

# **Universidade Eduardo Mondlane**

## **Faculdade de Letras e Ciências Sociais**

### **Departamento de Arqueologia e Antropologia**

Licenciatura em Antropologia

**Tema:**

**Percepções sobre os serviços de oftalmologia num  
hospital da cidade de Maputo**

**Autor:**

Hedson Neill Xavier

**Supervisora:**

dra. Margarida Paulo

**Maputo, de Novembro 2017**

# **Percepções sobre os serviços de oftalmologia num hospital da cidade de Maputo**

**Autor**

---

(Hedson Neill Xavier)

Trabalho de Culminação de Estudos apresentado na modalidade de Projecto de pesquisa em cumprimento parcial dos requisitos do grau de Licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane

**Supervisora**

**Presidente**

**Oponente**

---

**Maputo, de Novembro 2017**

## **Declaração de honra**

Declaro que esta monografia constitui o resultado da minha investigação, nunca foi apresentada, parcial ou integralmente, em nenhuma instituição para obtenção de qualquer grau académico, estando indicadas no texto e nas referências bibliográficas as fontes utilizadas.

**Maputo, de Novembro 2017**

---

(Hedson Neill Xavier)

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho a minha mãe Laura Calisto Malauene, a dívida que tenho consigo nunca poderei pagar e aos meus irmãos Fernando Jacinto Malauene, Gabriel Jacinto Malauene cujo os ensinamentos e o apoio incondicional marcaram o sucesso deste trabalho.

## **Agradecimentos**

Agradeço as personalidades e instituições seguintes:

Minha supervisora dra. Margarida Paulo a quem eu tenho enorme admiração, não só como supervisora, mais também como docente profissional e competente, obrigado pela prontidão/pontualidade, atenção e compreensão. Agradeço as suas sugestões e orientações, pois me possibilitaram produzir este trabalho. Através da sua simplicidade e rigor científico, aprendi ater ideias mais organizadas e concretas.

Aos docentes do Departamento de Arqueologia e Antropologia, com destaque ao dr. Emídio Gune, pela transmissão dos seus segredos para o sucesso na vida académica, e Prof<sup>a</sup> Dra. Sandra Manuel, pois transmitiu-me conhecimentos que despertaram meu interesse na escolha do tema deste estudo.

Informantes com enfoque aos técnicos oftalmologistas do centro de saúde Alto-Maé que através da vossa boa vontade e a disponibilidade foi possível obter mais informantes para erguer o trabalho.

Colegas do curso e de turma 2013, especialmente Abílio Luciasse, Estêvão Moisés, Alberto Matazines, Francisco Muchave, Vilma Langa, Flávia Muendane, Maria Rangel e Agnesse Manteiga pelo apoio moral e académico.

Aos meus familiares que influenciaram no meu desempenho académico, Ana Paula Andissene, os meus irmãos Leonel Malauene, Francisca Malauene, João Dias, Dário Dias, Cátia Xavier, Zé Xavier pelo apoio moral e emocional nesta caminhada, minha tia querida Sónia Aleixo e meu tio Rakesh dos Santos, Hanif Adam pelo companheirismo.

Finalmente, e não menos importante, A todos que indirectamente contribuíram para o cumprimento dos meus estudos endereço-os meus fraternos abraços, que continuem solidários.

## **Resumo**

O presente trabalho analisa as percepções sobre o serviço de saúde de oftalmologia num hospital na cidade de Maputo, Moçambique. Tem como objectivo compreender os papéis esperados na interacção entre os técnicos de oftalmologia e os pacientes. O trabalho que teve como metodologia a observação participante, combinada com as conversas informais realizadas no centro de saúde Alto-Maé e a revisão de literatura. Os resultados da pesquisa mostram que no processo de interacção, os técnicos de saúde e os pacientes têm a vossa maneira de olhar para o funcionamento do centro de saúde, que muitas das vezes são contraditórias, porque os técnicos de saúde esperam que os pacientes assumem um determinado papel e os pacientes também esperam que os técnicos de saúde assumem determinado papel de uma certa forma, tantos os técnicos de saúde assim como os pacientes vão se criando perfis uns aos outros. Tornando difícil e complexa a construção da relação médico e o paciente que demanda esforços de ambas as partes.

