

A qualidade do atendimento médico na determinação do acesso: visão de pós-graduandos em odontologia

The quality of the medical services in the access determination: perceptions of postgraduate dentistry students

Andréia Maria Duarte Vargas¹, Efigênia Ferreira e Ferreira¹, Lia Castilho¹, Raquel Conceição Ferreira², Thalita Thyrsa de Almeida Santa-Rosa², Tiago Araújo Coelho de Souza³

RESUMO

Este estudo teve por objetivo conhecer a percepção de pós-graduandos de Odontologia quanto à qualidade do atendimento médico na determinação do acesso aos serviços de saúde. A metodologia empregada seguiu um desenho qualitativo, onde a técnica de grupo focal foi empregada para a coleta de dados. O grupo focal foi constituído por oito pós-graduandos (seis mulheres e dois homens) da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Minas Gerais, sendo todos usuários de planos de saúde privados. A discussão inicial partiu da indagação quanto aos motivos que levam a optar-se por determinado profissional ou serviço médico. A qualidade na relação médico-paciente emergiu como um fator essencial na determinação do acesso aos serviços médicos para a população estudada. A mudança dessa relação vertical entre médico e paciente passa também pelo controle social e formação profissional. O “endeusamento” do médico e das suas ações dificulta o diálogo horizontal entre o médico e o paciente. Para os participantes da pesquisa, a boa relação médico-paciente é determinante na escolha pelo serviço médico, e os mesmos se sentem parte deste processo uma vez que são também facilitadores na formação de recursos humanos em saúde.

Descritores: acesso, atendimento médico, pós-graduandos

INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro, durante o século XX, conformou-se como um sistema excludente, discriminatório, de alto custo e com bases assentadas no setor privado. Tal situação foi pano de fundo para a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986¹.

Apesar de a Assembléia Nacional Constituinte trazer à tona a responsabilidade do Estado em implantar medidas para reduzir o risco de doenças e outros agravos e garantir acesso universal e

igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde, o modelo de pronto atendimento ainda é o vigente nos serviços primários de saúde no Brasil. Tal modelo baseia-se na queixa-conduta e não na atenção integral ao indivíduo sem enfatizar ações em defesa da vida coletiva². Esta é, em verdade, a forma de acesso aos serviços médicos da maioria da população brasileira, caracterizada pelo baixo nível sócio-econômico e educacional.

A palavra acesso deriva do Latim “*accessu*” e significa chegada, aproximação, entrada, ingresso e promoção. No campo da saúde, a definição de acesso relaciona o grau de adequação entre o cliente e o serviço de saúde e a garantia de ingresso do indivíduo nesse sistema³.

O acesso é entendido por alguns autores como a distância entre a unidade de saúde e o local de moradia do indivíduo; tempo e meios utilizados para o deslocamento, dificuldades a enfrentar para a

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Saúde Coletiva,

² Universidade Estadual de Montes Claros, Faculdade de Odontologia, Departamento de Saúde Coletiva,

³ Universidade de Kentucky, Department of Public Health.

obtenção do atendimento (filas, local e tempo de espera), tratamento recebido pelo usuário, priorização de situações de risco, urgências e emergências, respostas obtidas para demandas individuais e coletivas e a possibilidade de agendamento prévio. Segundo esses autores, o tratamento recebido pelo usuário é fator facilitador do acesso aos serviços de saúde ².

Corroborando essa assertiva, a qualidade da relação médico-paciente parece ter um peso maior na escolha do usuário por um determinado serviço que os quesitos localização geográfica e meio de transporte ⁴.

Esta qualidade da relação médico/paciente envolve não somente a confiança na competência do profissional ⁵, como também na conduta deste que se mostra pouco capaz de interagir com o paciente ⁶.

O acesso à saúde está ligado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo, educação e acessibilidade aos serviços ⁷. Assim sendo, os fatores que interferem no acesso aos serviços de saúde variam segundo a classe social.

Para as classes populares, a escolha do profissional ou serviço médico se dá, habitualmente, ao acaso, sendo a localização geográfica um importante fator a ser considerado. Para as classes superiores, a escolha desses serviços se dá entre seus pares, sendo esta opção balizada pelos títulos e reputação dos referidos profissionais e/ou serviços ^{6; 8}.

A relação doente-médico é uma relação de classe. Assim sendo, o médico assume atitudes diferentes conforme a classe social do doente. As classes populares percebem os médicos como representantes de um universo estranho ao seu. Já nas classes superiores, por terem sofrido a mesma influência do sistema educacional, médico e doente utilizam a mesma linguagem ⁸. Dessa forma, o médico pode “fazer-se ouvir” pelo doente, e esse suscitar uma relação de amizade com o médico.

