão éé envolve, né, a o sentido do vínculo.</p>
A02	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>3. Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?</p>

	<p>4. ACS Gustavo: Olha, como eu sou um agente de saúde, a gente tem que ser no mínimo AMIGO deles, porquee a gente precisa adquirir vínculo, senão eles não se abrem, ée re/ recentemente eu ti/ eu tive uma paciente que dem/ eu demorei pra criar vínculo com ela, depois que eu criei o vínculo... ela começou a aa relatar problemas que ela não havia falado antes, por exemplo, ela tinha um lipoma nas costas do tamanho de uma LARANJA, que não dava pra ver. Quando eu criei o vínculo, ela s/ teve a coragem ee... se abriu, né, sobre o problema, então eu tenho que ser no mínimo amigo. Quandooo acontece algum tipo de atrito, que é inevitável, alguns pacientes eles têm/ são mais problemáticos, são mais difíceis. Tem uma paciente xis que ela é muito problemática, ela já trocou de área de saúde várias vezes eee t/ devido ao vínculo ser prejudicado, ela teve que trocar de agente de saúde, então eu NO MÍNIMO eu tenho que ser AMIGO das pessoas. Qu/ quando é CONHECIDO, a gente consegue só levar consulta, levaaar/ ter um diálogo bem f/ bem raso, né, se você adquire amizade, cê chega na rua, a pessoa lhe vê éee ela já fala “ô, fulano, ciclano, beltrano, tudo bem? Tal” aí quando você vai na casa dela, ela tem a liberdade de falar dos problemas. Se NÃO for amigo, ela não fala. Inclusive, quando eu ENTREI como agente de saúde, ée muitas pessoas elas têm o tabu que/ de que tomar remédio controlado é é uma vergonha, e demorou pra mim pegar o vínculo com algumas pessoas pra elas dizer isso pra mim. Eu eu descobri que algumas pessoas tomavam remédio controlado através do prontuário, mas depois com o tempo elas foram see ganhando liberdade e foram falando. Sem o v-vínculo de amizade não existe o serviço.</p>
A03	<p>Primeira entrevista com a ACS Camila</p> <p>3. Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?</p> <p>4. ACS Camila: Minha relação com pacientes é uma relação... que eu procuro ter ÉÉTICA, né, e procuro ser amiga. Eu tenho ética e amizade. É uma relação muito boa, eu dou meu telefone a eles, porque quando eles precisa, eles me telefoona ou então passa whatsaaapp. Eee todo dia eu passo pela minha área, né, então se eles precisa de mim, eles me chamam, minha relação é MUITO boa com meus pacientes.</p>

A04	<p>Primeira entrevista com o paciente Cauã</p> <p>15. Pesquisadora: Como é o atendimento domiciliar, em casa?</p> <p>16. Cauã: É bom, o agente de saúde sempre vem aqui, uma vez por mês, duas vez, dependendo... nossa frequência lá também né... geralmente a gente num tem tempo de ir lá, né, comércio é corrido, só nós dois aí... é complicado.</p> <p>17. Pesquisadora: E como você vê esse atendimento?</p> <p>18. Cauã: Dele?</p> <p>19. Pesquisadora: É.</p> <p>20. Cauã: Bom... atencioso... sempre pergunta como que a gente tá... isso ele né, porque antes tinha uma mulher que ela sss/ acho que ela veio aqui uma vez, ela passou sendo um ano aqui sendo agente de saúde daqui... do bairro aqui, dificilmente ela andava aqui.</p>
A05	<p>Primeira entrevista com o paciente Erison</p> <p>5. Pesquisadora: O que você acha do atendimento que você recebe aqui no/ lá no posto?</p> <p>6. Erison: Quando era essa moça que descobriu DEZ, aí ela saiu, entrou outra, ZERO, que num vinha nem aqui, esse aí é dez também... a outra que saiu que entrou no lugar, ninguém nem conhecia ela, ela nunca veio aqui, esse aí tod/ QUASE TODA semana ele passa, querendo saber como tá, se tá precisando de alguma coisa, se a re/ agora cê viu ele perguntando se a receita ainda tá em dias... esse aí é bem cuidadoso com a gente.</p>
B01	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>3. Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?</p> <p>4. Enf. Priscila: É eu procuro sempre manter uma relação... amigável, né, comunicativa, onde eu consiga perceber que eles tão tendo entendimento, né, daquilo que eu tô explicando, a gente lida com um público que nem sempre tem uma escolaridade, né, às vezes eles... não conseguem ter uma compreensão ou não sabem ler, e aí... tento fazer essa comunicação, né, e ao mesmo tempo assim,</p>

	<p>eu procuro ver muito o humano da pessoa, né, eu/ a gente na Estratégia da Família a gente tem muito esse/ tem que ter muito esse olhar, a gente chama de holístico, né, em todas em todas as áreas da vida da pessoa, não só na patologia que ela tá vindo muitas vezes se queixar, a gente tem que trabalhar com o preventivo, que muitas vezes a gente não consegue, porque... nos são colocadas assim muitas atividades, né, muitas coisas, aqui nes/ na unidade que eu trabalho hoje a gente tem oportunidade de fazer grupos, né, só que em outros locais que eu já trabalhei, pela sobrecarga, eu não/ não se tinha, né, mas como a essência é você tá educando, né, você tá ali mostrando pra pessoa como prevenir a doença, né, e não vir se consultar SÓ POR CAUSA da doença, né, então eu procuro ver muito esse lado, né, humano, já tive... exemplo de pessoas que VEIO com uma patologia eee quando você vai ter um diálogo com essa pessoa, procurar ver, a gente vê que a pessoa tá tensa, pergunta se tem algum problema pessoal influenciando, por exemplo um aumento de uma pressão, né, a pessoa muitas vezes ela... começa a choraaar ou fala de um problema pessoal ou diz que tá passando por muitos problemas, e aí a gente vai através de uma equipe multiprofissional tentar dar assistência pra essa pessoa, né, a gente tenta tratar a pressão, vê se ela realmente tá descompensada, se ela tiver descompensada, a gente vê se é só a medicação que precisa ser ajustada e também trabalhar oo... é... as outras coisas que tão influenciando na patologia, como o estado emocional, né, o psicológico, o social e é aí que vai entrar os outros profissionais da equipe, a gente não dispõe de todos esses profissionais, mas o que a gente dispõe a gente vai tentando fazer essa assistência.</p>
B02	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>11. Pesquisadora: Como você vê aa a questão do vínculo, que é essa relação entre profissional de saúde e paciente, qual a sua visão sobre isso?</p> <p>12. ACS Gustavo: Olha, éé eu acho quee como a gente tá falando de saúde da família... a gente/ é/ o paciente ele tem queee adquirir CONFIANÇA no profissional. (...)</p>
B03	<p>Segunda entrevista com o ACS Gustavo</p>

5. Pesquisadora: É, como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes, além do que você já disse?

6. ACS Gustavo: Olha éééé é complicado geralmente tem gente que não tem como se criar o vínculo, no caso dos estudantes, porque é necessário você ter algum contato e você tem que conversar bastante com as pessoas aí no caso dos estudantes da minha área é mais só de vista se bem que eles quando vocês sabem/ eles sabem que você é o seu agente de saúde eles jááá de longe eles já reconhecem e-e-e sabem da obrigação dele. Agora as pessoas mais idosas que elas são mais difíceis de lidar, você tem que conversar obrigatoriamente e-e conversar muito, não/ não é só uma um dia e eu sei lá conversar quinze minutos, não você demora um pouco. Tem que ir um dia e depois/ geralmente quando eu tenho uma paciente novo na área eu vou de quinze em quinze dias que é pra ficar mais fácil, mas... de-depois vai pra um mês normal né a visita, mas você tem que conversar bastante, eles querem saber onde você mora, eles querem saber o quê que você faz e algumas informações você inevitavelmente tem que dizer porque senão eles não confiam que é necessário ter confiança eee... no caso de alguns outros pacientes que/ vamos supor que tem uma condição de saúde queee que implica um pouco de preconceito como uma pessoa que tem DST aí esses aí é mais difícil ainda porque `qs vezes elas/ eles vão pro COAS e não passam aqui né a gente só descobre que eles têm esse problema depois de muito tempo que você já jáá conversou, porque é basicamente a conversa o vínculo, num tem outra coisa e também tem que ter a competência também né vamos dar um exemplo você... vai lá e você/ pergunta pergunta alguma coisa pra você e você não sabe aí você perde crédito com a pessoa aí é importante você também ter um pouco de conhecimento pra poder tirar as dúvidas as dúvidas da pessoa e elas perguntam de tudo ééé, por exemplo, esses dias uma pessoa perguntooooo aonde era que fazia o exame Machado Guerreira, Machado Guerreira é um exame de doença de chagas (risos) aí até o pessoal da saúde não conhece esse nome né, mas no meu caso eu tive sorte porque... porque eu fiz esse exame pra entrar no concurso e era Machado Guerreira mesmo aí no caso você tem que ter um pouco de conhecimento que é pra poder dar credibilidade a sua a sua função porque se eu/ a pessoa não não tiver credibilidade adeus vínculo ela só vai te receber porqueee sei lá, porque você foi. É, você tem que conversar com a pessoa, seer educado, gentil que é pra poder conquistar a pessoa eee tem que ir... várias vezes no início que é pra poder a pe/ a pessoa se

	acostumar. Acho que é basicamente isso que é pra poder construir o vínculo.
B04	<p>Grupo focal com profissionais de saúde</p> <p>28. Pesquisadora: E como vocês veem o vínculo terapêutico NA Estratégia de Saúde da Família?</p> <p>29. ACS Gustavo: É a base... porqueee a pessoa vem, se consulta, ela se abre, fala dos problemas eee se ela não confia... ela nem vem [ACS Laís: é]. Tem muito MUITOS problemas da/ a gen/ antes do vínculo seer se estabilizar, a gente vai na casa da pessoa, ela não abre a porta, ela tá cheia de problemas eee não diz, ela guarda pra ela, mas à medida em que o vínculo vai se estabelecendo, aí ela vai ganhando a confiança, aí certo dia ela vem e diz “não, é porque eu tô sentindo isso, tô sentindo aquilo”, aí a gente pede, encaminha pra enfermeira, a gente fa/ já fala logo “a enfermeira ela é gente boa, é assim, é desse jeito”, “ai é assim? Quero conhecer ela”, aí vai. Aí quando ela chega no posto, a enfermeira com/ conversa já, faz a triagem, já fala do médico também eee acontece. É muito comum. Essa senhora que a gente acabou de falar... ela nem sabia queeee o SUS era pra todos agora e ela n-nem pisava aqui na por/ na porta do povo, ela tinha medo. À medida em que o vínculo foi se estabelecendo, elaaa foi ganhando confiança, ao ponto até que ela falou dos problemas dela. Ela falou há quanto tempo ela tava com aquele problema?</p> <p>30. Enf. Priscila: A mim, ainda não.</p> <p>31. ACS Gustavo: Ela tava há MUITO tempo [Enf. Priscila: era], muito tempo, pra poder chegar naquele estado. Aí no caso ele tava/ ele passou do primeiro pro terciário (risos). Viu aí o tempo que passou?</p> <p>32. Enf. Priscila: É. [ACS Gustavo: aí] e aí pra pra fazer o tratamento já foi OUTRA [ACS Gustavo: é] outra luta, outro diálogo, né, envolvendo e tudo, e aí a gente deu mais abertuuura, né, aí teve que ter esse equilíbrio depois, mas essa abertura inicial foi fundamental pra ela aceitar o que (ininteligível).</p> <p>33. ACS Gustavo: É e se não tivesse o vínculo, ela não falaria do problema eee a gente nunca saberia do ee muito menos ela teria tratado, só teria vindo no último estágio, quando ela não aguentasse mais, aí quando seria MUITO ruim de tratar, aí ia ter sequela.</p>

34. Enf. Priscila: É, ia ter problemas mais graves.

35. ACS Carlos: E o profissional ele tem que se mostrar imparcial também, né, não mostrar que tá julgando a pessoa, mas que tá querendo ouvir, né, tem que contribuir pra cura dela, praa pra fazer o melhor tratamento possível.

Trechos analisados no segundo tópico guarda-chuva, referente aos facilitadores do vínculo terapêutico

Cód.	Excerto
C01	<p>Primeira entrevista com a paciente Andressa</p> <p>7. Pesquisadora: Pra você, qual é o profissional mais fácil de você conversar?</p> <p>8. Andressa: Eu acho mais fácil conversar com as agentes de saúde, elas são as pessoas/ elas são, elas são as, acho que elas são mais humanas, elas dão mais atenção, quando a gente chega alí elas dão mais atenção à gente.</p>
C02	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>23. Pesquisadora: Na sua opinião, que fatores são precisos para que o vínculo terapêutico aconteça? Esse laço seja éé EXISTA. (...)</p> <p>26. ACS Laís: Primeiro, você tem que tá aberto aaa ouvir o que eles têm a dizer, tem que... você tem que se tornar parte deles, né, porque muitos na minha área tem uns casos éé elitizado, mas também têm uns casos que não são, vul/ são casos vulneráveis, de necessidade, então PARTE a chega pa/ chega... chega às vezes partir de mim ajudar, né, financeiramente, então eles querem só ouvir, né, em que/ eles querem que a gente escute e aconselhe, né, então isso eu faço, na medida do possível eu tô passando.</p>
C03	<p>Primeira entrevista com o dr. Roberto</p>

	<p>22. Pesquisadora: Você falou que é importante ter uma unidade entre os profissionais, [uhum] por quê?</p> <p>23. Dr. Roberto: Olha, porquee éé já foi-se o tempo, assim, quee... éé acreditava-se que a saúde da-daa saúde da pessoa se ééé... cabia inteiramente a um tipo de profissional de saúde, no caso seria o médico. A maioria delas... a maioria delas ééé... na realidade, hoje em dia, sabe-se muito bem que é éé mais o conjunto mesmo das é uma equipe multidisciplinar que facilita melhor do o-o-o a melhora do paciente. Éé o médico, a enfermeira, os agentes de saúde, que tão que são as/ de longe são as-as os profissionais que têm maior contato com o paciente, tendeu, fisioterapeuta, dentista. Tudo isso trabalhando em conjunto ééé oferece uma uma melhora do paciente, um melhor atendimento pro paciente, do que simplesmente você delegar essa função exclusivamente a um a um profissional. Is/ assim, é isso é provavelmente a maior evolução que teve na questão da-da-da saúde pública do país.</p>
C04	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>27. Pesquisadora: Além do do seu trabalho como ACS, que outros fatores você acha que é preciso tendo em vista as outras as outras profissões que atendem aqui no posto? ... outras especialidades. (...)</p> <p>30. ACS Laís: ... é, eu tô/ pra que esse vínculo aconteça, você tá dizendo quee o médico, outras profissões, ah, tem que ter uma parceria, tem que ter a a... parceria d-dos enfermeiros, tem que ter até a parceria até no atendimento no porteiro até o médico, então todo mundo trabalhando junto eu acho que... consegue alç/ alcançar o objetivo de um bom vínculo.</p>
D01	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>1. Pesquisadora: Na sua experiência, como é o atendimento na Estratégia de Saúde da Família?</p> <p>2. ACS Gustavo: Eu vou falar... a experiência que eu tenho AQUI, que eu não tenho em outros lugares, éé não, na verdade eu até tenho porque eu já morei em outros lugares, né, na forma como eu fui atendido. E aqui... aqui, eu acho... muito boa, ééé ele tenta... eu vejo que... eu vejo que eles tentam resolver todos os problemas na unidade, DIFICILMENTE sai/ chega um problema que a</p>

	<p>gente não consegue resolver aqui. Isso pra mim éé é fundamental, assim, na na saúde pública. Quando não tem, ele encaminha prum profissional eeee... pela minha experiência éé de de usuário do SUS em OUTRAS cidades, que eu já morei em mais outras quatro cidades, aqui, sai muito mais rápido as coisas.</p>
D02	<p>Primeira entrevista com a paciente Andressa</p> <p>5. Pesquisadora: Como é a sua relação com as pessoas que atendem lá no posto?</p> <p>6. Andressa: Ótima, graças a Deus eu sou muito bem atendida pelas meninas lá. Quando eu chego lá que eu realmente necessito de alguma coisa, que TEM algum médico, algum profissional pra me atender, graças a deus eles me atendem muito bem, graças a deus.</p>
D03	<p>Segunda entrevista com a enf. Priscila</p> <p>9. Pesquisadora: E como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes?</p> <p>10. Enf. Priscila: Como eu considero?</p> <p>11. Pesquisadora: Não, como você constrói.</p> <p>12. Enf. Priscila: Como eu construo?</p> <p>13. Pesquisadora: É.</p> <p>14. Enf. Priscila: Escutando o paciente, acho que é o principal ponto, né, você dá aquela atenção a ao que ele vem te falar, né, e diante da escuta você tentar explorar, dentro da situação dele e da vida dele, da realidade dele, o que você pode tá... é se aprofundando, né, como eu havia dito, a questão a gente vê vê muitoo muitas situações, muitas patologias envolvendo o emocional, né, dos pacientes, e aí eu vejo que eles sentem/ se sentem muito valorizados quando a gente consegue chegar numa área da vida deles, queeee... que eles se SENTEM que a gente SE IMPORTA COM ELES, não só que a gente tá ali pra dar o remédio, né, mas que a gente se importa com eles, a gente dá um abraço, né, a ge/ eu tenho muito iss/ assim e/ essa questão do consultório, né, de quando a gente já tá construindo esse vínculo, né, de de... de ser GENTIL, de dar um ABRAÇO, e eles saem muitoo muito realiza/ assim,</p>