Perante a diversidade de papéis esperados no processo de interacção médico e o paciente, podemos concluir que os papéis são dependentes dos indivíduos em causa, porque o ser humano orienta os seus actos em direcção das coisas em função do que estas significam para o próprio ser humano. Por sua vez, o significado desses papéis surge como consequência da interacção social que cada qual mantém com o seu próximo, e que os significados dessa interacção se manipulam e se modificam mediante a um processo interactivo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com as coisas que vai encontrar em seu caminho. Razão pela qual, a diversidade de percepções entre os médicos e os pacientes acabam sendo incontornáveis, abrindo possibilidade de gerar confronto nas percepções que culmina na insatisfação e objectivos inalcançáveis.

**Palavras-chave:** *Subjectividade, interacção, papel social e percepções.*

## Índice

Declaração de honra.....	i
Dedicatória.....	ii
Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Capítulo 1: Introdução .....	1
Capítulo 2: Revisão de literatura.....	3
2.1. Quadro teórico .....	5
2.2. Definição de Conceitos .....	6
Capítulo 3: Metodologia .....	10
3.1. A área de estudo.....	12
3.2. Constrangimentos .....	13
Capítulo 4: Resultados da pesquisa.....	16
4.1. Como os pacientes e técnicos olham para o centro de saúde.....	16
4.2. O trás no centro de saúde .....	20
4.3. Como as consultas devem ser .....	23
Capítulo 5: Considerações finais .....	30
Anexo	

## **Capítulo 1: Introdução**

Este trabalho é um relatório de pesquisa etnográfica, produzido no âmbito de cumprimento parcial dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Antropologia na Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane. No presente estudo, analisa-se as percepções sobre os serviços de oftalmologia num hospital da cidade de Maputo, Moçambique.

O interesse na área da saúde pública como campo de estudo surge mediante a cadeira: saúde e doença no ramo de antropologia. Concretamente, a antropologia médica tenta mostrar a influência dos discursos da medicina, a relevância da compreensão dos discursos dos pacientes, e uma possível interacção entre o médico e o paciente. Neste contexto, em algum momento a interacção pode ser proveitosa ou não, dependendo dos factores que à tornam possível, ainda nesse ponto a subjectividade do paciente tanto como do médico são pouco exploradas. E muitas vezes, essa subjectividade é pouco levada em consideração ou é pouco compreendida na íntegra. Diante deste interesse, algumas questões foram levantadas: 1) como é o comportamento do técnico de saúde, do paciente durante as consultas e o que faz com que o técnico de saúde ou o paciente termine a consulta satisfeito ou não?

Para poder compreender essas questões, consultei a literatura que aborda sobre a relação médico-paciente, na qual ressaltaram-se duas perspectivas da relação médico-paciente, uma olha essa relação e todos factores que fazem parte da relação médico-paciente como universal e a outra contextualiza-os. Na dimensão universal, autores como Jona (2016) & Lorite (2004), abordam a relação médico-paciente como normas estabelecidas pela OMS (organização mundial da saúde).