O presente estudo enfoca a questão do acesso na visão de pós-graduandos da Faculdade de Odontologia da UFMG, possuidores de convênios de saúde. Discutiram-se os motivos que levam tais indivíduos a optarem por determinado profissional ou serviço médico.

METODOLOGIA

Baseando-se em metodologia qualitativa realizou-se a coleta de dados utilizando-se a técnica

de grupo focal. Tal grupo foi realizado durante a disciplina de “Pesquisa em Saúde Coletiva” oferecida aos alunos de mestrado e doutorado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Odontologia da UFMG no primeiro semestre de 2004.

O grupo de pesquisadores que participou do estudo foi selecionado de forma intencional, já que estavam regularmente matriculados na referida disciplina. O objetivo foi estudar o fenômeno *acesso aos serviços médicos* do ponto de vista de pós-graduandos em Odontologia, usuários de planos de saúde privados.

O grupo foi formado por cinco professores matriculados no doutorado, um professor matriculado no mestrado, um aluno de mestrado e um mestre cursando a disciplina como matéria isolada. A discussão foi realizada no período de aula na própria sala. Depois de transcrito, o conteúdo da entrevista foi analisado de acordo com a metodologia proposta por Minayo ⁹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha pela técnica de grupos focais deveu-se à sua vantagem de permitir conhecer profundamente crenças, necessidades, percepções, identificando, em detalhes, atitudes e valores de grupos-alvo específicos ^{10; 11}. Basicamente, os grupos focais reúnem pessoas com determinadas características que através de uma discussão com um *foco* pré-definido possibilita gerar dados de natureza qualitativa ¹⁰.

Participaram do grupo focal dois indivíduos do sexo masculino e seis do sexo feminino. Todos os participantes possuíam um plano de saúde e, em raras ocasiões, fizeram uso do serviço público, fato já observado por Travassos *et al.* ¹², em considerações sobre grupos semelhantes.

Durante a análise do material transcrito, a qualidade na relação médico/paciente emergiu como um fator essencial na determinação do acesso aos serviços médicos para a população estudada. Um dos fatores que prejudica essa relação, segundo o grupo estudado, é o endeuamento do médico e de suas ações, fator culturalmente arraigado.

Segundo Boltanski ⁸, o médico manifesta sua postura de poder mais claramente quando na relação com membros de classes populares. O mesmo autor relata que a percepção que o médico tem do doente é seletiva e organizada e se opera dentro de categorias adquiridas durante a sua formação. Dessa

forma, o profissional insere os doentes dentro de tipos psicológicos, que escondem uma tipologia social: “o psicopata”, “o doente desprovido de inteligência”, e o “doente inteligente que interpreta o que diz o médico”. Essa avaliação prévia exercida pelo médico determinará a sua estratégia frente ao doente com o objetivo de fazer-lhe reconhecer a sua autoridade e aceitar sua vontade toda poderosa, “desapropriando-o de sua doença e até mesmo, de certo modo, do seu corpo e sensações”.

“é uma questão cultural esse poder do médico (...). Ele tem o poder, ele incorpora uma pessoa que é acima (do paciente), dão a ele esse poder...”

“eu já ressuscitei paciente, eu acho que estou, pelo menos, do lado do Pai” (Participante Y referindo-se a fala de um médico)

Os participantes, conscientes da existência da crença na figura do médico como um ser intocável, manifestaram a necessidade de contrapor tal visão. Uma das formas relatadas, diretamente ligada à relação médico/paciente, é a demonstração pelo paciente de certa autonomia quanto ao ato médico, fazendo questionamentos e não aceitando passivamente as recomendações médicas. Tal assertiva pode ser ilustrada pelos seguintes depoimentos:

“em determinado momento tem que brigar... então isto não está correto! Não aceito! Entendeu? Eu não aceito isto! Tem que participar!”

“estar lidando com o médico que nem o Participante X discutiu lá com a médica de igual pra igual (...) e não aceitar a lógica deles como a verdade.”

Para os participantes, a mudança dessa relação vertical entre médico e paciente passa também pelo controle social e formação profissional:

“aumentar essa participação popular na cobrança (cobrança política)...”