	<p>muito gratificados pela pela a/ de certa forma aquela AMIZADE, aquela construção. Eu me lembro um fato que aconteceu de de uma senhora, que chegou pra fazer uma prevenção e a gente com esses imprevistos de não ter prevenção alguns dias, e ela já tinha se aborrecido e aí quando eu fui fazer a prevenção dela porque eu comecei a conversar e a gente entrou um pouco no... na situação pessoal da vida dela, que ela era separada e tuudo, e aí eu fui recomendar um livro que eu já li também por causa da minha separação, que me ajudou, assim, tudo isso que a gente tem, acho que a gente tem na vida da gente, que foi benéfico, que foi positivo, que a gente consegue passar pro outro, né, aí eles se sentem é valorizados, né, e issaí foi/ eu achei muito interessante esse essa situação. E assim vai, os idosos, eles sentem muito gratificados quando a gente consegue escutar e conseg/ e-e TEM um diálogo ali de uns cinco minutinhos, pergunta comé que tá a vida deles, quem é que cuida, se tá cuidando bem, se eles tão tendo uma boa alimentação, né, então não só... ver, assim, que eles chegam com uma dor, mas não só ver aquela dor, né, ver além da dor, outras áreas da vida dele, então esse/ o vínculo se torna mais fácil ser construído nesse sentido.</p>
D04	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>13. Pesquisadora: Na sua opinião, que fatores são precisos para que o vínculo terapêutico seja consolidado?</p> <p>14. Enf. Priscila: Eu acho que uma escuta qualificada, né, é um dos principais fatores, precisa t/ você precisa ter habilidade pra ter um bom diálogo com o paciente, porque a habilidade não é só de conversar, mas é de conseguir extrair do paciente aquilo que REALMENTE é você precisa observar, né, como o caso que eu tinha explicado do fator psicológico, muitas vezes eles vêm com a doença somatizada, né, uma doença física e quando você vai ver ooo a raiz daquela doença não é física, é emocional, então você precisa ter essa habilidade, você PRECISA saber trabalhar em equipe, porque você não é sozinho dentro do/ de uma unidade de saúde, você tem vários profissionais e esses vários profissionais precisam ter uma boa comunicação pra poder conseguir ofertar o melhor cuidado pro paciente, né, e aí o vínculo ele vai fazer não só com nós, profissionais da enfermagem, mas ele tem que fazer com toda a equipe, né, a primeira pessoa que vai vincular com ele é o agente de saúde, que faz, né, esse link e aí a partir do momento</p>

	<p>que ele começa a frequentar a unidade ele vai/ é as pessoas da unidade vão procurando fazer o melhor acolhimento praquela pessoa possa ter aquel/ aquele seu s-sua demanda solucionada, né, não só na questão de curativa, mas também como na questão de prevenção.</p>
D05	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>7. Pesquisadora: Como você acha que é a sua comunicação com os usuários?</p> <p>8. ACS Laís: Minha comunicação... eu acho que eu sou bem comunicativa com eles, eu s/ deixo passar o que eles querem ouvir e o que eu quero ouvir deles, eles se sente BEM abertos... em falar as coisas.</p>
D06	<p>Segunda entrevista com a ACS Laís</p> <p>7. Pesquisadora: E como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes? O que você faz pra construir? (...)</p> <p>10. ACS Laís: Dar abertura, dar abertura pra tudo que der, pra tudo que vier delas... dar abertura, sou ABERTA pra ouvir TUDO e dar conselho, né, com certeza.</p>
D07	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>5. Pesquisadora: Como é a sua relação com os pacientes?</p> <p>6. ACS Laís: Éé, a minha relação... como eu tô... tô é estou... adquirindo a experiência agora, né, apesar de eu ter vindo de outra de outra profissão... éé bem, ela é acomodante, assim, é estreita, eu deixo bem livre, éé quando eu vou fazer minhas visitas, eu estabeleço não éé me-metódico o tempo, eu estabeleço a de/ éé dá tempo pra elas falar tudo que elas têm pra falar, não só por fazer visita e sim, estabelecer laços... um elo.</p>
D08	<p>Segunda entrevista com a ACS Laís</p>

	<p>5. Pesquisadora: E que outros assuntos sem ser saúde é fa/ é conversado durante o atendimento?</p> <p>6. ACS Laís: Sim, é, fora essas essas ações da saúde, a gente entra mais em assuntos particulares, as pessoas elas relatam o que elas tão passando, e aí a gente vai ouvindo e vai... vai dizer alguma... alerta, como evitar, a gente tá mais é pra ouvir mesmo, né.</p>
D09	<p>Segunda entrevista com o dr. Roberto</p> <p>7. Pesquisadora: E, como você constrói o vínculo terapêutico com os clientes?</p> <p>8. Dr. Roberto: ... Como que eu construo?</p> <p>9. Pesquisadora: É.... quais são as técnicas que você usa ou medidas...</p> <p>10. Dr. Roberto: (risos) Ah, não tive muito tempo pra desenvolver nenhuma técnica não, mas na maioria das vezes eu tento ser empático eee, na maioria das vezes, assim, tentar escutar, certo, ééé tem vez que realmente, assim, ééé complicado porque as vezes a gente estressa muito, maas... mas tentar sempre ser o mais empático, mais, mais éé solícito possível, principalmente isso, mas ainda não desenvolvi nenhuma outra técnica própria não (risos).</p>
D10	<p>Segunda entrevista com o dr. Roberto</p> <p>18. Pesquisadora: Na sua opinião, e quais seriam os fatores que facilitam pra que o vínculo seja consolidado? Você falou dos que dificulta, e quais são os que facilitam?</p> <p>19. Dr. Roberto: Pronto, éé os que facilitam/ bom o primeiro deles é como eu falei antes, é aa é aa informação né, é você conseguir falar com clareza, ééé esclarecer, ver o que o paciente tem, certo eee quando a gente falar nisso, deixar bastante claro quais são os... é as repercussões que aquela que aquela doença que ele tem vai ter pra vida dele, certo, que que vai acontecer se ele não se ele não seguir o tratamento, esse tipo de coisa. Éé outra coisa que facilita bastante às vezes éé éé são é a promoção de-de algumas campanhas s/ que já têm (ininteligível) por exemplo o-o Outubro Rosa, o Novembro Azul, que às vezes/ que ele quee a EQUIPE, não só médica, mas a equipe do-do-do... do PSF éé eles entram em contato com com o paciente, ESCLARECE, INCENTIVA o paciente</p>

	<p>a procurar o posto em caso de-de-de-de qualquer tipo de sintoma, certo, éé... isso facilita bastante pra pra éé... os pacientes virem... se consultar, assim, alguns, assim, a maioria perdem encontro com uma certa/ encontram uma certa resistência, mas a maioria consegue se-se-se soltar melhor pra pra procurar o posto.</p>
D11	<p>Primeira entrevista com o dr. Roberto</p> <p>5. Pesquisadora: Como você considera que é a sua comunicação com os pacientes?</p> <p>6. Dr. Roberto: Éé... bom... a minha comunicação com paciente... depende assim bastante dos pacientes, tem alguns pacientes também que eu consigo me expressar melhor com eles, até mesmo pela pelo nível de instrução do paciente, ééé... sempre tentando lembrar de dee dar a linguagem, que realmente (ininteligível) mais mais importante, assim, que às vezes eu eu mesmo não... eu me esqueço, assim, de... uma linguagem um pouco mais... não tanto específica, nem tanto científica, geralmente os pacientes entendem mais. Ééé, mas no geral eu considero que é uma-uma-uma-uma... uma comunicação até bastante satisfatória, assim, a maioria sai entendendo bastante. O que que ela tem, qual é o tratamento, esse tipo de coisa.</p>
D12	<p>Segunda entrevista com a ACS Camila</p> <p>7. Pesquisadora: E como você constrói o vínculo terapêutico com os pacientes?</p> <p>8. ACS Camila: Vínculo terapêutico como que cê diz?</p> <p>9. Pesquisadora: O elo, essa ligação que você tem com seus pacientes, como é que você constrói?</p> <p>10. ACS Camila: Não, eu construo, eu vou cadastrar, né, e passo mensalmente quando é mensalmente, eu passo semanalmente, um exemplo, um acamado que eu tenho eu vou toda semana, é pra mim ir uma vez por mês, mas eu vou semanalmente, né, porque é acamado, aí a gestante, geralmente eu tô indo quase toda semana, o elo que-que eu construo é fazendo amizade, né, fazendo meu trabalho direitinho, entregando consultas, orientando eee eu tenho amizade com as pessoas, né, eu gosto muito de tratar bem quando eles chega na unidade, vou recepcioná-los, saber o que que eles querem na unidade, sei que eu acho o meu/ a minha amizade muito</p>

	saudável com os meus pacientes.
D13	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>15. Pesquisadora: E quais são os fatores que você acha que é/ facilita para que o vínculo terapêutico seja consolidado?</p> <p>16. ACS Gustavo: ... que facilita? Ééé no caso, ééé éé mas éé a presença doo profissional. Aqui a gente tem vários grupos... é a gente como agente de saúde, a gente introduziu muito fácil na comunidade da dos grupos. A gente/ como a gente era novato... na primeira semana, na segunda semana foi HORRÍVEL, porque ninguém queria abrir a porta pra gente, aí o que a gente fez? A gente participou dos grupos, aí a população “nossa, aquele rapaz trabalha mesmo no posto”. Éé, “nossa, aquela ali é enfermeira do posto, ela tá vindo aqui”, ee e acontecia... naturalmente a pessoa tava/ já tava se inserindo na comunidade, porque têm pessoas noo na comunidade que elas MUITO DIFICILMENTE ela vem ao posto, assim como têm aquelas que todo dia tão aqui. Aquelas que todo dia tão aqui, elas adquirem o vínculo mais fácil. Agora aquelas que nunca vêm ao posto, como é que elas vão saber da nossa existência? A gente tem que tá dentro da comunidade. Por exemplo a gente tem um grupo de mulheres... é lá acontece sempre n/ ali na na igreja, eeee... e eu fui algumas vezes. Têm pessoas que são da minha área e elas me param na rua “olha, comé que tá/ que tal dia acontece isso, isso e aquilo?” ou seja, é eu acredito que aconteceu o vínculo graças a essa inze/ inserção nos grupos. Éé também tem/ talvez exista outras coisas, com certeza existe, né, mas aqui no posto, acontece é principalmente através do dos grupos.</p>
D14	<p>Grupo focal com profissionais de saúde (sobre questões de infraestrutura)</p> <p>45. ACS Gustavo: E-eu acredito que aqui, a estrutura ela é MUITO boa, eu digo isso por experiência própria, porqueee eu já morei em várias cidades, cinco ou seis por aí, mais ou menos, eee eu já me consultei nelas e a/ e aqui é EXCELENTE... por quê? Ééé aqui os grupos funcionam, porque as pessoas elas/ existem pessoas na comunidade que elas... elas têm a disposição de participar dos grupos... que é MUITO difícil, principalmnteeeee com a medida que a cidade vai crescendo, né, aqui já não é mais tão pequeno e aqui a gente ainda encontra pessoas que têm disposição pra participar dos grupos e e os grupos são FUNDAMENTAIS pra poder ééé</p>

fa/ fazer com que os profissionais tenham vínculo com a comunidade, porque n/ não é apenas um vínculo com a pessoa, [Enf. Priscila: (ininteligível) grupo, né] também tem o vínculo com a comunidade. Eee aqui nós temos praça, a gente tem espaço físico não só no posto, mas também na cidade, que também ajuda com isso. Éé aqui só/ a Priscila comentou que os profi/ que os pacientes eles eles não querem sair do posto, REALMENTE, porque... aqui a gente tenta acolher eles da melhor forma possível, a/ a gente faz até MAIS do que a nossa obrigação... eee... e eles querem ter o problema solucionado... que é o principal motivo que eles vêm ao posto, né, e eu acredito que quando eles chegam aqui... quase todos, se não tiver o problema solucionado, eles são encaminhados pra ummm [Enf. Priscila: pra um órgão] pra um especialista e... vai ter tratamento.

46. Enf. Priscila: Ou algum ór/ ou algum órgão, né, assim, relacionado à (ininteligível) [ACS Gustavo: sim] à prefeitura, assim, falando da Estratégia, em si, a gente tem a a uma rede que apoia, né, esse paciente, que a gente pode tá encaminhando pros casos mais complexos... né, então, Sobral tem essa organização. Muitos municípios... menores não têm NEM a organização, NEM a estrutura de uma maneira geral, né, hospitais, né, maiores e centros especializados. Então, em termo de Estra/ de Estratégia mesmo, eu/ o paciente ele tem o retorno, né, uma resolubilidade, e em alguns lugares não existem.

47. ACS Gustavo: É porque no caso da da estrutura, não se fa/ trata deee Saúde da Família, não, é o posto... o posto ele é umaaa uma MICROÁREA do município, ou seja, a Saúde da Família tem que vir já de uma de uma organização municipal [Enf. Priscila: claro]. Aí no caso aqui éé o coletivo mesmo.

48. ACS Carlos: Eu acredito que é um complemento também, não é só a estrutura [Enf. Priscila: a estrutura] física, né, a/ éé também processo de acolhimento da equipe, éé em relação à localização tabém é-é facilitado pras pessoas, é e o acolhimento é tudo isso isso corrobora, né, para quee HAJA o/ esse vínculo, e-esse vínculo seja firmado entre a equipe e os usuários.

49. ACS Gustavo: É, uma outra coisa da importância dos dos grupos... é, cada agente de saúde tem sua microárea ee TEORICAMENTE era pra ele ser conhecido apenas pela aquela comunidade, né, mas EU, quando eu passo (ininteligível) rua, pessoas daaa das de ou/ das áreas de outros agentes de saúdes vêm e me pergunta sobre o posto. Eu “quem é essa pessoa?” ... eu não

tenho familiaridade com aquela pessoa, né, mas ela me vê por aí, nos grupos, então ela sabe que faço parte do posto eee e confia AO PONTO de vir perguntar. Então, eu acho que isso é fundamental.

50. Enf. Priscila: É-é ela lhe vê como u-um... ela vê um todo, né, [ACS Gustavo: é] ela vê uma equipe [ACS Gustavo: isso] então como ela vê que a equipe trata beeem, né, que a equipe éé quer solucionar [ACS Laís: tem retorno] os problemas deela, dá um retorno. Então, se ela... me conhece, mas não conhece a Laís, mas ela sabe que a Laís trabalha aqui, ela tem uma/ já um certo vínculo com a Laís através do processo da equipe, [ACS Carlos: tem um referencial] tem um referencial... então isso é interessante.

Trechos analisados no primeiro tópico guarda-chuva, referente aos dificultadores do vínculo terapêutico

Cód.	Excerto
E01	<p>Grupo focal com pacientes – sobre a rotatividade de profissionais</p> <p>52. Cauã: Eu acho também é que... aqui vem muito médico/ ultimamente, os médico que vêm geralmente são os recém-formado. Se forma, aí passa uma residenciazinha no hospital, né, volta pra cá, né, porque tem agora tem que pagar dois ano, né, pra você... n/... de serviço público, pra poder... adquirir o... diploma mesmo, aí mais quem vem pra cá é mais novato, aí nunca fica um/ [Bárbara: (ininteligível)] nunca tem um médico que/ [Andressa: É UM RODÍZIO, NÉ] é um rod/ nunca tem um médico que acompanha ele até o final [Andressa: é], porque tá com um médico aqui, três meses depois é [Andressa: EXATAMENTE] outro médico (ininteligível).</p> <p>53. Andressa: Você tá sem/ num tem um médico/ num tem um momento que você chegue aqui, que eu possa dizer assim “doutor, eu tô sentindo/” “deixe eu ver o seu histórico”, ELE NÃO CONHECE MEU HISTÓRICO [Cauã: acho/] porque é um rodízio TÃO GRANDE, que eles não-não têm como eles conhecerem o histórico da gente, conhecer o que a gente tá sentindo.</p>
E02	Primeira entrevista com a ACS Laís

	<p>31. Pesquisadora: O que você acha da... rotatividade de profissionais de saúde?</p> <p>32. ACS Laís: Ah, a troca... eu acho que isso me/ é uma coisa negativa.</p> <p>33. Pesquisadora: Por quê?</p> <p>34. ACS Laís: Porque se você cria um vínculo... e aquele vínculo é quebrado... e vem outro... e deixa a desejar... aí vem a cobrança. Então, quanto mais você tempo tiver... acredito que ééé fundamental, né, o tempo.</p> <p>(...)</p> <p>43. Pesquisadora: Éé, voltando pra troca dos profissionais [certo] o que que você acha que faz com que isso aconteça, que a troca aconteça?</p> <p>(...)</p> <p>50. ACS Laís: Aqui a enfermeira... o que leva mais aqui aqui que eu... pude perceber num fo/ foi só medida administrativa... num teve motivo pessoal não, mas que é que é péssimo até pra pra nós agente de saúde, porque a gente cria já um vínculo, né, e... perder assim...</p>
E03	<p>Grupo focal com profissionais de saúde – sobre a rotatividade de profissionais</p> <p>74. ACS Gustavo: Ah, te/ tem outra coisa, éé assim, existe uma rotatividade profissional [Enf. Priscila: é] ENOOORME ENORME ENORME ENORME, assim, troca um profissional o vínculo ó (sonoplastia de algo quebrando) estilhaça (risos coletivos). Aí mas/ como é que a gente faz pra segurar o profissional? Se oo se oo ambiente de trabalho e a remuneração nummm/ os benefícios não são atrativos pra segurar eles no local? Se ele saiu, é porque não é bom... o [Enf. Priscila: não só/] suficiente.</p> <p>75. Enf. Priscila: Não só isso, o vínculo, né, o vínculo, hoje a gente não tem/ dificilmente tem concurso, que fortalece o vínculo, né, [ACS Gustavo: porque o concurso/] vínculo empregatício/</p> <p>76. ACS Gustavo: O concurso ele estabiliza [Enf. Priscila: é] o profissional.</p>

	<p>77. Enf. Priscila: A questão é estabilidade que é uma coisa que se perdeu muito, que é/ antes era um critério, assim, muitooo muito mais significativoooo a profissional ficar em determinado local, por um longo tempo, pra criar o vínculo, né, e hoje a gente não tem mais essa importâância, não dá mais essa importância, esse significado. Muito pelo contrário, já passei por gestões quee QUISERAM... DESVINCULAR profissional DAQUELE local, porque ele já tava HÁ MUITO TEMPO. E aí o que eles levavam em consideração era que achava que a comunidade já tinha muitos vícios com aquele profissional, já não tava ajudando tanto, né, inclusive eu tive colegas que entraram em depressão por causa d/ pessoa tá lá trabalhando há vinte, há mais de vinte anos, e cê tira a pessoa, isso desestabiliza a pessoa por dentro. Então assim, esse vínculo, assim, eu vejo que (ininteligível) os próprios gestores NÃO CONSEGUEM observar e valorizar TANTO, COMO já foi um dia, quando criaram a Estratégia mesmo de Saúde da Família, né, que é um critério importante, né, haver... me lembro que quando eu me formei, quinze anos atrás (risos coletivos), que eu fui pra um município trabalhar, eles fizeram QUESTÃO de enfatizar que queriam que o profissional permanecesse por um prazo mais LONGO, poque eles não conseguiam segurar determinad/ um profissional em determinado local, pela localidaade, mais distante... numerosa, né, difícil de trabalhar e eles/ uma das coisas que eles queriam era que o profissional permanecesse por um longo período, praa MELHORAR esse vínculo, né, e aí eu fui e passei uns dois anos e meio, mas... os profissionais lá não duravam mais do que seis meses... antes, né. Então assim, ANTES, no começo da/ uns quinze anos atrás ainda tinha esse valor, né, do profissional permanecer na área por algum tempo, mas hoje não dá mais. O vínculo que a gente tem empregatício é muito frágil... isso dificulta... o trabalho. A insegurança do próprio profissional não se sente motivado.</p>
E04	<p>Primeira entrevista com a ACS Camila</p> <p>15. Pesquisadora: Como você vê a rotatividade de profissionais na unidade?</p> <p>16. ACS Camila: Ô... amor, infelizmente, a gente às vezes não quer se apegar, né, mas os profissionais vêm, aí passa um ano, dois ano, aí acaba saindo. Agora a gerência é só dois anos. To/ de dois em dois ano agora está mudando, no momento vem uma gerente</p>