Na dimensão contextual, Monte (2002) & Oliveira (2002), que observam a relação médico-paciente como variações éticas, comportamentais e culturais, ou seja as normas vão sendo articuladas de acordo com o contexto. Contextualizando e nos outros pontos universalizando factores como ética comportamental, atitude e os hábitos e costumes. Análises desses factores foram feitas de forma singular, não havendo uma possível

associação desses factores para a compreensão da interacção médico e o paciente, factores que tornam possível e mediatizam do processo de interacção entre médico e o paciente. Por ser uma área de análise que carece de uma abordagem subjectiva, onde vários aspectos devem ser levados em conta. Diferente das abordagens da biomedicina que enaltecem o funcionamento do corpo, e a busca de possível tratamento restringe-se no próprio corpo. Surgiram algumas críticas as práticas médicas relacionadas com os conceitos da Organização Mundial da Saúde (OMS) referentes ao bem-estar físico, mental e social, chamando a atenção para o fato de que os médicos se preocupavam muito com o primeiro aspecto, pouco com o segundo e nada com o terceiro, Nascimento & Guimarães (2003).

Existe uma necessidade de trazer vários aspectos como por exemplo: mental, social e cultural para poder compreender melhor essa interacção. Neste contexto, a antropologia surge como nova lente nessa área, sendo uma das ciências que se encontra melhor posicionada para a análise e compreensão desses aspectos na interacção entre o paciente e o médico. Monte (2002:31), sustenta que “na prática médica a ética pode ser analisada sob três aspectos: a relação entre médico e paciente, o relacionamento dos médicos entre si e com a sociedade”. Será essencialmente nesses três aspectos que nos focaremos, para melhor compreensão de como é construída a interacção médico e o paciente, abrindo a possibilidade de discussão de outros aspectos que não foram aqui mencionados.

## **Capítulo 2: Revisão de literatura**

Olhando para o nosso contexto moçambicano, pode-se observar que em termos institucionais o sistema nacional da saúde (SNS), é conduzido por leis e normas que regem o funcionamento do mesmo. Abraçando as leis dos direitos da saúde mundialmente. Jonas (2016), no presente artigo analisa a questão do acesso e disponibilidades dos serviços de saúde e medicamentos essenciais como componentes do direito à saúde, através da revisão da literatura, concentrando-se nas obrigações do Estado moçambicano resultantes dos instrumentos internacionais de direitos humanos em particular na vertente dos direitos económicos, sociais e culturais, tendo em conta a vulnerabilidade da população moçambicana para doenças endémicas.

Jona (2016:150), abordagem considera a recente avaliação de desempenho de Moçambique relativa aos direitos humanos, no que concerne ao direito à saúde através do mecanismo de revisão periódica universal. O artigo teve como conclusão que os 4 critérios de abordagem dos Direitos Humanos fixados pela ONU e que constituem a base da avaliação da situação do direito a saúde em Moçambique: Disponibilidade, Acessibilidade, Aceitabilidade e Qualidade (DAAQ) e como o quadro legal moçambicano vigente responde as obrigações internacionais de protecção do direito à saúde (Jona 2016:163).

Por sua vez, Granjo (2009) no seu estudo intitulado saúde e doença em Moçambique tem como objectivo, mostrar como a biomedicina e medicina tradicional coabitam e disputam pelo mesmo espaço. Baseando-se num longo período de observação directa e entrevistas, Granjo (2009) “parte de uma análise de certos fenómenos que são implementados e interpretados nesse dualismo de campos”.

A adesão do sistema nacional da saúde, por parte dos beneficiantes em Moçambique, é notório que não é uma e única alternativa dos pacientes, também existem os tinyangas (curandeiros) que dão certo tipo de respostas e razões a algumas enfermidades, o debate e negociação do seu espaço, papel e estatuto dentro de futuros quadros gerais de prestação de cuidados de saúde não deverão ser feitos através de "tradutores culturais" bem-

intencionados, que lhes pretendam "dar voz". Os próprios *tinyangas* dispõem das capacidades e competência para o fazer, assim tenham interlocutores. Mas Granjo (2009:179) conclui que são esses *tinyangas* (curandeiros), afinal os potenciais intermediários e tradutores entre ambas as práticas e sistemas conceptuais.