“uma sugestão para mudar isso (relação médico-paciente) eu acho que ela não passa só pelo âmbito da saúde, eu acho que ela passa, também, pela educação”

“é a formação de novos profissionais (...) ele senta, e aí ele conversa com você, ele tem um pouco mais de paciência, um pouco mais de atenção e pode te chamar, até, pelo seu nome.”

“formando profissionais que se identifiquem com o que a gente chama de saúde pública, ... da saúde mesmo!”

“eu acho que (a solução) é a formação dos dois lados, tanto do usuário, quanto do nosso profissional da saúde.”

Na visão dos participantes do grupo focal, a relação médico-paciente também é importante na determinação da competência médica e, conseqüentemente, na sua escolha. De acordo com Boltanski⁸, como não possuem conhecimentos para avaliar a competência médica, as classes populares freqüentemente o fazem considerando a “amabilidade”, “boa vontade” e “complacência” do profissional. Já para a classe social em questão a escolha se dá em função do conhecimento e formação profissional.

Outro ponto levantado pelos participantes do grupo focal foi o de por serem profissionais de saúde e professores universitários, os participantes demonstraram sentir-se responsáveis pela mudança do perfil do profissional de saúde.

“...conversar com os nossos alunos, e que isso (relação médico-paciente) fosse conteúdo. Uma preocupação nossa é de discutir um pouco com os alunos essa questão da relação profissional de saúde e paciente...”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por estar relacionado às condições de vida, nutrição, habitação, poder aquisitivo, educação, o acesso aos serviços de saúde varia segundo a classe social.

Para os participantes da pesquisa, a boa relação médico-paciente é determinante da escolha pelo serviço médico. O “endeusamento” do médico e das suas ações dificulta o diálogo horizontal entre o médico e o paciente. Há uma necessidade de mudança dessa relação, que passa pela autonomia do paciente, pelo controle social e pela formação do profissional. Os participantes, por serem professores, assumem uma parcela da responsabilidade na formação de um profissional de saúde mais solidário e mais humano.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyze the perceptions of postgraduate dentistry students concerning the quality of medical services with focus on health care access. The methodology followed a qualitative study design, where the focus group technique was utilized to collect the data. The focus group was constituted by eight postgraduate students (six women and two men) from the College of Dentistry at the Federal University of Minas Gerais, and all participants were users of the private health insurance system. The focus group began with their discussion of reasons that influenced people while choosing medical professionals and specific health care services. The quality of the physician-patient relationship showed up as one essential topic in the determination of access to medical services. The necessity for changes in this vertical relationship between physicians and patients comes through an increase in the social control and also require a better formation of human resources in the health care field. The deifying of the physician's image and actions is also a barrier to encourage a horizontal conversation between these two main characters. The harmonic relationship between physician and patient is fundamental in the choice of health care services as well. Finally, the participants of the focus group share the same idea of being a part of this project of betterment of human resources within the field of health care.

Key words: access, health care, postgraduate students

REFERÊNCIAS

- 1 Araújo, LUA, Avaliação da qualidade do cuidado sob a perspectiva do usuário: o projeto de vigilância à saúde bucal. (Dissertação). Natal, Rio Grande do Norte: Universidade Federal do Rio Grande do Norte. 2000. 123 p.
- 2 Ramos, DD, Lima, MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos Saúde Pública*. 2003; 19: 27-34.
- 3 Pereira, MG, *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002: 596.
- 4 Adami, NP, Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde-escola sob o modo de ver dos hansenianos. *Rev. Paul. Enfermagem*. 1993; 12: 82-86.
- 5 Franco, SC, Campos, GWS, Acesso a ambulatório específico de um hospital universitário. *Rev. Saúde pública* 1998; 32: 352-360.
- 6 Albuquerque, OM, Abegg, C, Rodrigues CS, Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cadernos De Saúde Pública*. 2004; 20: 789-796.
- 7 Unglert, CVS, O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. *Rev. Saúde Pública*. 1990; 24: 445-452.
- 8 Boltanski, L, *As classes sociais e o corpo*. 2 ed Rio de Janeiro: Graal, 1984: 191.
- 9 Minayo, MC, *O desafio do conhecimento*. 4d São Paulo: Hucitec, 1998: 198.
- 10 Hudelson, MP, *Qualitative Research for Health programmes*. Division of Mental Health. World Health Organization. Geneva: 1994, 100.
- 11 Carlini-Cotrin, B, Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias *Rev. Saúde Pública*. 1996; 30: 285-293
- 12 Travassos, C. Viacava, F, Fernandes, C, Almeida, CM, Desigualdades geográficas e sociais na utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000; 5: 133-149.