	<p>nova pra cá. Eu acho assim, o agente de saúde é o que fica todo tempo no posto, porque ele tem que morar na área... eee eee tem que residir na área e sempre que eu/ assim, eu comecei a trabalhar aqui, já faz nove ano que eu estou aqui e teve muita mudança já de vários médicos e enfermeiras. É uma rotatividade que eu digo assim “eu não vou mais me apegar”, porque acaba mudando, INFELIZMENTE é assim, o sistema, a gestão é assim, muda.</p> <p>17. Pesquisadora: E como você acha que isso a/ que isso é visto pelos pacientes?</p> <p>18. ACS Camila: Ah, mulher, eles acham tão ruim, que eles se apegam também às pessoas, “ah, eu gostava tanto da enfermeira tal”, aí eles ficam resistente quando chega outra enfermeira, mas depois acaba se acostumando.</p>
E05	<p>Primeira entrevista com o paciente Cauã</p> <p>11. Pesquisadora: E qual você acha mais difícil?</p> <p>12. Cauã: Cooom o pessoal da marcação.</p> <p>13. Pesquisadora: Por quê?</p> <p>14. Cauã: Porque eles não dão muita atenção e eles/ você vai perguntar qual é o tempo de espera e já fala assim como se perdesse a esperança, sei lá, falou que a gente ficasse esperando, que ia dar certo, eles num dão atenção, num tem uma estimativa, num tem nada.</p>
E06	<p>Grupo focal com pacientes (sobre a demora no atendimento/realização de exames)</p> <p>5. Bárbara: (...) Agora, o sistema é que é falho, né, a gente vai bater lá na-na naquela santa, ali na-na praça do São João ali vizinha a-a/ aí passa vinte dias, hoje passei a manhã todinha lá esperando que de/ depois das nove horas, aí deu nove, deu dez e quando eu/ quando-quando a moça foi buscar (ininteligível) uns exames, aí quando ela chegou, passava pra lá, que aí eu disse “Viviane, meu/meus exame”, aí disse “não tá aqui, porque eu vo/ porque o correio não entregou não entregou seus exames, mais lote agora só sexta-feira, aí... [Andressa: orra.] quer dizer você espera [Andressa: DEPOIS DE UMA MANHÃ PERDIDA] é uma [Cauã: é] manhã</p>

	<p>perdida, que eu tinha um BOCADO de coisa pra fazer.</p> <p>6. Cauã: A falha geralmente é no sistema, que num funciona [Andressa: é, infelizmente/] agora o atendimento é razoável, bom.</p>
E07	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>15. Pesquisadora: E na sua opinião, ainda sobre o vínculo terapêutico, o que você acha que dificulta ou fragiliza esse/ a consolidação desse vínculo?</p> <p>16. Enf. Priscila: É, o que dificulta é eu acho que um profissional insatisfeito com a sua profissão dificulta, eu acho que um profissional que trabalha numa unidade muito sobrecarregado dificulta muuuito o vínculo, porque você não tem a oportunidade de dar atenção que o paciente precisa... né, eu acho que... é um profissional que que não consiga manter esse diálogo, né, é por al/ por algum motivo, né, independente de ser só esses dois que eu já citei, né, ee eu acho que só.</p>
E08	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>51. Pesquisadora: Éé, se dependesse de você, o que você acha que deveria ser mudado no atendimento?</p> <p>52. ACS Laís: No atendimento... o que eu pude/ o que eu percebo aqui dos agentes de saúde mesmo, né... claro que ninguém é igual a ninguém, né, mas mas é eu ainda vejo muitaa é ignorância por parte dos do TRATAMENTO, né, receber bem as pessoas... [e o que seria rec/] e aqui/ ãn?</p> <p>53. Pesquisadora: E o que seria receber bem?</p> <p>54. ACS Laís: Tratamento, bom dia, um simples bom dia, né, que é muito importante... dar informação, é direcionar, direcionamento CORRETO, pra num tá esperando, a pessoa fica/ eu tiro pra mim, porque eu eu é se for a minha família, né, eu não queria que a minha família tivesse rondano rondano sem saber a informação certa... então... um acolhimento um acolhim/ um bom acolhimento é importante.</p>

E09

Grupo focal com profissionais de saúde (sobre alta demanda de Agentes Comunitários de Saúde)

61. ACS Gustavo: Eu vou falar da perspectiva do agente de saúde. Éé... a gen/ assim como a Priscila falou, o vínculo ele é um processo lento que a gente vai adquirindo com o tempo e isso exige MUITO tem E muita conversa eee no caso dos agentes de saúde [Enf. Priscila: e escuta] isso também (risos). No caso dos agentes de saúde, a gente/ às vezes a gente é sufocado coom trabalho burocrático, que a gente tem uma meta pra fazer, a gente tem que fazer as visitas, a gente tem que visitar todo mundo... pelo menos uma vez no mês. Éé e a gente ainda tem que dar conta do trabalho burocrático. Então, a gente tem que fa/ o pior é que a gente tem que fazer de qualquer forma. Aí a gente tem que se virar com o tempo com as visitas, que a gente sabe quee o vínculo, você adquire com conversa e não é pouca conversa. Cê chega numa casa... eee tem uma idosa que mora sozinha, você tem que conversar com ela uma meia hora. Se você conversar menos que isso, ela vai achar insuficiente eee vai ficar [Enf. Priscila: vai ficar ofendida] vai ficar frustrada [ACS Laís: é], ou seja, isso compromete o vínculo. Ee já que o objetivo é melhorar, então, a gente teria que dar um jeito, éé de ou de diminuir o trabalho burocrático ou, então, pensar numa estratégia sobre as visitas, porquee s/ no meu caso, muitas pessoas elas moram sozinhas eee a estra/ e a estratégia doo da divisão de área do do/ pro agente de saúde, ela não foi pensada em número de famílias, ela foi pensada em número de pessoas. E o agente de saúde ele não faz visita visitas às pessoas, ele faz visita às FAMÍLIAS. Então, ele v/ vamo supor que eu tenhooo/ o agente de saúde ele tem que ter no máximo setecentos e cinquenta pessoas na área, mas ele não limita a quantidade de famílias, tendeu. Então, no caso, vamo supor que eu tenho quinhentas quinhentas famílias na minha área, quinhentas famílias com uma pessoa morando sozinha. Eu vou ter que visitar/ fazer quinhentas visitas no mês, porque eu tenho que visitar cada família uma vez no mês. Agora, vamo supor que eu tenho quinhentas pessoas dividida por cento e oitenta famílias... eu tenho por obrigação fazer cento e oitenta visitas, entendeu a diferença entre cento e oitenta pra quinhentos? Então, teria que ver umaa uma f/ umaa divisão ai POR FAMÍLIAS e não s-só por pessoas. Aí vamo supor... eu dividi/ eu faz/ é umaa umaa eu tenho que fazer cento e oitenta visitas pra quinhentas. Eu vou ter que divid/ éé dedicar MAIS tempo às cento e oitenta e às e às quinhentas, eu vou dedicar menos tempo... é que eu não tô conseguindo me expressar direito, mas é mais/ mas eu

	<p>acho que dá pra entender. Ou seja, a gente precisa de tempo, mas a divisão não tá/ não colabora e ainda tem o trabalho burocrático. Eu mesmo... preenchendo o mapa, e olha que eu organizo bem direitinho que é pra poupar o tempo, eu preenchendo o mapa, vai vinte minutos, porque a gente vai planejar que/ “vou vig/ vou visitar esse, esse, esse e esse”. Aí tem/ já já vem a territorialização. Quando chegar a territorialização, como é que vai ser essas visitas? ... tendeu... vai ser sufocado pela... pela burocracia. Tenho certeza que vai ter agente de saúde que não vai conseguir fazer todas as visitas mensais. No meu caso, é eu tenho MUITAS famílias e poucas pessoas por família, a média são duas pessoas por família, na minha área, e eu tenho que visitar todas... fica complicado.</p> <p>62. Enf. Priscila: Mas não tem (ininteligível), que tem visitas que você vai priorizar mais [ACS Gustavo: é], vai se demorar mais.</p> <p>63. ACS Gustavo: E ainda têm aquelas que tem que ir mais de uma vez no mês (risos).</p> <p>64. Enf. Priscila: E tem aquelas que você tem que tomar de conta.</p> <p>65. ACS Gustavo: Algumas tem que ir, inclusive, todo dia (risos)... [ACS Laís: e é?] mas essas que são todo dia, a gente gasta (ininteligível).</p>
E10	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>37. Pesquisadora: O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?</p> <p>38. ACS Laís: Eu acho queee eu acho que é a quantidade é grande... porque de/ dimi/ deveria s/ no meu ponto de vista, de ser mais, que agora os agentes de saúde, antes... era, o que me diziam, né, as antigas agentes de saúde... dizia que antes o atendimento não funcionaria tão/ era tanto quanto burocrático, né, hoje é muito burocracia, muita coisa pa assinar... e aí QUEBRA aquele aquele... aa dee você tá mais tempo e menos preocupado de anotar as coisas, tá ali mais... mais acessível ee quand/ a quantidade eu acho que menos... se torna mais qualidade... que é MUITA gente pra cê dá conta e sempre fica alguém faltando.</p>
F01	<p>Primeira entrevista com a paciente Andressa</p>

	<p>21. Pesquisadora: Só mais uma pergunta, como você vê essa rotatividade de profissionais no posto? Essa troca?</p> <p>22. Andressa: Olha eu acho isso um absurdo, hoje mesmo eu fiquei sabendo que o mastologista, que o meu gi, meu gineco, mastologista, o-o endocrinologista e o meu neurocirur/ neuro/ neu/ [neurologista] o meu neurologista que me atende há mais de dois anos na policlínica saiu, “quem é que tá no lugar dele?” “ainda não se sabe” e eu tô com uma consulta pra ser marcada com eles, um retorno com eles desde outubro, ainda não consegui e agora não vou mais conseguir porque eles não estão mais lá, tá entendendo, e fica complicado o posto de saúde porque do mesmo jeito a gente é atendida-atendida por uma-uma médica, ela pede todos os exames, qua/ quando QUANDO o exame sai que a gente vai mostrar já tem trocado de médico, aí começa tudo de novo, aí começa tudo de novo e nisso vai, então nunca você pode dizer que o senhor conhece a minha história, você não conhece meu histórico, não conhece porque cada vez que se vai lá é um... um profissional diferente. Eu acho isso um absurdo, era tão bom que eles vissem direitinho né, AJUDASSEM os médicos também, os profissionais a ajudar a gente, que se eles recebessem ajuda, com certeza eles também ajudavam a gente, com certeza ajudariam, mas aí fica complicado né, porque eles não tem ajuda, e como é que ele vai ajudar a gente, né, fica complicado.</p>
F02	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>37. Pesquisadora: E novamente se dependesse de você, o que você acha que deveria ser mudado na ESTRATÉGIA de Saúde da Família?</p> <p>38. Enf. Priscila: Eu acho que uma das coisas s-seriiaa éé... NUM DEPENDE DE MIM (risos) mas seria o vínculo empregatício, que determinaria os profissionais por mais tempo, né, em nos locais, melhorando o vínculo, né, éé... assi/ eu acho assi/ eu vejo assi/ a minha parte eu tento fazer o máximo que eu posso, né, é-é muitas coisas barram... em coisas gerenciais mesmo, então eu acho que é algo que foge um pouco do meu controle. Eu sempre procuro tá colocando as necessidades pra gerente da unidade, pra pra ver se diante daquelas necessidades que acontece no dia a dia, a gente consegue melhorar um pouco... mas, assim, éé tratar bem o paciente</p>

	<p>eu já procuro fazer o máximo, né, ver de uma maneira éé... humana, né, então acho que dependendo de mim, eu faço o que eu posso, assim, né, procurar antecipar um exame se eu puder, se tiver acesso, né, ver as urgências. E eu acho que além disso, aí barra numa questão gerencial mesmo, né, de gestão que num que num cabe muito a mim, abrir mais vagas pra determinadas coisas, né... mas... eu acho que é isso.</p>
F03	<p>Primeira entrevista com a paciente Carla</p> <p>31. Pesquisadora: E se dependesse de você de novo, o que deveria ser mudado no PSF, esse programa que atende vocês no posto... do SUS?</p> <p>32. Carla: O que poderia ser mudado... hm... ter mais medicamentos, ter... MÉDICO quando a gente PRECISASSE, que nem sempre TEM... é isso.</p>
F04	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>11. Pesquisadora: Como você vê aa a questão do vínculo, que é essa relação entre profissional de saúde e paciente, qual a sua visão sobre isso?</p> <p>12. ACS Gustavo: Olha, éé eu acho quee como a gente tá falando de saúde da família... a gente/ é/ o paciente ele tem queee adquirir CONFIANÇA no profissional. Aqui eu/ existe/ eu acho/ considero um defeito isso, tem uma rotação de funcionário muito grande, principalmente na enfermagem, nã/ principalmente na medicina, em seguida na enfermagem. O que eu percebo que ficaa, que é mais estático é o agente de saúde, mas mesmo assim, eu vejo que tá saindo, éé aí vamos supor ééé principalmente com com mulher, né, q- que elas elas ela/ até homem também, homem já é difícil vim ao posto, aí ele chega aqui tem uma pessoa diferente? Aí é mais/ é como eu falei, é mais difícil deleee seee abrir pra uma pessoa que ela não conhece. Aí uma gestante, por exemplo, c/ a gestante ela se apega à enfermeira, e aqui tá acontecendo/ a gente trocou recentemente duas enfermeiras, que no caso a Renata eee a outra, que veio a Priscila, recentemente, saiu gerente e os médicos, a gente não sabe até quando vai ficar, e a gen/ eu escuto muito doo dos...</p>

dos usuários do posto, queee “nossa, quando a gente tá se apegando à pessoa, quando a gente tá vendo que ela é boa, a pessoa sai”... aí eu acho que isso prejudica... um pouco o vínculo, assim, ele era b/ ele é bom quando oo já tá consolidando éé aquele vínculo de amizade entre o profissional e a pessoa, mas depois queee que quebra, aí tem que readquirir... que é o que acontece aqui.

(...)

21. Pesquisadora: Comente sobre a rotatividade de profissionais nas unidades de saúde.

22. ACS Gustavo: É, eu tinha falado que é um problema, né, ééé... aqui a gente tem os profissionais efetivos eee os que são do ins/do instituto. Os funcionários do instituto eles dificilmente eles duram em algum lugar, porque eles são contratados, os efetivos eles são lotados naquela área ali e dificilmente eles vão sair dali, aí no caso doos dos contratados, eles ficaam à disposição daa da gestão. Recentemente mand/ a digitadora foi transferida, porque precisou deee de tal lugar, ela foi pra lá. As enfermeiras elas trocam muito, porque elas são contratadas, fazem seleção ped/ periodicamente eee por isso que é trocado. Os médicos o médico ele fica durante um contrato, geralmente... PELO QUE EU PERCEBI aqui na nossa unidade, ele se forma, aí ele vem, passa um tempo aqui, aí ele entra na residência e sai, aí acaba o contrato dele e vai, né, eee e é dessa forma que acontece a rotatividade. Ee acontece com uma frequência muito alta, isso que é ruim. Vamos supor que passasse dois anos... aí ou seja, aquele vínculo t/ ia quebrar, né, mas pelo menos ele foi aproveitado por um bom tempo, mas isso acontece numa frequência de meses, aí já é/ tá se formando o vínculo, começa tudo de novo, porque veio profissional novo.

23. Pesquisadora: E o que você acha que isso gera... na população?

24. ACS Gustavo: ... porqueee vamo supor u-um exemplo de doença sexualmente transmissível. Vamo supor que ééé eu/ vamo supor que eu sou um usuário, eu adquiri uma doença sexualmente transmissível, eu conheço aaa a meni/ a enfermeira porque eu já fui lá várias vezes, eu eu ganhei confiança daquela enfermeira... aí eu chego/ eu eu tenho mais facilidade de chegar nela e dizer “olha, eu tô com isso”, porque é um tabu a pessoa dizer “não, eu tô com essa doença sexualmente transmissível”, ele sente vergonha, aí ela vai tomar as providências e ele sabe que ela/ e-ele tem a confiança, porque ele sabe que ela não vaiii espalhar, mesmo sabendo

	<p>que o profissional n-não pode dizer, né, dá aquela insegurança. Agora chegou uma pessoa que tá totalmente nova lá, aí vai gerar insegurança, COM CERTEZA a pessoa ela vai ficar insegura éé eu sei disso porque quando eu entrei, passou uns dois ou três meses ééé... chegou uma pessoa pra mim, ela já tinha/ ela tinha pegado um/ posso falar o nome da doença? [sim] ela tava com sífilis, ela tinha pegado sífilis, ela tava cooom com com lesão lá na na na no órgão genital, aí... ela não queria vim DE JEITO NENHUM, porque ela não conhecia a p/ a enfermeira, ela “não, eu não conheço o profissional, eu não sei, não sei como vai ser”, e foi muito difícil trazer essa pessoa aqui eee depois queee que essa pessoa passou a conhecer a enfermeira... porque são são vários são várias injeções de tratamen/ do tratamento e ainda durante vários meses essa pessoa tem que ser consultada pela enfermeira pra saber see não voltou. A pessoa ficou totalmente prestativa, então quandooo quando quebra o vínculo, a pessoa fica mais difícil de de a pessoa vir à unidade... e em determinados casos/ em alguns casos, dependendo da pessoa, ela é uma pessoa mais solta, mas nem todo mundo é igual, né.</p>
F05	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>17. Pesquisadora: Comente sobre a rotatividade de profissionais de saúde nas unidades.</p> <p>18. Enf. Priscila: É, eu eu, assim, eu vejo que ééé hoje em dia há uma grande dificuldade de/ TALVEZ, NÃO SEI, de de alguns gestores compreenderem essa essência do da Estratégia Saúde da Família, que é a NECESSIDADE do vínculo. De alguns anos pra cá, nós temos tido algumas mudanças aqui no... na prefeitura, é onde eu percebo que que os gestores... eles têm uma imagem distorcida do profissional que fica MUITO tempo naquela unidade, como se isso fosse/ em vez de gerar um vínculo, girass/ gerasse VÍCIOS, né, então assim eu acredito que o vínculo, pra ele existir, o profissional ele tem que permanecer por um tem/ um tempo prolongado, que ele tem, que ele vai gerar um conhecimento da comunidade que ele trabalha, dos profissionais que ele trabalha e que OUTROS problemas, né, de funcionamento organizacional ou de gerenciamento eles precisam ser resolvidos éé nesse nível, né, de de de se conversar, de se precisar é de de, como é o nome? advertências, né, dos processos punitivos mesmo, né, e assim, a questão</p>

do vínculo empregatício também influencia muito, né, porque a gente/ nosso vínculo ele não é um vínculo efetivo, né, nós não somos efetivados através de concurso público, né, e isso dificulta muito o vínculo porque essa rotatividade por contratos temporários, muitos profissionais eles saem, voltam isso fragmenta muito o trabalho dentro da comunidade, TORNA o a comunidade insegura, até a comunidade ela é obter uma confiança no profissional leva um período, um tempo, né, é a gente tem muitas pessoas, infelizmente q-que não satisfazem a cargos dentro do serviço público, numa questão/ mais por uma questão política per/ continua no serviço público, né, a gente tem muito isso em se-serviços que envolvem a parte POLÍTICA, eleitoral, né, então isso dificulta um pouco... TANTO eu já vi dificultar em algumas unidades a convivência entre os próprios po/ profissionais da unidade, né, que são as pessoas que a gente d/ que a gente diz que “nego tem as costas largas”, né, tem alguém que que... que fale por elas, algum político, alguma pessoa que acabe falando por elas... como eu já vi também isso atrapalhar na questão do da permanência de profissionais em determinados locais e ter essa rotatividade, então eu acho que pra que isso, pra que realmente haja o vínculo, a primeira coisa que precisaria ter era um... um vínculo efetivo do profissional com o a instituição, né, que como é pública, seria um concurso público, né, a primeira coisa que deveria ter, que hoje eu vejo assim que eu acho que muitos gestores veem o concurso público como um... uma coisa desvantajosa não só por causa da política, mas porque acha que o profissional, por achar que está efetivo, é capaz de fazer as maiores barbaridades possíveis, né, só que também há punições dentro do que é legal no, né, na pessoa concursada, então, assim, pra mim isso não é desculpa, né, de não haver, há muito tempo que a gente espera que tenha aqui em Sobral e e regularize pelo menos uma parte dos profissionais, né.