Rocha *et al.* (2011), tem como objectivo mostrar as várias nuances que cingem na construção da relação médico-paciente. A partir da revisão de literatura que vincula as várias transformações no modelo da relação médico-paciente. A Medicina actual é conflituosa: de um lado as especializações em áreas dificultam o desenvolvimento de uma boa relação; do outro, a humanização da Medicina e a valorização integral do indivíduo ganham força nas recentes décadas. Uma relação médico-paciente pouco comunicativa pode implicar em danos físicos e morais irreparáveis ao doente, além de punições aos médicos nos processos judiciais. (ibid:114), obtém como conclusão que a relação médico-paciente é importante na prática clínica e saúde pública. Lembrando, também que a relação médico-paciente se encontra numa posição desfavorável e que tanto o médico como o paciente deve agir em conjunto para encontrar diagnóstico conclusivo e devem decidir qual o melhor tratamento. E mesmo assim, ainda não terá um fim a relação médico-paciente, pois a relação não se limita as paredes dos hospitais.

Nascimento & Magalhães (2003), tendo como objectivo do artigo mostrar a importância do conhecimento do papel da relação médico-paciente na prática médica, assim como todos os fenómenos que se processam na sua dinâmica. Para poder compreender melhor, Nascimento & Magalhães (2003:102) basearam-se na própria história da relação médico-paciente na evolução de medicina. Para se entender esta interacção, é importante conhecer e compreender a própria história dessa relação na evolução da medicina, assim como discernir todos os factores que participam deste relacionamento, principalmente os fenómenos psicodinâmicos, os quais descrevem as inúmeras atitudes e reacções possíveis de ocorrer entre as partes directamente envolvidas. (ibid.:109) Enfim, considerando ser o médico o componente mais conscientizado na relação médico-paciente, espera-se que parta dele o desejo de manifestar, idealizar e desenvolver essa relação na sua forma mais ampla, considerada tão necessária na actualidade.

Monte (2002) tem como objectivo discutir, de maneira sucinta, a relação médico-paciente, o princípio de não prejudicar, a equidade, a autonomia do paciente, o sigilo, o respeito à vida - sobretudo a postura do médico diante do aborto e da eutanásia - e o relacionamento entre os profissionais médicos e entre estes e a sociedade. O artigo tem como metodologia a revisão de literatura centralizada na bioética. O estudo da ética tem sua importância sobre o aspecto funcional da sociedade. Além de permitir o estabelecimento de normas para a convivência pacífica entre as pessoas, ela orienta os profissionais para o respeito aos interesses dos indivíduos. Monte (2002:42), chega a conclusão que a ética complementa, e algumas vezes dirige, a actividade médica. Neste caso, Faz parte do raciocínio numa era tecnicista como a actual, serve de freio, dando limites à aplicação da tecnologia, alerta para os valores humanos e conduzindo o bom relacionamento com o paciente, outros colegas e mesmo a sociedade.

Estudo realizado por Oliveira (2002), usando a literatura sobre as reflexões antropológicas nos serviços de saúde, enaltece certos factores que estão por de trás da relação médico-paciente (integridade, cultura e comunicação). O objectivo desse estudo é de mostrar como a integridade, cultura e comunicação articulam-se para conduzir a relação médico-paciente. Obteve como resultado que a relação que se estabelece entre serviços de saúde e usuários, pressupõe uma comunicação com duas vias de fluxos, permitindo, no momento em que o individuo busca atendimento a saúde, o encontro de duas visões de mundo diferentes. Como conclusão de Oliveira, aponta como desafio por parte do técnico de saúde, compreender as diversas formas de agir dos pacientes como fruto das pré-consultas que os pacientes têm desencadeado muito antes da chegada ao posto médico. Assim o presente estudo vai poder ajudar a compreender e identificar os vários papéis que os pacientes carregam consigo sobre a postura médica e a doença.