19. Pesquisadora: Como você acha que a comunidade vê essa rotatividade?

20. Enf. Priscila: É eu vejo u/ que a comunidade se sente insegura, né, que inclusive há pouco tempo nós perdemos funcionárias por causa de finalização de contrato e a ge/ e a gente vê que o VÍNCULO que o profissional anterior tinha formado era muito bom, então a comunidade, eu já vi pacientes chegando e perguntando pela falta do profissional que ele tinha o vínculo e o paciente desiste de permanecer e volta, né, sem o atendimento que que ele necessitaria, né, é um... processo que vai demorar um tempo pra formar um

	<p>novo vínculo, né, então vejo que a comunidade se sente insegura, não só porque/ não porque tenha profissionais ruins, mas até ele go/ conhecer o novo profissional, né, talvez ele venha uma, duas, três vezes, sonde com os vizinhos, sonde com alguém, se realmente é uma pessoa competente, uma pessoa boa, que vai tratar bem, né, e aí é que ele vai começar novamente a ter o vínculo, né, mas como nós nós temos um público que a gente vê que não tem só aquela doença física, né, que o emocional influencia muito e eles vêm atrás de UMA PALAVRA, né, que muitas vezes vai melhorar ali aquele estado geral dele, não só de um remédio, então o/ e/ a pessoa que tinha o VÍNCULO já ajudaria e é difícil da pessoa que ele ainda vai adquirir o vínculo. Pode ajudar futuramente, mas naquele momento em que o vínculo foi fragmentado, que a outra profissional que ele confiava saiu, né, aquele momento ali vai ser o momento que ele vai ter o maior risco, praquela pessoa adoecer mais, né, ou dependendo do de como seja, né, pode vir até a ter coisas mais graves, porque a gente lida inclusive com um público que tem é transtornos mentais graves, que tentam se suicídio, essas pessoas elas procuram o VÍNCULO, né, pra poder ter esse apoio.</p>
F06	<p>Primeira entrevista com a paciente Carla</p> <p>29. Pesquisadora: E, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?</p> <p>30. Carla: ... é... o pessoal ser mais educado, ser mais atencioso com os/ com os pacientes que chegam lá... só.</p>
F07	<p>Primeira entrevista com a paciente Andressa</p> <p>17. Pesquisadora: E, se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento?</p> <p>18. Andressa: No atendimento... sei lá mulher, elas já são tão legais, as pessoas que tão por lá, um pouquinho de atenção seria bom, né, dar mais um pouquinho de atenção, eu sei que são/ é muita gente, que elas tem que atender né, mas dar um pouquinho mais de/ informar a gente melhor, as coisas, seria melhor se elas conseguissem informar a gente melhor, mas o pior é que muitas vezes é como elas dizem “não tem como eu lhe informar porque a gente também não sabe” então fica complicado, então não tem nem como eu dizer que o atendimento delas é bom ou ruim por conta disso, porque não depende só delas, depende de outros né, então é isso.</p>

F08	<p>Primeira entrevista com a paciente Carla</p> <p>7. Pesquisadora: Como é a sua relação com os profissionais que atendem... lá?</p> <p>8. Carla: Por educação... éé... tranquila... de um certo ponto.</p> <p>9. Pesquisadora: Mas como assim por educação? (risos da entrevistada) explica.</p> <p>10. Carla: Éé sabe aquele ditado dee... educação a gente tem com quem merece? [uhum] pois é. Quando merecem, eu trato com educação, quando não...</p> <p>(...)</p> <p>13. Pesquisadora: E qual é o (profissional) mais difícil ou os (profissionais) mais difíceis?</p> <p>14. Carla: Os mais difíceis são as as meninas do balcão... e as da coleta.</p> <p>15. Pesquisadora: Por quê?</p> <p>16. Carla: Porque... são muito arrogante... elas que/ tem aquele ar de s/ de superior.</p>
F09	<p>Primeira entrevista com a ACS Laís</p> <p>59. Pesquisadora: E mais uma perguntinha, se dependesse de você, o que deveria ser mudado NA Estratégia de Saúde da Família, nesse programa do SUS que atende aqui?</p> <p>60. ACS Laís: Éé, na Estratégia da da Família né, é um problema muito muito antigo, né, que... tem/ no papel oo oo a Estratégia de Saúde da Família, ela é bem ponderada, mas... eu d/ eu eu acho difícil é na/ quanto ao retorno aos pacientes a consulta em si demora... por exemplo, minha paciente... muita éé situação de muita dor, muita dor renal... e demorando bastante o retorno do exame, né, aí... fica muito difícil.</p>
F10	<p>Primeira entrevista com a paciente Andressa</p> <p>9. Pesquisadora: E, de novo, pra/ na sua opinião, na sua experiência, qual o mais difícil de conversar?</p>

	<p>10. Andressa: O mais difícil que eu acredito que seja realmente com os profissionais, OS MÉDICOS, porque eles, além deles, NUNCA tarem assim, geralmente quando eu preciso, tô falando de mim né, quando eu preciso ele não tá lá, quando eu consigo falar com ele/ quando eles estão lá, é uma demora sem fim pra atender a gente. Hoje mesmo eu estive lá, o médico tava, praticamente, lento, acho que ele não tinha acordado ainda, 9 e meia da manhã e não tinha acordado ainda, lento, lento, lento, lento como se não tivesse ninguém lá fora esperando por ele... isso é chato. A gente tem tanta coisa pra fazer em casa também, né, já tá doente né ainda tem os problemas de saúde da gente, ainda tem os problemas que a gente tem que resolver e passar uma manhã ou uma tarde todinha no posto de saúde por uma consulta é complicado... né.</p>
F11	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>31. Pesquisadora: Se dependesse de você, o que deveria ser mudado no atendimento? (...)</p> <p>36. Enf. Priscila: De uma maneira geral. Pronto. Éé, pronto. Se for pra especificaar, eu acredito que o acolhimento precisa ser melhorado um pouco, né, do usuário, porque nós temos uma rotina aqui na unidade, que até oito horas da manhã nós temos os agentes de saúde acolhendo as pessoas, orientando, priorizando, né, aqueles grupos mais vulneráveis, como idosos, gestantes, crianças. Depois de oito horas, a gente não tem uma pessoa específica pra isso, então esse é uma das coisas que eu acredito que precisa ser revista, tem que ter um setor específico pra pra acolher melhor esse primeiro momento, pra ver se realmente é uma demanda que precise tá passando pela categoria da enfermagem e na categoria médica. Esse primeiro contato e esclarecimento do paciente eu acho que evita muitas situações desagradáveis onde o paciente a/ não tem a impressão de que o serviço é desorganizado ou que a gente não tá querendo fazer o atendimento dele, né. Outra coisa, eu acho que precisa melhorar um pouco a comunicação da recepção, né, que é o SAME, porque algumas vezes éé não tem a comunicação suficiente, né, pra esse atendimento... e eu acho que a princípio/ EM RELAÇÃO AO VÍNCULO, né, a ao paciente é isso. Tem outras coisas, mas é mais organizacional, mais, assim, a a</p>

	<p>mais AMPLO, né, coisas burocráticas, né, que nós temos que fazer também, então tudo isso tem que ser estruturado, mas de contato com o paciente, eu acho que o primeiro momento é o acolhimento, melhorar o acolhimento da unidade, né, que o acolhimento não é feito só por nós, enfermeiros, né, o acolhimento é feito por todos... eu acho que melhorando isso já melhora muita coisa.</p>
F12	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>45. Pesquisadora: Mais alguma coisa que você queira falar que lembrou, que passou?</p> <p>(...)</p> <p>50. ACS Gustavo: Eu acho que é... que no caso, deixa eu ver, no caso do agente de saúde, ééé a gente f/ a gente fala muito de obrigação, né... tipo a gente o/ a gente ouve muito a pessoa reclamar, é “ah, o agente de saúde foi em casa só uma vez no mês”. Tipooo... eu acho que... eu acho que tipo a po/ a população ela sabe muito do do dos de/ dos deveres do agente de saúde, mas ela não leva em consideração os deveres delas eeee, como é a palavra que eu tô buscando, que tá perdida aqui?... nossa, acho que quando se perde assim, não volta mais não (risos) éé. Pronto, vou falar da minha dificuldade que eu tive quan/ quando eu entrei aqui... é/ existe basicamente agente de saúde mulher, né, acho que todo mundo teve um agente de saúde mulher, agora u-um homem, o pessoal tem medo, ééé... mas por/ eu falei do IBGE, né, do censo? Quando vai acontecer o censo ééé o que que voc/ como é que você sabe que vai acontecer o censo? Existe toda uma divulgação... (ininteligível) na TV, nas-nas-nas mídias, em todo canto, todo mundo sabe que vai acontecer o censo, chega um recenseador na sua casa, cê nem botaaa resistência, porque você sabe que ele vai lá, mas o agente de saúde não é assim. Éé às vezes éé no meu caso, ch-cheguei em vários lugares, “não, nunca vi, o agente de saúde daqui nem existe, não, não vou lhe receber”, aí eu explico “não, mas você pode ir lá no posto confirmar que eu sou mesmoooo o agente de saúde ou, então, ligar pra tal número”, “não, vou não, não, tchau”. Ou seja, não existe uma divulgação pra... q/ pra falar dos agentes de saúde. Eu acredito que TODA profissão que que queee atenda d/ em domicílio ela tem que existir uma divulgação, tipo esse crachá, na outra vez que você veio, ele ainda não tinha, né, isso foi reclamação que a gente fez, aí eles deram crachá, ou</p>

	<p>seja, a gente chegavam no no local, nem identificação a gente tinha, ou seja, eu acredito que a/ todo lugar, a gestão ela tem que criar... alguma forma de divulgar, porque é complicado você chegar num numa/ eu mesmo, até hoje, eu tenho casas que elas não me aceitam, porque elas não vêm aqui pra pra verificar se/ nem ligam, se eu sou mesmo agente de saúde. Ee outra coisa, a população ela tem ela tem uma noção de DEVER do agente de saúde que é errado, é a população quer que a gente leve remédio (risos) a gente não pode, a gente não pode nem chegar na farmácia sem ooo sem uma receita, a população queer que a gente marque consulta, a população quer que a gente carimbe coisa, ou seja, a p/ mesmo a gente tentando conscientizar, eles não acreditam na gente, porque eles pensam que a gente é preguiçoso, ee não não quer fazer, então, da mesma forma que exi/ que deveria existir é a divulgação do das visitas, como existe no IBGE, também deveria existir uma forma deee de divulgar as atribuições, porque... porque a população ela tem uma noção totalmente errada do que o agente de saúde tem que fazer. A gente trabalha/ a nossa atribuição é basicamente só a promoção ee e prevenção... basicamente. Agora, eles querem planejar a ge/ atribuir mais coisas pra gente, né, mas ainda não saiu eeee... a gente fica meio assim de mão atada, porque ninguém ajuda a gente nesse caso, nem nem gestão, nem municipal, nem estadual, nem federal... e é basicamente isso mesmo.</p>
F13	<p>Primeira entrevista com o ACS Gustavo</p> <p>27. Pesquisadora: O que você acha do número que o Ministério da Saúde preconiza pro seu atendimento?</p> <p>28. ACS Gustavo: De meu? De agente de saúde?</p> <p>29. Pesquisadora: Isso [ou doo], do agente de saúde.</p> <p>30. ACS Gustavo: É, o Ministério diz que são setecentas pessoas... é, eu acho muito, porquee (risos) cara e-eu/ é-é muito, porquee a visita... a gente, além da visita, a gente tem o trabalho burocrático, cê viu que assim que você chegou eu tava digitando umas coisas ali. Antes dissali, eu fuiiii, eu preenchi muitas folhas e olha isso aqui de papel que tem... o Ministério o Ministério elee ele ele tá as atribuições, que ééé... tem a lei lá específica, né, que diz que que a gente tem que fazer, que é promoção e pr/ e prevenção, só quee</p>

tem MUITA burocracia, é a gente tem que tá em grupo, é a gente tem que acompanhar paciente em determinadas... visitas, quando é saúde mental, a gente tá junto. Aí sobra po/ tão pouco tempo pra visita, aí a gente chega na visita é a gente é obrigado a visitar todas as famílias uma vez no mês, mas tem família que você tem que visitar uma vez a cada quinze dias e no caso de gestante ou, então, pessoas mais graves, uma vez na semana e tem gente que é TODO DIA. Aí você me diz é como é que FUNCIONA a visita? É só chegar lá, “ei, você, tá tudo bem?” Não, porque a gente tem que adquirir o vínculo, tem que chegar, a gente tem que conversar. Existe um TEMPO, às vezes a pessoa oferece comida e s/ e algumas pessoas se ofendem se você não aceitar (risos) aí ou seja, existe um TEMPO, as minhas visitas demoram um tempo entre dez e vinte minutos, porque eu tenho que dar atenção à pessoa, se você chegar lá e não der atenção à pessoa, a pessoa vai ficar chateada. Fato. Aí eu tenho a minha burocracia... existem momentos no posto que a burocracia ela sufoca o agente de saúde, por exemplo, a gente tá quase chegando na territorialização. Quando chegar na territorialização, a gente vai ter que reunir planilha de TUDO EM QUANTO HÁ... há aqui no posto, aí a gente vai ficar praticamente ATOLADO com a com a burocracia e dificilmente vai conseguir fazer todas as visitas. É e-e outra coisa... a... a pessoa ela/ o Ministério ele estabiliza uma quantidade de pessoas, ele não es/ é eu acho isso FALHO, por quê? Vamo supor que numa comunidade a gente tem cinco pessoas por casa, aí eu faço uma visita. Nessa visita, eu contabilizo as cinco pessoas, né. Agora vamos supor que em um território como o meu, que é basicamente de estudantes, os estudantes eles moram s/ basicamente todos sozinhos ou então eles moram um ou dois, porque eles moram naquelas quitinetes, aí, ou seja, eu tenho/ são setecentas do/ setecentos a trezentos e cinquenta domicílios, ou seja, é MUITA visita que eu vou ter que fazer, porquee n/ diferente de um bairro normal, que mora muita gente numa casa, é eu vou ter que fazer uma visita por pessoa praticamente, então é ruim. Eles deviam ter especulado também a quantidade de domicílios. Vamo supor, é o agente de saúde tem que ter setecentas pessoas, mas no máximo tantos domicílios... porque aí eles já sabem quee ele não tem aquelas setecentas pessoas e/ ou então aquele mínimo, que são quatrocentas, porque ele atingiu o máximo de domicílios, pelo menos ao meu ver é seria melhor assim. Porque tem/ no meu caso, são estudantes, eles moram em prédios, é difícil achar eles em casa, faço as visitas basicamente de três a-a é-e de quatro a seis horas ou então às

	<p>vezes na hora do almoço, QUASE/ MUITO DIFÍCIL fazer visitas a eles. Eu acompanho basicamente pelo Whatsapp, porque É IMPOSSÍVEL fazer visitas, porque é um número grande de domicílios. É um número pequeno de pessoas, mas o número de domicílios é um número elevado.</p> <p>31. Pesquisadora: Então, qual seria o número que você acha que seria interessante?</p> <p>32. ACS Gustavo: Olha... tem que v/ tem que/ é cada casa é um caso, é difícil, é MUITO difícil, porquee tem que analisar é... a gente chama de barreira geográfica, que, no caso, nas barreiras geográficas do MEU/ da minha área são os prédios... e que horas eles estão em casa? ... eles não/ eles tão/ estudam o dia inteiro, comé que eu vou fazer uma visita a uma pessoa quee estuda o dia inteiro se eu trabalho no horário comercial? É complicado. No caso, eu eu tenho um acordo com com a gerente, que eu trabalho de cinco/ co/ com a gerente antiga, né, porque essa da/ agora saiu né, mas com a gerente antiga eu tinha um acordo que eu trabalhava de cinco até sete horas, aí eu descontava podendo chegar mais tarde no outro dia, porque era hora que eles tavam em casa... aí eu acho que no caso não é NEM o Ministério da Saúde, seria um acordo que a pessoa teria que chegar noo no no posto de saúde, nesse meu caso, né. Agora a quantidade, tem que tem que ter estudo, pra poder determinar isso aí, porquee eu mesmo falar é complicado. PRA MIM... ééé... duzentos a duzentos e cinquenta PRA MIM, agora pra determinar um número geral, aí tem que haver um estudo e/ é/ tem que haver um estudo mesmo pra poder determinar.</p>
F14	<p>Primeira entrevista com a ACS Camila</p> <p>31. Pesquisadora: Ee o que você acha do número de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para que você atenda?</p> <p>32. ACS Camila: Eu vou lhe dizer, eu tenho quatrocentos pacientes, né, NÃO TENHO como visitar quatrocentos pacientes, geralmente eu visito uns duzeentos, duzentos e cinquenta. NÃO DÁ TEMPO, aí eu faço assim, se num mês eu visitei duzentos e cinquenta, no OUTRO mês os que eu não visitei, eu começo a ir visitando, porque os quatrocentos não dá tempo... viu.</p> <p>33. Pesquisadora: Então, qual seria o número que você acha que seria bom?</p>