## 2.1. Quadro teórico

A perspectiva teórica que orienta este trabalho é o interacionismo simbólico, criada por Herbert Blumer em 1937 sob inspiração de Georg Mead. O foco do interacionismo simbólico concentra-se, justamente, nos processos de interacção social que ocorrem entre

indivíduos ou grupos mediados por relações simbólicas. A especial atenção a Blumer surge pelo facto de ter analisado a natureza do interacionismo simbólico com base em três premissas: a primeira premissa é que o ser humano orienta os seus actos em direcção as coisas em função do que estas significam para o próprio ser humano; a segunda premissa é que o significado dessas coisas surge como consequência da interacção social que cada qual mantém com o seu próximo e a terceira premissa é que os significados dessa interacção se manipulam e se modificam mediante a um processo interactivo desenvolvido pela pessoa ao defrontar-se com as coisas que vai encontrar em seu caminho (Carvalho & *et al.*2010:153).

Segundo Silva (2012:77), os pressupostos básicos dessa teoria são que os indivíduos agem com base nos significados representativos de suas interacções sociais. Neste sentido, o indivíduo através das leituras que faz de determinada atitude, acção ou comportamento de outrem, elabora estratégias para os seus comportamentos. Carvalho *et al* (2010:151), sustenta que o dinamismo que existe na interacção simbólica, á qual não se dá por reacção directa das acções e gestos dos outros, mas mediante uma interpretação dessas acções ou gestos com base nos significados que lhes é atribuído. Com esse pressuposto teórico torna-se possível compreender as percepções sobre a interacção dos técnicos de oftalmologista pelos pacientes e técnicos. Interacção que envolve indivíduos de culturas e crenças distintas, que são unidos por um propósito aparentemente comum.

Para este trabalho, os conceitos que poderão ajudar a compreender as percepções sobre a relação dos técnicos de oftalmologia pelos pacientes e técnicos são: subjectividade, interacção social e papéis sociais.

## 2.2. Definição de Conceitos

No presente subcapítulo, constam os conceitos usados nesta pesquisa. Para que de uma maneira clara possa esclarecer o enquadramento destes conceitos na pesquisa, uma vez que os conceitos em si podem possuir uma multiplicidade de compreensão e colocação, tornado a pesquisa mais abstracta em termos de compreensão, razão pela qual há uma

necessidade de esclarecer a aplicação dos conceitos utilizados e contextualiza-lo. Para a presente pesquisa usei os conceitos da subjectividade, interacção e papel social.

### **Intersubjectividade**

Coelho & Figueiredo (2003), entende que a intersubjectividade é interpessoal, decorrente das proposições de Mead, supõe que o acesso ao significado dos gestos se daria pela mediação do outro, que possibilitaria a completude da significação. Intersubjectividade interpessoal é pautada pela compreensão de interacções humanas entre organismos diferenciados. Ou seja, a intersubjectividade é uma capacidade humana para experiências compartilhadas com outros. Essa habilidade em compartilhar com outros reside, eminentemente, em uma subjectividade e intersubjectividade corporificadas inatas. A temática da intersubjectividade aparece relacionada a narrativas. Os autores entendem que a criança ao narrar sua história, inaugura uma temporalidade dialéctica entre o passado e o presente, podendo reflectir sobre sua própria história. Nessa perspectiva, o sujeito apenas pode construir uma referência sobre si a partir das relações entre o eu, o intérprete e o mundo.

### **Subjectividade**

Nóbrega (2014:13), a subjectividade é tudo que faz com que o indivíduo, ou a colectividade exista, se auto afirme, e se relacione com outros indivíduos ou outras colectividades, portanto, a subjectividade é um conjunto de funções e atitudes que levam o indivíduo a se reconhecer quanto sujeito.

Para este trabalho, o conceito apresentado por Nóbrega (2014) é o que evidencia a realidade que interligue relação dos técnicos de oftalmologia pelos pacientes e técnicos no centro de saúde Alto-Maé, na cidade de Maputo, os técnicos de saúde assim como os pacientes estão repletos de posicionamentos e atitudes que fazem deles distintos dos

outros sujeitos dos quais se relacionam. Antes de mais, deve-se procurar compreender essas funções e atitudes propostas por este autor.