	34. ACS Camila: Mulher, eu acho que... trezentos.
F15	<p>Primeira entrevista com a enf. Priscila</p> <p>27. Pesquisadora: O que você acha da quantidade de pacientes que o Ministério da Saúde preconiza para o atendimento?</p> <p>28. Enf. Priscila: Bom, na verdade o Ministério da Saúde preconiza o número de atendimentos MÉDICOS, né, o número de atendimentos de enfermagem ele não tem uma padronização. Ééé nós nós atuamos, assim, de uma maneira onde a gente tem queee fazer uma TRIAGEM de todos os atendimentos pra que a gente possa tá encaminhando os casos mais... peculiares, que exigem mais cuidados, pros médicos, né, cada um tem a sua função, mas uma das funções da gente é fazer essa primeira triagem, né, essa primeira avaliação, então assim, dependendo do da demanda da unidade de saúde, o enfermeiro acaba sobrecarregado porque tem que ver todos aqueles casos, mas vai depender muito da questão organizacional, né, eu já vi locais que fazem uma triagem éé em grupo, né, eu já vi unidades que a triagem ela é feita uma escuta rápida do problema pra poder REALMENTE ser triado, já vi triagem onde o enfermeiro tem que fazer o primeiro atendimento de todas as pessoas pra poder só depois encaminhar pro médico, então dependendo da rotina da unidade, ele sobrecarrega ou não o enfermeiro, né. Aqui nós fazemos um uma escuta, né, pouco mais re/ reduzida, assim, de de uma maneira ampla, MAS quando a gente vê que o problema não pre/ não necessita ir pro médico de imediato e a gente pode fazer uma primeira intervenção, a gente realmente precisa se demorar um pouquinho mais, né, isso acaba pegando um pouquinho doo, né, desse tempo que a gente precisa. E também assim, hoje em di/ antigamente a gente tinha uma agenda um pouco mais engessada, né, a gente tinha turnos que era só pré-natal, turnos que era só prevenção, turnos que era... um atendimento específico. Hoje a gente tem um a chamada agenda flexível, onde a gente pode tá colocando vários tipos de atendimento num mesmo dia, né, então pro/ pra mim, pra minha categoria isso não tem umaa restrição de atendimento, vai depender da organização do serviço.</p>
F16	Grupo focal com pacientes – sobre demora no atendimento/realização de exames

21. Pesquisadora: O que vocês fazem para resolver os seus problemas de saúde?

(Longa pausa. Todos falam ao mesmo tempo. A voz de Andressa se sobressai e é a única inteligível)

22. Andressa: O certo é a gente vim aqui primeiro procurar o médico, né, aí QUANDO a gente não re/ não consegue, muitas vezes, falar com o médico/ porque assim, aqui tudo tem, mas quando precisa, tá faltando, né, é o problema do posto de saúde. [Cauã: e/] Como já se viu, hoje, em plena quarta-feira num tem um médico atendendo?

23. Cauã: A gente vi/ antes a gente vinha, falava com a enfermeira... mandava pro médico. Hoje, tem que AGENDAR CONSULTA e olhe lá, UM MÊS depois [Andressa: é], fica mais difícil.

24. Andressa: Essa dificuldade que a gente tem de faz/ de vim no médico, pronto, já tem essa burocracia toda, aí vamos aos exames. ATÉ esses exames saírem PRA GENTE FAZER é uma burocracia. E QUANDO FAZ é pior ainda, porque passa de três a quatro meses pra receber. QUANDO RECEBE, [Cauã: (ininteligível)] onde até eu sei, exame de laboratório, você faz, DEPOIS DE TRÊS MESES [Bárbara: já morreu (ininteligível)] já/ pronto, JÁ PRECISA FAZER DE NOVO. Então, MUITAS E MUITAS VEZES você recebe QUATRO meses depois, pra fazer O QUE com ele? Por que se você tem que fazer de novo? E outra coisa, quem tá precisando de uma cirurgia, sentindo uma dor, num caso de uma cirurgia, num tem condição de esperar três, quatro meses pra resolver isso [Cauã: exatamente] né.

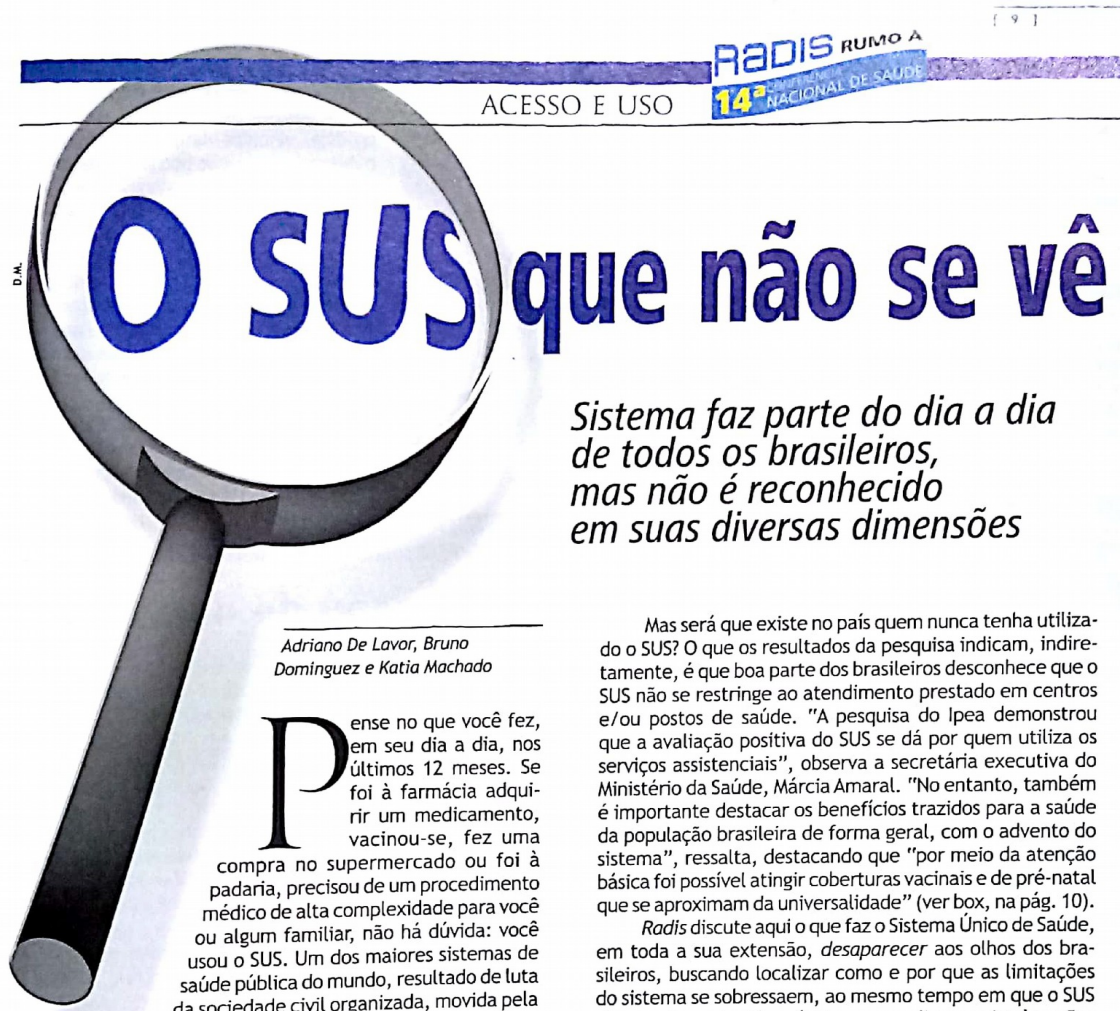
25. Cauã: Uma endoscopia, que o médico passa, o médico passa. Vai marcar, passa dois, três meses [Andressa: olha aí] ou mais.

26. Andressa: Enquanto isso você passa [Cauã: (ininteligível)] dois, três meses morrendo de dor.

27. Cauã: De dor, é, num sabe o que é que tem.

28. Andressa: Num sabe o que é que tem.

ANEXO A – Reportagem “O SUS que não se vê”



ACESSO E USO

RADIS RUMO A
14ª NACIONAL DE SAÚDE

[9]

O SUS que não se vê

Sistema faz parte do dia a dia de todos os brasileiros, mas não é reconhecido em suas diversas dimensões

Adriano De Lavor, Bruno Dominguez e Katia Machado

Pense no que você fez, em seu dia a dia, nos últimos 12 meses. Se foi à farmácia adquirir um medicamento, vacinou-se, fez uma compra no supermercado ou foi à padaria, precisou de um procedimento médico de alta complexidade para você ou algum familiar, não há dúvida: você usou o SUS. Um dos maiores sistemas de saúde pública do mundo, resultado de luta da sociedade civil organizada, movida pela determinação de bravos sanitaristas, o Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição de 1988 e regulamentado dois anos depois, pelas leis 8.080 e 8.142, tem, quase 21 anos depois de sua criação, uma abrangência muito maior do que a percebida pela maioria dos brasileiros.

Levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indica que boa parte da população ainda desconhece a amplitude do SUS: 34,3% afirmaram nunca ter usado o sistema — o que é pouco provável. Publicado em fevereiro, o Sistema de Indicadores de Percepção Social (Sips/Ipea) — que tem como finalidade construir indicadores sociais para verificar como a população avalia os serviços de utilidade pública e seu grau de importância para a sociedade — indicou que o SUS recebeu melhor avaliação de quem declarou tê-lo utilizado (68,9%) do que daqueles que afirmaram não fazê-lo.

Entre os que declararam ter tido alguma experiência com o SUS, 30,4% consideraram os serviços bons ou muito bons, enquanto, entre os que informaram o índice dos que avaliam o SUS, o índice dos que avaliam os serviços como bons ou muito bons, cai para 19,2%. Por outro lado, os que consideram o SUS ruim ou muito ruim são em maior número entre os que informaram nunca ter usado (34,3%) o sistema, do que entre os que disseram ter usado (27,6%).

Mas será que existe no país quem nunca tenha utilizado o SUS? O que os resultados da pesquisa indicam, indiretamente, é que boa parte dos brasileiros desconhece que o SUS não se restringe ao atendimento prestado em centros e/ou postos de saúde. “A pesquisa do Ipea demonstrou que a avaliação positiva do SUS se dá por quem utiliza os serviços assistenciais”, observa a secretária executiva do Ministério da Saúde, Márcia Amaral. “No entanto, também é importante destacar os benefícios trazidos para a saúde da população brasileira de forma geral, com o advento do sistema”, ressalta, destacando que “por meio da atenção básica foi possível atingir coberturas vacinais e de pré-natal que se aproximam da universalidade” (ver box, na pág. 10).

Radis discute aqui o que faz o Sistema Único de Saúde, em toda a sua extensão, *desaparecer* aos olhos dos brasileiros, buscando localizar como e por que as limitações do sistema se sobressaem, ao mesmo tempo em que o SUS não recebe o devido crédito no que diz respeito às ações de saúde bem sucedidas no país.

RAÍZES

Radis apresenta também exemplos desse SUS que não se vê — ações de vigilância em Saúde, como o trabalho da Anvisa e as campanhas de imunização; procedimentos de alta complexidade, como o transplante de órgãos; programas de prevenção e tratamento reconhecidos internacionalmente, como o de combate ao HIV/aids, além da produção de tecnologia e conhecimento, a exemplo do que se faz na Fiocruz e em outras instituições públicas de pesquisa e/ou ensino em saúde, entre muitos outros.

Esse cenário de desconhecimento tem, em grande medida, raízes em questões relacionadas à comunicação. Percebe-se, no entanto, que está também nas mãos dos gestores públicos, que trazem para si o crédito de realizações que, na verdade, são viabilizadas pelo SUS, a responsabilidade por garantir que o sistema se apresente do tamanho que ele realmente é. Falta, também, mexer na visão da Saúde que predomina, hoje, de consumidora de recursos, enfatizando-a, em vez disso, como geradora de riqueza, como o setor econômico que mais investe em inovação e desenvolvimento tecnológico do país, o que faz dele um motor do desenvolvimento.



No que diz respeito à relação entre o Sistema Único de Saúde e a mídia, não é de hoje que o tema interessa aos pesquisadores da comunicação e da saúde. Em 2000, o jornalista Valdir Oliveira, professor do Programa de Pós-Graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict/Fiocruz), já chamava atenção para uma pesquisa realizada em 1998, que mostrava que a maioria dos entrevistados não sabia definir com precisão o significado da sigla SUS.

No artigo publicado na edição de agosto daquele ano da revista *Interface* (www.interface.org.br) — voltada a comunicação, saúde e educação —, ele apontava que as principais imagens e informações divulgadas pela mídia sobre

o sistema estavam mais comumente associadas “às mazelas e dificuldades do setor, quase sempre a partir de uma suposta ineficiência do Estado, incompetência das autoridades ou dos profissionais da área”. Valdir advertia que esse realce em aspectos negativos impedia que o SUS criasse para si melhor imagem na esfera pública e desmontasse “uma construção discursiva sectariamente corrosiva e conduzida por grupos contrários a ele”.

O OLHAR DA IMPRENSA

Em julho de 2005, atendendo à sugestão de um leitor, *Radis* (edição 35) mostrou que, 15 anos após a criação do SUS, algumas instituições públicas de

saúde ignoravam a determinação do Ministério da Saúde de exibir a logomarca do sistema — também obrigatória em prédios, veículos, uniformes, ofícios e publicações — e que boa parte da população desconhecia seu significado.

No texto, o comunicador e sanitário Mario Scheffer avaliava que a falta de uso da logomarca também refletia estratégias de desvalorização do sistema. “O lado bom do SUS é pouco conhecido, há preconceito, desinformação e até má fé de setores que lucram com a exposição negativa dos serviços públicos de saúde”, declarou à revista.

O coordenador de redação da Assessoria de Imprensa do Ministério da Saúde, Renato Strauss, considera “desafiador”

COBERTURA VACINAL

Referência no controle e eliminação de doenças

Considerado referência mundial pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Programa Nacional de Imunização (PNI), a cargo da Secretaria de Vigilância em Saúde, faz parte do SUS e vem apresentando resultados notáveis. Se, em 1973, o país erradicou a varíola, em 1994, foi a vez de a poliomielite sair de cena — a Organização Mundial da Saúde (OMS) concedeu ao Brasil o Certificado de Erradicação da doença. A utilização de vacinas contra as duas doenças projetou o Brasil como pioneiro no planejamento e desenvolvimento de campanhas de vacinação em massa.

São 13 diferentes vacinas, com proteção para 19 doenças e êxito comprovado internacionalmente, no que diz respeito a cobertura e controle ou eliminação de doenças. As vacinas antimeningocócica, que imuniza contra a doença meningocócica, e pneumocócica 10-valente, que protege contra a bactéria causadora de meningites e pneumonias pneumocócicas, sinusite, inflamação no ouvido e bacteremia (presença de bactérias no sangue), entre outras doenças, foram incorporadas ao Calendário Básico de Vacinação da Criança, em 2010. Segundo o Ministério da Saúde, a previsão é que sejam evitadas cerca de 45 mil internações por pneumonia por ano em todo o Brasil, a partir de 2015. A média dessas internações deverá cair de 54.427 para 9.185 — redução de 83%.

O PNI tem controlado outras tantas doenças que ameaçavam milhares

de crianças brasileiras, passando pelas formas graves de tuberculose, tétano, coqueluche, difteria, sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela. As coberturas vacinais em crianças menores de um ano de idade ultrapassaram a meta nacional ao longo dos anos: 90% para a BCG (Bacilo Calmette-Guérin), utilizada para a prevenção da tuberculose, e 95% para as demais.

Dados do Ministério da Saúde mostram que o Brasil foi o primeiro país do mundo a incluir a vacina contra rotavírus no sistema público de saúde. Mais de 60% das crianças menores de um ano foram beneficiadas, já em 2006, ano da inclusão. Em 2009, o percentual da população vacinada com duas doses da vacina atingiu a marca de 84,26%.

Desde 2000, não há também detecção do vírus autóctone do sarampo no país. Em setembro de 2010, foi entregue à Opas o relatório da última etapa para certificação de que o país está livre da circulação do vírus. A cobertura vacinal abrange também a febre amarela: são mais de 65,6 milhões de brasileiros vacinados contra a doença. A maioria (62,5%), residente nas chamadas áreas com recomendação de vacina (ACRV). A rubéola é outro exemplo de doença prevenível por

vacina que teve expressivo declínio no número de casos em apenas quatro anos (96%), passando de 5.867, em 2001, para 233, em 2005. Como, em 2007, registrou-se aumento dos casos, mais de oito mil, o Ministério da Saúde preparou, em 2008, a maior campanha de vacinação já realizada por um país. Foram vacinadas naquele ano, segundo dados do MS, 67,9 milhões de pessoas, o que representou cobertura vacinal de 96,75%.

Situação semelhante aconteceu com o controle da gripe H1N1. Entre abril e dezembro de 2009, o país havia registrado mais de 46 mil casos e 2.051 mortes pela nova gripe. Para enfrentar a segunda onda da pandemia, em 2010, o Brasil realizou complexa campanha de vacinação direcionada para os grupos com maior risco de adoecer gravemente ou morrer em decorrência da gripe: cerca de 90 milhões de pessoas foram imunizadas contra a doença.

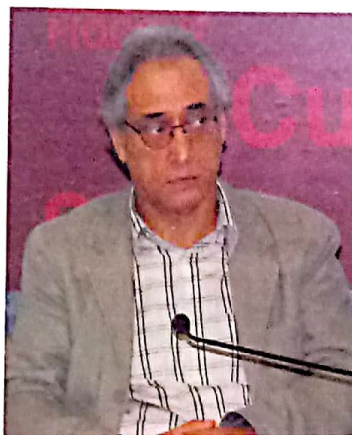


Vacina contra a poliomielite é uma das 13 que compõem o programa de imunização do SUS: pioneirismo brasileiro

FOTO: MINISTÉRIO DA SAÚDE

mostrar à imprensa os pontos positivos do SUS, "um dos poucos sistemas de acesso universal à saúde no mundo, ainda em construção". Ele reconhece que os pontos positivos do sistema não recebem a mesma atenção dos jornalistas que os negativos. As doenças com potencial para gerar epidemias (dengue, gripe e leptospirose, por exemplo), bem como problemas relacionados à assistência – espera por atendimento, acesso a medicamentos, pressão pela inclusão de novos procedimentos – são os assuntos que mais despertam o interesse da imprensa, aponta, devido à "força das imagens e dos relatos das pessoas diretamente afetadas e pela oportunidade de confrontar e cobrar ações do poder público".