### **Interacção**

O conceito de interacção é percebido por Duran (1993:5), como um momento mediador entre o nível social-sociológico e cultural-antropológico, de um lado, e o nível individual-psicológico de outro. Por via da interacção se constituem os níveis mais abrangentes, social e culturais, e nela se viabiliza o nível individual. O processo de interacção social entre os indivíduos, não é aqui abordada como sendo sófruto do social, mais sim um mediador do social, cultural e psicológico. Assim a interacção social abordada nesse ponto não serve a designação da unidade colectiva que perde vista o indivíduo. Pelo seu carácter abrangente faz dessa definição mais adequada ao presente trabalho.

### **Papel social**

Papel social é definido por Martins (2010:40-52), como o órgão que define a estrutura social, basicamente como um conjunto de normas, direitos, deveres e expectativas que condicionam o comportamento humano dos indivíduos junto ao grupo ou dentro de uma organização. Os papéis sociais conferem um status determinado que não é problematizado pelos que recebem tais classificações e atribuições. Os comportamentos se adaptam, se conformam e se confundem, que é o caso dos técnicos de saúde e pacientes no processo de interacção. Estes mesmos papéis sociais têm relativo valor e significados atribuídos pela sociedade. Os papéis sociais atribuídos ou conquistados têm em vista a interacção social e resultam do processo de socialização. Assim sendo estes mesmos papéis sociais têm relativo valor e significados atribuídos pela sociedade ou pelos indivíduos que interagem e constituem a identidade colectiva e a identidade individual do ser humano.

### **Percepções**

No presente trabalho a expressão percepções será aplicada no sentido social que consiste na capacidade de ver e interpretar o comportamento de outros indivíduos e é essencial para a interacção social.

### **Capítulo 3: Metodologia**

No âmbito do trabalho de campo realizado no Centro de Saúde Alto-Maé, os métodos que foram utilizados no trabalho de campo foram: observação participante combinada com as conversas informais e a revisão de literatura. A escolha destes métodos não foi aleatório, visto que esses métodos ajudaram a alcançar os objetivos esperados, sendo assim a presente metodologia poderá conduzir o trabalho.

Em princípio, “a observação participante é um método tradicional no ramo da antropologia que permite mergulhar o seu entendimento sobre o funcionamento das sociedades ou de um agrupamento, a fim de compreender o sentido das coisas” (Ladeira 2007:45). Segundo Boni & Quaresma (2005:71), umas das vantagens da observação participante é que ela ajuda o pesquisador a “identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento”. O método de observação participante vai permitir compreender certas percepções ou normas intrínsecas que conduzem a uma certa forma de agir e pensar dos médicos, assim como os pacientes. Consequentemente identificar os papéis que são esperados e transmitidos uns aos outros, compreendendo assim a influência dessas concepções.

A observação participante permite uma aproximação na íntegra no quotidiano dos informantes, tornando-se familiar, dentro de um contexto anteriormente estranho. No que diz respeito as desvantagens da observação participante é que no decorrer da própria entrevista o observado pode criar impressões favoráveis ou desfavoráveis no observador, ou a ocorrência espontânea não pode ser previsto, o que impedi, muitas vezes, o observador a presenciar o fato. “Por outro lado factores imprevistos podem interferir na tarefa do pesquisador” (Marconi & Lakatos 2007:89).

No que se refere a revisão de literatura “é a leitura e elaboração de resumos! Busca em livros, artigos de periódicos, matérias de jornais. O que já foi publicado? Quais as lacunas existentes? ou seja, o que já foi feito e o que pode ser acrescentado?” (Alvarenga 2014:76). Etapa de fundamentação teórica por meio da busca de literatura pertinente; que

consequentemente vai ajudar e subsidiar os argumentos que serão trazidos pelos médicos, pacientes e pelo próprio investigador. Porque em termos textuais já existem artigos ou obras viradas ao processo de relação médico-paciente.