Programas de excelência como tratamento da aids, transplantes e redes de doadores de medula, além da melhora de diversos indicadores de saúde – redução das taxas de mortalidade infantil e na infância e eliminação de doenças como poliomielite, rubéola e sarampo – quando recebem cobertura da imprensa, não aparecem como ações realizadas pelo SUS, informa Renato.



Umberto Trigueiros: "ninguém diz de cara limpa que é contra o SUS"



Cristina: trabalho do profissional de comunicação é político

À frente das assessorias de Comunicação do Ministério da Saúde na gestão do ministro Jamil Haddad, em 1993 e 1994, e da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, nas gestões de Sérgio Arouca e José Noronha, de 1987 a 1990, o jornalista Umberto Trigueiro, diretor do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em

Saúde (Icict) da Fiocruz, identifica "má vontade" da grande mídia em relação ao SUS. Em grande parte resultante de orientação ideológica neoliberal, "uma postura privatista que considera que o público não funciona". Essa postura também se verifica na cobertura jornalística de outras áreas, como transportes e mineração, por exemplo.

AIDS

Acesso universal e gratuito aos antirretrovirais

O Brasil é referência internacional no tratamento de aids, mas nem todos aprovam as ações na área ou as vinculam ao SUS, no país. O relatório *State of the Aids response* (Estado da resposta à aids), de 2010, do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (Unaid), indica que apenas 50% dos brasileiros confiam que o país está lidando com a doença eficazmente. O próprio relatório discorda dessa visão e cita o país como líder mundial no combate à epidemia.

Desde 1996, o Brasil garante acesso universal e gratuito aos antirretrovirais, com a regulamentação da Lei nº 9.313. Assim, atingiu uma das metas dos *Objetivos do Milênio* – de garantir o acesso universal ao tratamento de HIV/aids para todas as pessoas que necessitem – antes mesmo de estes serem estabelecidos pela Organização das Nações Unidas, em 2000.

O tratamento e os avanços científicos mudaram a morbimortalidade por aids e aumentaram a sobrevivência dos pacientes no país. Entre 1996 e 2008, o coeficiente de mortalidade por aids caiu 37,6% – de 9,6 óbitos por 100 mil habitantes para 6,1 óbitos por 100 mil

habitantes, segundo o relatório *Saúde Brasil 2009* (Radis 103).

"Só conseguimos dar acesso universal aos medicamentos porque existe o SUS", avalia Ronaldo Hallal, coordenador de Cuidado e Qualidade de Vida do Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. A Unaid elogia o fato de o país trabalhar a doença a partir da abordagem de direito humano.

POLÍTICA NA PRÁTICA

As ações do SUS começam na prevenção: divulgação de informação e disponibilização de camisinhas masculinas e femininas para a população geral, gel lubrificante para profissionais do sexo e homens que fazem sexo com homens e kits de redução de danos para pessoas que fazem uso de drogas. Em 2009, o governo distribuiu 467 milhões de camisinhas. Nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs), é possível fazer testes sigilosos para HIV, sífilis e hepatites B e C. Quem procura o serviço é acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde responsável por orientar sobre o resultado final do exame, independente-

mente de ser positivo ou negativo. Em 2009, foram distribuídos pelo SUS 8,9 milhões de testes de HIV, buscando-se reduzir os casos de diagnóstico tardio.

Quando os resultados são positivos, os CTAs encaminham os pacientes para tratamento nos serviços de referência, onde o paciente deve receber tratamento integral, que inclui cuidados de enfermagem, apoio psicológico, atendimentos em infectologia, ginecologia, pediatria e odontologia, controle e distribuição de antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames de monitoramento, distribuição de insumos de prevenção e atividades educativas.

O Brasil também se destaca nas ações relativas à aids por articular a redução de preços de medicamentos e fortalecer a indústria nacional para produção de drogas, exames diagnósticos e outros insumos. Em 2007, o marco desse movimento: o ex-presidente Lula determinou o licenciamento compulsório do antirretroviral Efavirenz, então usado por 38% dos pacientes brasileiros. "Nossa intenção é manter a autonomia, a independência e a sustentabilidade das nossas ações", diz Hallal.



Umberto observa, no entanto, que essa “má vontade” associa-se às limitações do próprio sistema, acabando por fragilizá-lo. Ele explica que, como muitas das atribuições do SUS, mesmo que retoricamente defendidas por governo e sociedade, ainda não foram implementadas, esse descompasso facilita a ação dos opositores, que não o atacam publicamente, mas se articulam para atrasar seu desenvolvimento. “Ninguém se levanta, de cara limpa, para dizer que é contra o SUS”, observa.

Uma das estratégias para minar o sistema é derrubar fontes de financiamento, por exemplo. Ele lembra que o mesmo governo que defende o

SUS destina recursos do Estado para o financiamento de planos privados. “Isso não aparece na mídia”, aponta Umberto, para quem o sistema de saúde suplementar também funciona mal e somente aparece nos jornais quando é alvo de escândalo.

COMUNICADOR COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE

Outra razão apontada por Umberto diz respeito à rotatividade dos profissionais de comunicação que atuam no SUS, nas assessorias do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais, a maioria com vínculo esporádico, contratada via processos licitatórios e/ou agências.

“Isso desqualifica a atuação”. Ele lembra que são poucas as instituições que, como a Fiocruz, enxergam o comunicador como um profissional da saúde. “Não adianta tratar como se fosse marketing político. Alguém tem que levar a cabo uma política mais alinhada com as diretrizes do sistema”.

A jornalista Cristina Ruas concorda: “Não existe comunicação sem mobilização; nem mobilização sem comunicação”. Pesquisadora do projeto Fundo Global Tuberculose Brasil – voltado à população mais suscetível aos agravos da tuberculose nas regiões metropolitanas –, ela atua na área da saúde desde 1982. Cristina

PESQUISA E DESENVOLVIMENTO

Nos laboratórios públicos, foco no cidadão, não no mercado

Pesquisa e o desenvolvimento de produtos dela decorrentes são motores do crescimento econômico de um país e de seu fortalecimento em nível internacional – geram empregos, enriquecem a indústria nacional e reduzem a dependência do conhecimento estrangeiro. Na saúde, o impacto é ainda mais significativo, pois tende a melhorar o cuidado.

O investimento público é fundamental nessa área, em que se observa a falta de interesse de empresas privadas em voltar sua produção para determinadas doenças – chamadas de negligenciadas. Justamente por isso, o SUS precisa contar com uma base de pesquisa em saúde, hoje formada por 19 laboratórios públicos voltados para desenvolvimento e produção de medicamentos, soros e vacinas. Juntos, produzem 80% das vacinas e 30% dos medicamentos utilizados no sistema.

Entre 2003 e 2010, esses laboratórios receberam R\$ 450 milhões em recursos e três novas fábricas tiveram R\$ 320 milhões de aporte financeiro pelo Ministério da Saúde. Nesse período, o Brasil incorporou três novas vacinas e dois medicamentos por meio de acordo de transferência de tecnologia. Parcerias público-privadas levaram à produção de

21 novos medicamentos, além de dispositivos intrauterinos (DIU), gerando economia de R\$ 170 milhões por ano aos cofres públicos.

Investimentos conjuntos dos ministérios da Saúde e da Ciência e Tecnologia, que somaram R\$ 700 milhões, possibilitaram 3,6 mil estudos em mais de 400 instituições acadêmicas.

Entre as instituições públicas de pesquisa, a Fundação Oswaldo Cruz é um dos exemplos mais citados. Somente Farmanguinhos, instituto de pesquisa, desenvolvimento e produção da Fiocruz, produz em torno de 1 bilhão de medicamentos por ano para o SUS – antibióticos, antiulcerosos, analgésicos e produtos dermatológicos, entre outros.

Destacam-se medicamentos para o combate à aids, à tuberculose e à malária, além de kits para assistência farmacêutica em penitenciárias e para calamidades.

“O diferencial de Farmanguinhos como laboratório oficial é que alia pesquisa e desenvolvimento tecnológico”, diz Hayne Felipe, diretor do instituto. Para ele, o Brasil vem evoluindo em pesquisa e desenvolvimento em saúde: está numa segunda fase, em que utiliza e transforma os insumos. O objetivo é ser um país inovador, com uma indústria farmoquímica pujante, produzindo princípios ativos próprios. “É impor-

tante para a soberania do país chegar a essa terceira fase”. Os laboratórios públicos, informa Hayne, vêm discutindo com o Ministério da Saúde maneiras de produzir itens de maior valor tecnológico e valor agregado.

Farmanguinhos se prepara para fabricar o imunossupressor tacrolimo, usado por pacientes submetidos a transplante de rim, e uma combinação de medicamentos 4 em 1 para tuberculose que pode ampliar a adesão ao tratamento e diminuir as taxas de abandono, um dos principais problemas na terapia contra a doença.



FOTO: PETER ILLICIEV/FIOCRUZ

Nos laboratórios públicos, pesquisa e produção do que não é de interesse dos privados

explica que a comunicação ideal se baseia em três pilares: técnico, político e financeiro. Na área técnica, ela identifica que falta capacitação para os profissionais. Além disso, nos pequenos municípios, não há como o assessor se apropriar de uma visão abrangente da saúde, já que muitas vezes trabalha sozinho na divulga-

ção de todas as áreas da prefeitura. "Como vai compreender que aquilo que passa para imprensa é parte do SUS?", questiona Cristina, também mestranda do Ictc/Fiocruz.

Em relação à dimensão financeira, ela observa que não há investimento de recursos em planejamento e gestão de marca. "Só se atende a

demanda do trabalho de assessoria". Já no campo político, a atuação do profissional de comunicação vai depender do comprometimento do gestor que o contratou e de a instituição incorporar (ou não) sua filiação ao SUS, bem como seus interesses em relação à mídia. "O trabalho do assessor é político", afirma.

VIGILÂNCIA SANITÁRIA

O SUS no controle de qualidade de produtos e serviços

Hospitais, clínicas, creches, espaços culturais, orfanatos, presídios, salões de beleza, supermercados, o campo de atuação da vigilância sanitária é amplo e está relacionado ao dia a dia dos cidadãos. Poucos, no entanto, se dão conta de que suas ações integram o Sistema Único de Saúde. A vigilância sanitária tem a missão de garantir qualidade e segurança de produtos e serviços, dos ramos de alimentos, medicamentos, saneantes (inseticidas, desinfetantes etc.), cosméticos, equipamentos para diagnóstico e tratamento de doenças, defensivos agrícolas, bem como serviços médicos, odontológicos, hospitalares e laboratoriais.

Coordenado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS) tem impacto direto sobre a saúde da população. "Trabalhamos de forma preventiva na proteção e promoção da saúde das pessoas, ou seja, de maneira a evitar que elas fiquem doentes", destaca a diretora da Anvisa Maria Cecília Martins Brito. O SNVS engloba unidades nos três níveis de governo, federal, estadual e municipal, com ações compartilhadas. A Anvisa é responsável, em nível nacional, pela definição das normas do que é colocado à disposição do cidadão no mercado brasileiro. É a agência que autoriza ou não a comercialização de determinado produto. Para conceder essa autorização, são analisados aspectos como capacidade técnica, condições de higiene e capacitação profissional dos responsáveis pela produção. Nos níveis estadual e municipal, os órgãos de vigilância são responsáveis por fiscalizar. Segundo Maria Cecília, os fiscais da vigilância sanitária visitam regularmente as

empresas que produzem, transportam, armazenam, comercializam ou prestam serviços relacionados à saúde. "Quando são identificadas irregularidades, os responsáveis podem sofrer sanções que variam de uma notificação a multas que chegam a R\$ 1,5 milhão e até mesmo ao fechamento dos estabelecimentos".

PARCERIA COM A POPULAÇÃO

Além de autorizar e fiscalizar, a vigilância atua em trabalhos educativos relativo ao consumo de produtos e serviços que podem representar risco para a saúde. A ideia é que a população atue em parceria com a vigilância sanitária, fiscalizando, recusando produtos e serviços inadequados ao consumo e denunciando práticas ilegais. Maria Cecília enumera exemplos de ações exitosas de participação social e educativa — que são apresentadas, anualmente, nos fóruns regionais de vigilância sanitária do país. No município de Iporá, em Goiás, com cerca de 32 mil habitantes, a vigilância sanitária trabalha em conjunto com comerciantes locais para melhorar a qualidade dos serviços e produtos oferecidos para a população. "Em inspeções de rotina, os fiscais sanitários desenvolvem ações educativas para incentivar o fim da informalidade do comércio", relata Maria Cecília. Já em Silvanópolis (TO), profissionais de saúde apresentaram experiência eficiente no combate ao comércio

de carne clandestina. "Em quatro anos de trabalho educativo com os manipuladores de carne, houve mudança significativa: área de desossa própria, conservação e transporte corretos, instalações bem cuidadas, manipuladores uniformizados", comemora a diretora. "A população, orientada e conscientizada, denuncia quando algo está errado". Trabalhos como esses foram favorecidos pelo novo modelo de repasse de recursos para as vigilâncias sanitárias de estados e municípios, com base em um teto e um piso, definidos em 2007. "Houve aumento no valor dos repasses federais e a vigilância sanitária chegou a lugares que nunca haviam recebido incentivo", ressalta Maria Cecília. Municípios com população de até 20 mil habitantes — e que não tinham acesso a recursos — passaram a receber o valor anual de R\$ 7,2 mil para custeio da estruturação dos serviços de vigilância sanitária. "Os municípios se equipam com veículos, computadores, termômetros e outros instrumentos necessários às inspeções", explica Maria Cecília. Já os municípios com mais 20 mil habitantes recebem repasses proporcionais à população.



Alimentos, assim como remédios, produtos de limpeza, cosméticos e serviços médicos: alvos da vigilância sanitária

FOTO: SÉRGIO EDUARDO OLIVEIRA

NA GESTÃO, GRANDE RESPONSABILIDADE

O secretário municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Hans Dohmann, faz uma autocrítica e considera que a invisibilidade do SUS diz respeito também à gestão e aos gestores, comumente focados em divulgar o que fazem e esquecendo-se de projetar a instituição SUS como um todo. "No máximo, entra a logo em algum projeto nosso, mas isso é pouco", observa. Ele defende que parte do orçamento para a Saúde deveria destinar-se à comunicação estratégica do SUS. "Afinal, investir em comunicação é investir no SUS", justifica. "Infelizmente não me recorde,

nesse tempo em que estou diretamente envolvido com a área da Saúde, de ter visto um plano de gestão voltado para a comunicação estratégica", aponta, referindo-se também à própria gestão.

Um exemplo do que analisa está em uma das iniciativas levadas à frente em sua gestão: a Clínica da Família. Hans buscou refletir sobre o plano de comunicação do projeto, lançado pela Prefeitura do Rio em 2009, com foco na atenção básica resolutive, que prevê atendimento médico e dentário, pré-natal, farmácia e exames, além de atendimento domiciliar, entre outros serviços, reunindo equipes multiprofissionais.

Ele reconheceu que este vem sendo anunciado em campanhas publicitárias em rádio, TV e jornal, sem menção ao SUS (ver Toques, *Radis* 100). "Não havia me dado conta disso". A gestão normalmente está mais preocupada em gerir e fazer acontecer, buscando dar conta de uma demanda em um período de tempo, e esquece que é preciso também cuidar da instituição SUS", observa.

Do lado do usuário, a invisibilidade se concretiza. Hans relata que as placas das Clínicas da Família trazem a logomarca do SUS, mas, ainda assim, houve quem perguntasse quanto teriam que pagar para usar o serviço. "É curioso o quanto ainda temos dificuldade de transmitir que

ALTA COMPLEXIDADE

Financiamento de 95% dos transplantes é do SUS

Quando o "Fantástico" anunciou, em abril de 2009, a estreia da série *Transplante, o dom da vida*, apresentada pelo médico Dráuzio Varella, a produção do programa dominical da TV Globo informou em seu blog — <http://fantastico.globo.com/platb/transplante/page/5/> — que havia 50 mil brasileiros na fila de espera por um transplante. "Muitos morrerão enquanto aguardam. O objetivo desta série é colaborar para que a fila ande mais depressa", alertava um dos textos de apresentação do quadro.

Apesar do alerta de que mesmo com um "bom seguro saúde e um patrimônio sólido" ninguém seria privilegiado, e da informação de que o sistema era informatizado "e fiscalizado pelos próprios pacientes que aguardam", os textos publicados no blog deixavam de mencionar o SUS e creditavam o aumento do número de doadores de órgãos à veiculação da série televisiva.

Na verdade, o que o *Fantástico* não divulgou — assim como a maioria das matérias publicadas sobre o assunto — é que o SUS mantém o Sistema Nacional de Transplantes, considerado um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos e tecidos do mundo. São 548 estabelecimentos de saúde e 1.376 equipes médicas autorizadas a realizar transplantes em 25 estados do país.

Os transplantes são um dos itens da lista de procedimentos de alta complexidade — isto é, que envolvem alta tecnologia e alto custo — do SUS. Diálise, radioterapia, quimioterapia,

cirurgia cardiovascular, neurocirurgia, assistência aos portadores de obesidade e reprodução assistida, são alguns exemplos de uma extensa lista.

No caso dos transplantes, o SUS é responsável pela realização de cerca de 95% de procedimentos, cujas diretrizes nacionais determinam gratuidade da doação, beneficência em relação aos receptores e não maleficência em relação aos doadores vivos.

Dados do Ministério da Saúde informam que o Brasil apresenta "crescimento sustentado" no número de transplantes realizados nos últimos anos. Somente em 2009, foram registradas 20.253 cirurgias — aumento de 59,2% em relação a 2003, quando foram realizados 12.722 procedimentos. Aumento (16,4%) também foi verificado no primeiro semestre de 2010, quando o número de transplantes de órgãos sólidos (coração, fígado, rim, pâncreas e pulmão) subiu de 2.033 (em 2009) para 2.367. Em 2010, no *Dia Nacional do Doador de Órgãos e Tecidos*, o governo destinou R\$ 76 milhões para o setor.

TERCEIRO MAIOR BANCO DE DOADORES DO MUNDO

Do total investido na área pelo governo, em 2009, R\$16 milhões destinam-se à ampliação de centros de transplantes de medula óssea, com instalação de 80 novos leitos para a realização das cirurgias. Indicado no tratamento de leucemias (câncer), linfomas (conjunto de cânceres do sistema linfático) e alguns tipos de anemias graves, o transplante de medula óssea

é realizado no Brasil desde 1979. Entre 2003 e 2009, o SUS ampliou em 57,51% o número de procedimentos.

A medida reflete o sucesso de outra área, nem sempre associada ao SUS — o Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea (Redome). Com a marca de 1,9 milhão de doadores registrados, é o terceiro maior banco do gênero no mundo (à sua frente estão os registros nos Estados Unidos, com 5 milhões de doadores, e na Alemanha, com 3 milhões). A chance de um portador de leucemia encontrar um doador de medula óssea compatível fora da família é de uma em 100 mil. Com o Redome, as chances se tornaram maiores: em 2000, apenas 10% dos doadores de medula foram brasileiros localizados no cadastro; já em 2009, o percentual passou para 64%. Desde 2009, os registros do Redome foram integrados ao National Marrow Donor Program (NMDP), maior rede de registros de doadores de medula óssea do mundo.

Com a integração, brasileiros têm acesso aos registros internacionais, enquanto pacientes estrangeiros podem identificar e utilizar as células-tronco de doadores daqui. Os custos (cerca de R\$ 50 mil) da identificação internacional de doadores são financiados pelo SUS. Os pacientes com leucemia também contam com a rede de bancos públicos de sangue de cordão umbilical (Rede BrasilCord), fonte alternativa ao transplante. A rede, criada em 2004, reúne hoje 11 bancos públicos: quatro em São Paulo e unidades no Rio de Janeiro, Distrito Federal, Santa Catarina, Ceará, Pará, Pernambuco e Rio Grande do Sul.





FOTO: SERGIO EDUARDO OLIVEIRA

Hans: focados em divulgar o que fazem, gestores esquecem de projetar o SUS

aquele é um projeto do SUS", analisa. "Isso prova que todos nós que militamos mais ou menos no SUS precisamos urgentemente incluir em nosso trabalho um plano de comunicação estratégica", diz.

O secretário destaca que o SUS é patrimônio do povo brasileiro, independentemente de partido político ou gestor, e, no Rio de Janeiro, não pode

ser diferente. "A Clínica da Família precisa apresentar-se como uma política de estado", reconhece.

PATRIMÔNIO NACIONAL

Para quem divulga, essa lacuna aparece com nitidez. Especialmente em Saúde, com 23 prêmios por reportagens na área, a jornalista Conceição Lemes identifica que os gestores (municipais, estaduais e federais), de fato, não têm o hábito de informar, nos contatos com a imprensa, que os programas bem avaliados, como imunização e aids, são do SUS. "Sobram para o SUS as filas e os hospitais lotados", observa.

Para Conceição, não se pode ficar esperando que o jornalista tome a iniciativa de perguntar ou inferir para dar crédito ao SUS. Primeiro, por conta da alta rotatividade dos profissionais que cobrem a área — "tem que repetir sempre, como se faz com prevenção". Ela também considera que está disseminada a cultura de que o SUS "é coisa de pobre", o que faz com que o jornalista não se sinta parte do sistema — "A pró-

pria mídia não tem interesse em que o SUS dê certo" — e com que as pessoas falem mal, mesmo sem conhecê-lo. Ela identifica que não se divulga quando usuários abastados recorrem ao SUS para procedimentos caros, não pagos por seus planos privados. "Os que se servem deste expediente têm vergonha".

PATRIMÔNIO NACIONAL

Apresentar o SUS como patrimônio nacional é um dos maiores desafios da gestão, analisa o secretário de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, Luiz Odorico Monteiro de Andrade. "Boa parte da população, em especial, a classe média, que ao longo desses anos foi optando por planos de saúde, usa o SUS e acha que não usa, fortalecendo a cultura de que o sistema de saúde público é para pobre". Odorico ressalta que o SUS não é apenas um sistema de assistência médica e hospitalar. "Articula promoção, proteção, recuperação, reabilitação e muito mais", esclarece, lembrando que, ao tomar banho, estamos com o SUS, pois a água é monitorada pelo Sistema de

ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Medicamentos ao alcance da população

Desde fevereiro, 11 medicamentos para hipertensão e diabetes vêm sendo distribuídos gratuitamente em 15 mil pontos do Brasil por meio do programa Aqui Tem Farmácia Popular — em farmácias populares e drogarias privadas conveniadas. O país tem 33 milhões de hipertensos e 7,5 milhões de diabéticos. Somente na primeira semana, 560 mil pessoas buscaram medicamentos para essas doenças, segundo balanço do Ministério da Saúde. São oferecidos também medicamentos com descontos de até 90% para outras cinco doenças — asma, rinite, mal de Parkinson, osteoporose e glaucoma —, além de fraldas geriátricas.

O programa inclui as farmácias privadas como pontos de venda ou distribuição dos medicamentos, sendo, por isso, alvo de crítica dos que consideram que a assistência farmacêutica deveria se dar nas unidades do SUS: o paciente sairia da consulta com o diagnóstico e os medicamentos necessários para o tratamento. Para o diretor do laboratório Farmanguinhos/Fiocruz, Hayne Felipe, a inclusão das farmácias privadas no programa foi

importante, ampliando o acesso da população aos medicamentos. "Não houve qualquer limitação nos postos de saúde, ao contrário, desde 2004, o governo aumentou os recursos para a assistência farmacêutica básica", argumenta.

O Aqui Tem Farmácia Popular integra a Política Nacional de Assistência Farmacêutica do SUS, que atua em três frentes. A primeira se dá na atenção básica, pela distribuição de um conjunto de medicamentos elencados pelo Ministério da Saúde a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), que lista medicamentos para os principais problemas de saúde dos brasileiros com base em dados epidemiológicos. A segunda volta-se ao atendimento de doenças de caráter transmissível e de alto impacto na saúde da população, cujos programas são coordenados nacionalmente pelo ministério — entre eles, DST/aids, tuberculose, hanseníase e malária, imunobiológicos e insumos de coagulopatias e hemoderivados.

A terceira frente de atuação avalia a necessidade de ampliação do acesso e incorporação de novos medi-

camentos, tomando como referência pedidos encaminhados pelas secretarias de Saúde e ações judiciais movidas por usuários. No ano passado, o Ministério da Saúde gastou R\$ 6,5 bilhões com medicamentos — o equivalente a 12,5% de seu orçamento, contra R\$ 2 bilhões ou 5,8% do orçamento da pasta, em 2003.



FOTO: AGÊNCIA BRASIL

Medicamentos gratuitos e com desconto são oferecidos em 15 mil pontos de venda

Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano, do âmbito na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. "Quando vamos comprar o pão, compramos na padaria do SUS, pois a vigilância sanitária cuida da fiscalização daquele estabelecimento".

NOÇÃO DE PERTENCIMENTO

A invisibilidade do SUS envolve disputa de valores na sociedade, melhoria

da rede, busca de um financiamento estável e implica discutir com a sociedade a ideia de integralidade em saúde. Odorico recorda que milhões de brasileiros passaram a ter direito à saúde com o advento do SUS. "Mas a expansão da cobertura não foi seguida de investimento maciço na qualidade do acesso, gerando insegurança na população em relação ao sistema", avalia.

Odorico acredita que ainda não se conseguiu discutir o SUS como política

pública que tem raízes solidárias e humanísticas, na busca da universalização da saúde. "Vivemos no Brasil um dilema ético: as pessoas que trabalham e que opinam não são usuárias do sistema, ou melhor, não se reconhecem como tais", diz. Ele lembra que em países onde há sistemas universais, como Canadá e Inglaterra (Radis 99), há crises e debates, mas as pessoas que criticam são e fazem questão de ser usuárias de seus sistemas públicos de saúde.

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS

Socorro para 110 milhões de pessoas na rede pública

O Sistema Único de Saúde brasileiro inclui, desde 2003, o atendimento de socorro à população na rede pública, dentro da Política Nacional de Urgências e Emergências. A face mais visível desta política é o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), presente em 1.461 municípios do país, oferecendo cobertura para 110 milhões de pessoas.

O serviço é controlado por 157 centrais de regulação, que organizam o atendimento, realizado por equipes de profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e socorristas, que contam com o apoio de duas mil ambulâncias. O Samu atende urgências e emergências 24 horas por dia, em qualquer lugar.

O socorro é iniciado a partir do momento em que o cidadão solicita o serviço, através de chamada gratuita para o número 192. Após a identificação da emergência, um médico faz o diagnóstico da situação e, imediatamente, fornece orientações ao usuário, avaliando qual o melhor procedimento: encaminhar a pessoa a um posto de saúde ou enviar uma ambulância de suporte básico para o atendimento no local. Se o caso for mais grave, uma UTI móvel pode ser enviada.

O médico regulador tem poder de autoridade sanitária e comunica a urgência ou emergência a unidades públicas de saúde, para que leitos sejam reservados e haja continuidade nas ações. No site sobre o Samu na Internet, o governo federal informa que serviço é responsável pela redução do número de óbitos, tempo de internação em hospitais e sequelas decorrentes da falta de socorro precoce.

A política que ampara o Samu segue os mesmos princípios doutrinários do SUS – universalidade, equidade, integralidade, descentralização, participação social e humanização – e inclui, além do atendimento móvel, a organização das ações de urgência nos pronto-atendimentos, unidades básicas de saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família, bem como nas grandes urgências e nos pronto-socorros dos hospitais; ao mesmo tempo, prevê a retaguarda hospitalar para os atendidos nas urgências e propõe estruturas para o atendimento pós-hospitalar.

Outro programa do SUS integrado a esta política é o das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs 24h), que oferecem serviços de raio X, eletrocardiografia, pediatria, laboratório de exames e leitos de observação. O modelo ganhou caráter nacional em 2009 (ver Radis 83) e tem como objetivo ampliar a assistência, diminuir filas nos prontos-socorros dos hospitais e evitar que casos de menor complexidade sejam encaminhados para as unidades hospitalares.

Durante a inauguração da 104ª UPA 24h (a primeira no Distrito Federal), em fevereiro, o governo divulgou investimento de R\$ 898,8 milhões para as obras das 462 unidades autorizadas em todo o país.

EVENTOS EXTREMOS

As ações de urgência e emergência serão ampliadas com a criação da Força Nacional de Resgate do SUS, uma equipe de profissionais especializados em atendimento a vítimas de desastres naturais, como o que vitimou mais de 890 pessoas na região serrana do Rio de Janeiro, em janeiro.

A proposta do ministro Alexandre Padilha é reunir servidores públicos

que já participaram de ações semelhantes, profissionais de saúde dos hospitais universitários federais, das forças armadas, além de estados e municípios. Depois da tragédia, 20 ambulâncias foram entregues para reforçar o Samu em cidades atingidas pelas chuvas. A ideia é acelerar o processo de implantação do Samu regional, nessas áreas.

As ações dão continuidade ao trabalho de resgate, salvamento e orientação à população iniciado pelo Ministério da Saúde logo após os desastres, com apoio aos abrigos e à atenção básica; disponibilização de leitos, equipe e veículos nos hospitais federais; instalação de farmácia central e farmácias satélites; transferência de recursos; ações de atenção à saúde mental; envio de medicamentos e vacinas e de material de orientação à população e aos profissionais.



Atendimento de urgências e emergências faz parte de política nacional do sistema



A secretária executiva do Ministério da Saúde, Márcia Amaral, acredita que, além de dar maior visibilidade para o conjunto de ações de saúde ofertadas pelo SUS, "para que a sociedade possa melhor usá-lo, valorizá-lo, defendê-lo e criticá-lo, exercendo o controle social", é preciso trabalhar a noção de "pertencimento". Trata-se, explica, "de um desafio ético, estético e político, do Ministério da Saúde e de todos que defendem o sistema". Márcia ressalta que o SUS está presente na vida de 100% dos brasileiros, seja por meio da realização de ações preventivas e de promoção à saúde, seja pela oferta e coordenação de serviços assistenciais. "É natural que as áreas com maior dificuldade chamem mais a atenção da população, pois são, constantemente, pautadas pela mídia. Mas, isso não pode ofuscar a qualidade dos serviços que já são prestados pelo SUS".

APROPRIAÇÃO POLÍTICA

A jornalista Conceição Lemes chama atenção para a apropriação política que se faz das realizações bem sucedidas do SUS. Ela narra caso ilustrativo de janeiro de 2010, quando o governo do estado de São Paulo e a secretaria de Saúde mandaram *release* para mídia anunciando a distribuição de 41 milhões de doses de vacina contra a gripe suína. Segundo ela, de acordo com a comunicação oficial distribuída à imprensa, "parecia que o estado de São Paulo arcaria com os custos das vacinas; faria a distribuição via Ministério da Saúde; e que São Paulo seria o primeiro a dispor das vacinas por ter saído na frente do próprio ministério". Ela resume a estratégia afirmando que "filho feio não tem pai; já para o bonito, é preciso fazer teste de DNA de tantos candidatos à paternidade".

O bom atendimento ao usuário do SUS é ponto de partida para que a área de comunicação possa trabalhar a dimensão dos direitos e da gestão pública, como defende a jornalista Cristina Ruas, a partir de sua experiência como assessora de Comunicação em setores da administração pública, em nível municipal, estadual e federal. Para Cristina, não se trata de vender bem a logomarca do SUS, mas "tentar institucionalizar aquilo que é público", considera. "Muitas vezes, um cartaz informativo apresenta 15 logomarcas que concorrem umas com as outras". Cristina defende que o Ministério da Saúde invista em estratégias menos comerciais de divulgação e qualifique melhor o serviço prestado. "Conceitualmente, o SUS sempre foi um projeto social. Enquanto o poder



Odorico: "as pessoas que trabalham e opinam sobre o SUS não se reconhecem como usuárias"

público disputar espaço comercial na mídia, estará desqualificando aquilo que é um direito".

PAPEL DO CIENTISTA

Além de mídia, gestores, empresários e usuários, outro grupo estaria relacionado à invisibilidade do SUS: os pesquisadores. O jornalista Wagner Oliveira, coordenador de Comunicação Social da Fiocruz, acrescenta à discussão a falta de conscientização de alguns deles de que trabalham para o SUS e para o Estado. Ele lembrou que a "função social do cientista" ficou mais clara após a redemocratização do país, quando a ciência legitimou sua contribuição para um novo projeto de Brasil, com instituições como a SBPC e a Fiocruz. A partir desse debate, foram definidas opções estratégicas sobre o campo da saúde e as necessidades de atenção do cientista e do poder público. Ele acredita que uma cobertura ampla da saúde deve incluir a repercussão da função social do cientista, de modo que o mundo acadêmico possa estreitar sua ligação com os serviços.

"Temos que superar a ideia de marketing pelo marketing", orienta, "e aproximar o conhecimento científico da população, de maneira que o pesquisador possa prestar contas para a sociedade e fazer com que este saber acadêmico circule". Wagner lembra que, cada vez mais, a ciência traz impactos à vida das pessoas, quando se fala em células-tronco, transgênicos ou testes genéticos.

DIMENSÃO ECONÔMICA E INDUSTRIAL

Além da dimensão social, o SUS tem uma dimensão econômica e industrial pouco valorizada – reforçando sua invisibilidade. "É um dos raros exemplos que aliam direito de cidadania com alto potencial de inovação e geração de



Gadelha: exemplo de direito de cidadania aliado a alto potencial de inovação e geração de renda

emprego e renda", nas palavras do secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, Carlos Gadelha. O setor alavanca pesquisas e emprega 12 milhões de trabalhadores diretos e indiretos, o que faz dele um motor do desenvolvimento do país. Mais de 8% do Produto Interno Bruto brasileiro estão ligados à saúde, superando inclusive a agropecuária.

"Pesquisa e desenvolvimento são fundamentais para fortalecer a política social: sem tecnologia e base produtiva não garantimos acesso em longo prazo", diz o secretário. O SUS funciona como coordenador da agenda de pesquisa do Brasil, seja ela pública ou privada, já que é um grande comprador de medicamentos e produtos biotecnológicos. No setor público, há um desafio adicional: as doenças negligenciadas (tais como leishmaniose, doença de Chagas e malária), que não são objeto de investimento por parte do setor privado.

Ao incluir um medicamento na Farmácia Popular, por exemplo, o governo estimula sua produção. "Grande parte do estoque vem de laboratórios privados, que se beneficiam com a expansão do mercado e a queda dos preços para o consumidor, provocadas pela filosofia de copagamento do programa", explica Hayne Felipe, diretor do laboratório Farmanguinhos/Fiocruz e conselheiro-geral da Associação Brasileira das Indústrias de Química Fina, Biotecnologia e suas Especialidades. "O Estado paga a totalidade ou parte do valor do produto".

Para Carlos Gadelha, a atual prioridade no que diz respeito a inovação, pesquisa e produção é o acesso de qualidade e em tempo razoável da população ao SUS – eixo único do Ministério da Saúde. "Nossa inovação, produção e pesquisa têm que criar melhores condições de acesso, não mais capacitar por capacitar ou inovar por inovar".



ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para profissionais de saúde**PESQUISA ETNOGRÁFICA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: **“O DIÁLOGO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO NA RELAÇÃO PROFISSIONAIS PACIENTES”**

Pesquisador: _____

Documento de Identidade N°: _____ Sexo: () M () F

Cargo/Função: _____

Departamento: _____ Faculdade _____

1. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação nesse estudo é muito importante, porque queremos estudar as relações dialógicas de você com seus pacientes aqui no Programa de Saúde da Família. Consideramos que o diálogo entre profissional e paciente seja um dos instrumentos importantes para a adesão às prescrições e orientações das ações de saúde. Suas respostas nos ajudarão a conhecer como esse processo comunicacional é pautado.

2. OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS;

Entrevistas, observações e participação em reuniões de grupo focal.

2.1 Entrevistas

O propósito das entrevistas aberta e dialógica é colher dados sobre como você se relaciona no processo interacional com os seus pacientes. As questões de pesquisas suscita para você a autorreflexão das práticas no âmbito da saúde pública como problemáticas relacionadas no espaço micro institucional e macro institucional. Perguntarei sobre como se relaciona com seus pacientes e se há um vínculo terapêutico satisfatório. O roteiro de entrevista semiestruturado em dividido em duas partes: A primeira parte está destinada às informações sobre o nome idade, e tempo que trabalha no Programa de Saúde da Familiar. E a segunda, sobre as questões da pesquisa.

2.2 observações

O procedimento observação é um instrumento metodológico da pesquisa etnográfica e tem como objetivo identificar como o processo relacional entre você e os usuários no evento assistencial e consulta é pautada. A observação pretende identificar como você atua em seus papéis profissionais, para manter para mais ou para menos, as posições mais assimétricas, ou menos assimétricas nas relações entre você e os usuários. O interesse nesse processo observacional é estudar como a interação entre você e usuário é mais proeminente.

2.3 Grupo focal

O grupo focal é uma reunião em que discutiremos as questões que identificamos como importantes nas análises das entrevistas e que podem ser debatidas coletivamente com o grupo de colegas profissionais de saúde aqui da Unidade Básica de Saúde. O interesse nesse debate é o de favorecer uma imersão dialógica nessas questões, com o propósito de coletivizar as boas práticas de interação entre usuários e profissionais. Esta reunião só será marcada após a coleta das entrevistas e análises das observações em momento adequado a ser negociado com a gerente do posto, sem sacrificar o agendamento dos seus pacientes.

3. AVALIAÇÃO, MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS DA PESQUISA E DESCONFORTOS ESPERADOS

Os desconfortos que esse estudo poderá trazer para você estão em atrapalhar um pouco o seu cotidiano aqui na Unidade Básica de Saúde, além de suscitar um desconforto psicológico nos momentos da observação nas consultas e na visita domiciliar.

Você pode se sentir resistente quanto às gravações das entrevistas e das minhas observações. Normalmente em pesquisas qualitativas alguns participantes não se sentem à vontade para expor temas e problemas no campo de pesquisa. Para minimizar tais riscos pautamos nossas condutas no mais alto critério ético, de forma a respeitar seu espaço, como também do seu paciente.

As entrevistas serão realizadas de forma privada no consultório, sem o acesso de outras pessoas para que você sinta-se à vontade. Em nenhum momento suas identidades serão reveladas, nem no momento das transcrições como em futuras publicações. Utilizaremos nomes fictícios. As entrevistas serão realizadas em ambiente privado, no melhor momento para os sujeitos assim por estes determinado dentro dos postos de saúde, de preferências dentro dos consultórios com total privacidade.

Quanto as observações durante as consultas ficarei no consultório de forma discreta sem interrupções. Quanto ao acompanhamento na visita domiciliar, o acompanharemos também do mesmo modo, ou seja, um comportamento discreto e ético.

4. OS BENEFÍCIOS DESSE ESTUDO TANTO PARA VOCÊ DE FORMA INDIVIDUAL COMO PARA A COLETIVIDADE

Sua participação nesse estudo é de grande relevância social, pois as questões suscitadas por você podem contribuir com o debate político da atenção primária na estratégia da saúde da família. Os benefícios podem ser discutidos com os gestores locais e com a comunidade acadêmica, comunidade com a qual nós pesquisadores temos o dever ético de compartilhar os debates e novas teorizações e epistemologias da prática assistencial para uma melhor atuação da saúde pública às demandas da população, como também uma melhor resolução das questões de comunicação entre profissionais e usuários nos postos de saúde.

Um bom diálogo nem sempre é fácil entre profissionais e usuários, mas pensamos que há formas de torná-lo melhor, o que tanto poderá ajudá-lo de forma individual, como coletivamente, pois os benefícios do processo interacional institui um vínculo terapêutico entre profissionais e usuários o que pode favorecer uma melhoria na qualidade do atendimento e nas respostas às demandas de saúde dos usuários do SUS aqui na Unidade Básica de Saúde.

I – ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
2. Você tem a salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
3. Você tem acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas (endereço e telefone para contatos da pesquisadora);
4. Você não receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa.

II – ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato com a pesquisadora ou com a coordenadora do projeto.

COORDENADORA DO PROJETO:

Nome: Maria Izabel Santos Magalhães

SQS 215, Bloco I, apartamento 202 – Asa Sul – Brasília – Distrito Federal.

E-mail: mizabel@uol.com.br

Universidade de Brasília. Programa de Pós Graduação em Linguística – PPGL. Brasília – DF.

Telefone (61) 3107-7050.

PESQUISADORA:

Nome: Júlia Salvador Argenta

SQN 312, Bloco J, apartamento 503 – Asa Norte – Brasília – Distrito Federal.

E-mail: julia.argenta@gmail.com Telefones: (61) 98659-9624 / (61) 9659-0590**III – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Eu, _____, _____ anos,

RG: _____, declaro que é de livre e espontânea

vontade que estou participando como voluntário/a da pesquisa. Declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e que recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda que recebi uma cópia assinada deste termo.

Sobral, _____ de _____ de _____

Nome do/a voluntário/a _____

Assinatura _____

Nome da pesquisadora _____

Assinatura _____

ANEXO C – Termo De Consentimento Livre e Esclarecido para pacientes**PESQUISA ETNOGRÁFICA****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da Pesquisa: “O DIÁLOGO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO NA RELAÇÃO PROFISSIONAIS PACIENTES”

Pesquisador: _____

Documento de Identidade N°: _____ Sexo: () M () F

Cargo/Função: _____

Departamento: _____ Faculdade _____

1. Você está sendo convidado a participar como voluntário de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

Sua participação nesse estudo é muito importante, porque queremos saber se você tem dificuldades de conversar e falar de suas necessidades de saúde com os profissionais que o atendem aqui no Programa de Saúde da Família. Consideramos que o diálogo entre os profissionais e você seja um dos instrumentos importantes para que você possa cumprir direitinho as orientações, as maneiras de tomar os remédios, e assim manter bem sua saúde. Suas respostas nos ajudarão a conhecer quais as dificuldades que você encontra para conversar com os profissionais e como essas dificuldades podem ser superadas.

2. OS PROCEDIMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS E PROPÓSITOS;

Entrevista, observação e uma reunião chamada de grupo focal.

2.1 Entrevistas

O propósito das entrevistas é conversarmos sobre os atendimentos de você pelos profissionais de saúde aqui no posto; se você tem dificuldades de entender as orientações, as receitas deles, se sabe tomar direitinho os remédios, se faz em casa as coisas que eles pedem para você fazer. Quero também saber se você tem alguma coisa que tem vontade de conversar com eles e não conversa, se tem alguma vergonha quando está sendo atendido(a) nas consultas, na prevenção, se você tem medo quando está diante dos médicos, das enfermeiras(os) aqui no posto de saúde.

2.2 observações

O procedimento observação é um momento da pesquisa em que eu ficarei ao seu lado, acompanhando você nas suas consultas, bem quietinha, sem falar nada. Ficarei assim, na hora de seu atendimento, na farmácia, no consultório de enfermagem, no consultório médico. É que eu quero ver como vocês conversam se há alguma dificuldade, facilidade. O interesse nesse processo observacional é estudar como a interação entre você e as pessoas que atendem você aqui acontece.

2.3 Grupo focal

O grupo focal é uma reunião em que convidarei você e todos os voluntários desse projeto que foram entrevistados por mim, para que juntos possamos discutir quais as questões que identificamos importantes nas análises das entrevistas, e que podem ser debatidas coletivamente, isto é com todos os voluntários aqui da Unidade Básica de Saúde. O interesse nesse debate é o de discutir como as coisas que não são legais podem melhorar. Esta reunião só será marcada após a coleta das entrevistas e análises das observações em momento adequado a ser negociado com a gerente do posto, sem sacrificar o agendamento e nem os atendimentos de vocês.

3. AVALIAÇÃO, DOS RISCOS DA PESQUISA, DESCONFORTOS ESPERADOS E MINIMIZAÇÃO DOS RISCOS

Os desconfortos que esse estudo poderá trazer para você estão em atrapalhar um pouco o seu cotidiano, além de suscitar um desconforto psicológico nos momentos da observação nas consultas e durante o seu atendimento aqui na Unidade Básica de Saúde.

Você pode se sentir resistente quanto as gravações das entrevistas e das minhas observações. Não se sinta desconfortável, por favor e por isso peço-lhe desculpas. Normalmente, em pesquisas desse tipo alguns voluntários não se sentem à vontade para conversar, desabafar, assim alguma coisa que o chateia. Para minimizar tais riscos (desconfortos) pautamos nossas condutas no mais alto critério ético, de forma a respeitar seu espaço, como também dos profissionais que estão lhe atendendo.

As entrevistas serão realizadas de forma privada no consultório, sem o acesso de outras pessoas para que você sinta-se à vontade. Em nenhum momento suas identidades serão reveladas, nem no momento das transcrições como em futuras publicações. Utilizaremos nomes fictícios. As entrevistas serão realizadas no melhor momento que você decidir.

Quanto as observações durante as consultas ficarei no consultório de forma discreta sem interrupções.

Quanto às reuniões do grupo focal convidarei você no melhor dia que todos os voluntários decidirem e que não irá atrapalhar o agendamento de seu atendimento e nem o deles. Falarei com a chefia do posto para ceder a sala de reunião e lá iremos conversar sobre o que eu identifiquei de importante nas entrevistas e na observação que merecem destaque para que possamos pensar coletivamente, isto é, todos os voluntários.

4. OS BENEFÍCIOS DESSE ESTUDO TANTO PARA VOCÊ DE FORMA INDIVIDUAL COMO PARA A COLETIVIDADE

Sua participação nesse estudo é de grande importância, pois as questões apontadas por você podem contribuir com o debate da atenção primária na estratégia da saúde da família. Os benefícios podem ser discutidos com os gestores (chefes) locais para que possam tentar e realizar melhor o atendimento assistencial de saúde de cada um de vocês tanto de forma individual como coletiva, isto é, de todos os voluntários, e das outras pessoas que precisam ser atendidas aqui na Unidade de Saúde.

I – ESCLARECIMENTOS DADOS PELA PESQUISADORA SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

1. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuidade da assistência;
2. Você tem a salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade;
3. Você tem acesso, a qualquer tempo, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas (endereço e telefone para contatos do(s) pesquisador(es));
4. Você não receberá nenhum dinheiro para participar dessa pesquisa.

II – ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre sua participação na pesquisa entre em contato com a pesquisadora ou com a coordenadora do projeto.

COORDENADORA DO PROJETO:

Nome: Maria Izabel Santos Magalhães

SQS 215, Bloco I, apartamento 202 – Asa Sul – Brasília – Distrito Federal.

E-mail: mizabel@uol.com.br

Universidade de Brasília. Programa de Pós Graduação em Linguística – PPGL. Brasília – DF.
Telefone (61) 3107-7050.

PESQUISADORA:

Nome: Júlia Salvador Argenta

SQN 312, Bloco J, apartamento 503 – Asa Norte – Brasília – Distrito Federal.

E-mail: julia.argenta@gmail.com Telefones: (61) 98659-9624 / (61) 9659-0590

III – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Eu, _____, _____ anos,

RG: _____, declaro que é de livre e espontânea

vontade que estou participando como voluntário/a da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro ainda receber uma cópia assinada deste termo.

Sobral, _____ de _____ de _____

Nome do/a voluntário/a _____

Assinatura _____

Nome da pesquisadora _____

Assinatura _____

ANEXO D – Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes

Pesquisador: Maria Izabel Santos Magalhães

Área Temática:

Versão:

CAAE: 31634414.0.0000.5054

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação em Linguística

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 751.107

Data da Relatoria: 26/06/2014

Apresentação do Projeto:

Este é um projeto multidisciplinar, e multicêntrico envolvendo pesquisadores e formadores de recursos humanos, envolvendo a Universidade Federal do Ceará (UFC), a Universidade Estadual do Ceará (Uece) e a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (Sesa), com o propósito de realizar uma pesquisa empírica para, em uma primeira etapa, descrever, interpretar e explicar o diálogo que se operacionaliza na práxis relacional entre profissionais da saúde e pacientes no Programa de Saúde da Família, e de que forma esse diálogo contribui para a qualidade de saúde da população. Na segunda etapa, o projeto propõe realizar oficinas formadoras, com vistas à construção de uma reflexão para desenvolver novas práticas dialógicas entre profissionais e usuários na Saúde da Família do Ceará. Trata-se de uma proposta de amplo escopo de aplicação, constituindo modelo teórico-metodológico aberto ao tratamento de diversas práticas sociais, capaz de mapear relações entre os recursos linguísticos utilizados por atores sociais e grupos sociais e aspectos da rede de práticas em que a interação discursiva está situada. Os conceitos centrais são o discurso e a prática social da saúde coletiva que também podem ser alcançados pela investigação da relação entre profissionais da saúde e usuários. A pesquisa com enfoque qualitativo será realizado em seis municípios das três macrorregiões de saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri) do Estado do Ceará. Os sujeitos do estudo serão profissionais e

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

Fax: (85)3223-2903

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 751.107

usuários do Programa de Saúde da Família - PSF. A coleta e a geração de dados serão realizadas por meio de entrevistas, notas de campo, observações, artefatos e grupos focais, visando compreender o significado da experiência vivida e a responder aos objetivos do estudo. Para a análise dos dados serão adotadas as seguintes categorias analíticas: intertextualidade e interdiscursividade; significados representacionais, acionais e identificacionais do aporte teórico da Análise de Discurso Crítica (Fairclough, 2003, 2010; Van Leeuwen, 2008)

Objetivo da Pesquisa:

objetivo geral: Investigar o diálogo, as práticas discursivas e sociais na interação entre profissionais de saúde e pacientes no contexto do Programa de Saúde da Família no Estado do Ceará e contribuir com uma reflexão sobre a práxis comprometida com o fortalecimento do vínculo terapêutico resolutivo e cidadão de usuários do Sistema Único de Saúde.

objetivos específicos: 1 Analisar o atual modelo interacional-dialógico entre profissionais de saúde e pacientes, com vistas ao fortalecimento dos vínculos terapêuticos dos usuários e controle de agravos, morbidade e prevenção de mortalidades evitáveis; 2 Promover oficinas locais para avaliação de ações de promoção de saúde e diálogo interacional da equipe multidisciplinar e usuários, para facilitar a realização de metas desejáveis nas diversas políticas da estratégia de saúde da família, tais como a adesão e o vínculo terapêutico às ações de cuidado e controle de: hipertensão, diabetes, pré-natal, aleitamento materno, ações de puericultura, saúde da mulher, planejamento familiar, saúde do homem, atendimento a transexuais, gays e lésbicas, questões de gênero e sexualidade; 3 Fortalecer o vínculo terapêutico como objeto responsivo às demandas de prevenção/controle das doenças crônicas (diabetes, hipertensão) e demais políticas institucionais das principais morbidades no âmbito da saúde coletiva adstritas ao Programa de Saúde da Família nas macrorregiões de saúde do Ceará; 4 Examinar a presença da escrita e como ela se manifesta na comunicação entre profissionais da saúde e pacientes

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Não apresenta riscos aos sujeitos, pelo contrário, o diálogo entre profissionais da saúde e pacientes é um processo essencial no estabelecimento de um vínculo terapêutico responsivo e integrado ao contexto. Favorece a autorreflexividade e o agenciamento de ideias, convicções que mobilizem/recuperem/ os avanços no campo das discussões da saúde como direito e dever do Estado.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127	CEP: 60.430-270
Bairro: Rodolfo Teófilo	
UF: CE	Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344	Fax: (85)3223-2903
	E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 751.107

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é de largo espectro e aborda um tema além de interessante, grande relevância social, não apenas para a clínica médica. Propõe contribuir para que as relações entre profissionais e usuários possam ser repensadas nos termos das práticas mais humanas que considerem a realidade dos sujeitos usuários do sistema de saúde da saúde, o que está em sintonia com uma nova proposta de práxis na saúde coletiva.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos apresentados e de acordo com as exigências. Cabe aqui uma ressalva ao TCLE, por estar muito detalhado, chegando a minúcias sobre cada um dos procedimentos, inclusive com roteiro da entrevista. Para os usuários, principalmente, isso não faz muito sentido.

Recomendações:

Sugiro simplificar o TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

TCLE muito longo e com detalhes desnecessários, principalmente, para os usuários que serão entrevistados. Entretanto, acredito que este não seja motivo para não aprovação

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 14 de Agosto de 2014

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
Bairro: Rodolfo Teófilo **CEP:** 60.430-270
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8344 **Fax:** (85)3223-2903 **E-mail:** comepe@ufc.br

ANEXO E – Autorização de realização de pesquisa em Sobral (2013)**PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA****DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia da pesquisa intitulada **“O diálogo como instrumento de intervenção de profissionais da saúde na relação com pacientes”**, coordenado pela **Profa. Dra. Maria Izabel Santos Magalhães**, e na condição de instituição co-participante do projeto supracitado concordamos em autorizar a realização da coleta de dados nos Centros de Saúde da Família do município de Sobral (sugerindo os localizados nos territórios dos bairros Terrenos Novos e Junco) e nos comprometemos a cumprir as determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/MS.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Sobral, 26 de junho de 2013

Prof. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenação da Comissão Científica

ANEXO F – Parecer da comissão científica de Sobral (2017)

**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

PARECER PROTOCOLO Nº 0155/2017

Declaramos ter ciência dos objetivos e metodologia do Projeto de Pesquisa Institucional vinculado a Universidade Federal do Ceará - Campus Fortaleza - intitulado "O DIÁLOGO COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE NA RELAÇÃO COM PACIENTES" desenvolvido por Júlia Salvador Argenta sob a orientação da Profa. Dra. Maria Izabel Santos Magalhães.

Na condição de instituição co-participante do projeto supracitado e após sua apreciação, a comissão científica autoriza a realização da coleta de dados do estudo nos Centros de Saúde da Família dos bairros Tamarindo e Junco, junto aos profissionais que atuam na Estratégia Saúde da Família e usuários, mediante acordo prévio entre a pesquisadora e as gerências dos Centros de Saúde da Família supracitados quanto à escolha dos melhores dias, horários e local adequado para abordagem aos participantes.

Ressaltamos que esta autorização NÃO desobriga a pesquisadora de solicitar anuência a cada participante do estudo, devendo estes serem convidadas mediante ciência e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Esta prerrogativa se baseia nas determinações éticas propostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS/MS, as quais, enquanto instituição proponente, nos comprometemos a cumprir.

Esta autorização está condicionada à aprovação prévia da pesquisa supracitada por um Comitê de Ética em Pesquisa. O descumprimento desse condicionamento assegura-nos o direito de retirar esta anuência a qualquer momento da pesquisa.

Lembramos ainda que é de responsabilidade da pesquisadora encaminhar à esta Comissão Científica cópia da pesquisa no prazo máximo de 30 dias após sua conclusão como compromisso na devolução dos resultados do estudo ao sistema de saúde de Sobral.

Qualquer dúvida em relação a este parecer, estamos disponíveis

Código de Validação: PP65881509955839F

Emitido em: Sobral, 06 de Novembro de 2017, às 05:10, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC

Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.



**PREFEITURA DE SOBRAL
SECRETARIA DA SAÚDE
COMISSÃO CIENTÍFICA**

para esclarecimentos no telefone 3611-5861.

Sobral, 09 de Outubro de 2017

Profa. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Coordenadora da Comissão Científica

Código de Validação: PP65881509955839F

Emitido em: Sobral, 06 de Novembro de 2017, às 05:10, pelo Sistema Integrado da Comissão Científica - SICC
Este documento pode ser validado no endereço plataformasaboia.esf.sobral.ce.gov.br/sicc/apps/validacao, através das informações acima.