Segundo Boni & Quaresma (2005), afirmam que “as entrevistas semi-estruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o informante tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto”. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal. Ou seja, são um conjunto de questões pré elaboradas, pelo pesquisador, onde cada informante vai deixar o seu parecer sobre a questão colocada, com vista a contextualizar o assunto.

Uma das vantagens dessa técnica é que quase sempre produzem uma melhor amostra da população de interesse, outra vantagem diz respeito à dificuldade que muitas pessoas têm de responder por escrito. Neste caso, esse guião vai permitir com o que os informantes mostrem se que estão ou não familiarizados com o assunto tratado e qual é a percepção dos mesmos. Quanto as desvantagens da semi-estruturada, estas dizem respeito muito mais as limitações do próprio entrevistador, como por exemplo: a escassez de recursos financeiros e o dispêndio de tempo.

Por parte do entrevistado, há insegurança em relação ao seu anonimato e por causa disto muitas vezes o entrevistado retém informações importantes. Contudo, a pesquisa albergara aspectos qualitativos e quantitativos: qualitativo que dominará a mesma pelo uso da subjectividade que não pode ser traduzida em números, aqui levar-se-á em conta as histórias de vida, percepções e opiniões. Por outro lado, quantitativo será chamado para ilustrar o número dos informantes trabalhados bem como as suas idades e o agregado familiar.

A partir da técnica oftalmológica “Laura” que foi a primeira informante através da relação de afinidade que já mantinha com a técnica “Laura” muito antes da realização da pesquisa, a técnica fez questão de direccionar-me a alguns dos seus pacientes para que

me fornecessem alguma informação benéfica para o meu trabalho. Num primeiro momento a técnica “Laura” que era a minha informante chave, seleccionou os pacientes que a técnica simpatizou-se com eles. Após a minha familiarização com o terreno, fui seleccionando os perfis dos restantes informantes.

No que concerne a expressividade dos informantes, existe uma fusão em relação ao sexo. Havendo assim cinco mulheres e sete homens, de entre eles havia homens, mulheres e adolescentes que tinham ocupações estudantis do nível secundário a superior bem como funcionários públicos e negociantes. Totalizando teve 12 informantes, dos quais dez pacientes e dois técnicos de saúde. No seio dos dois grupos, encontram-se informantes chave que pelo nível de aproximação foi possível alcançar mais informantes e que as suas declarações são mais exaustivas comparativamente à demais como a pesquisa envolvia adolescentes e adultos, a idade dos informantes era no intervalo de dezassete anos de idade a cinquenta e dois anos.

No decorrer do trabalho de campo, foi possível fazer uma observação sobre a interacção entre o técnico de saúde e os pacientes nas consultas que eram feitas dentro do consultório, a interacção entre os pacientes antes da consulta, bem como a interacção entre os técnicos de saúde após as consultas. A observação foi realizada de segunda à sexta-feira, considerados dias laborais. Observação que durou aproximadamente três meses e uma semana.

### 3.1. A área de estudo

O centro de saúde Alto-Maé localiza-se no bairro do Alto-Maé, Cidade de Maputo, distrito Kamphumo, na avenida Eduardo Mondlane cruzamento com avenida Albet Luthuli. É o único centro de saúde naquele bairro. Em relação aos sectores que compõem o centro de saúde Alto-Maé estão em funcionamento: sector de triagem; sector de oftalmologia; sector da pediatria; sector das consultas pré-natal; gabinete de aconselhamento e testagem voluntaria; sector de estomatologia; sector da radiologia; sala de pensos e farmácia. E o centro de saúde conta com 73 funcionários.

Esta análise concentra-se exclusivamente no sector de oftalmologia, que é composto por dois técnicos de saúde que exercem as suas actividades em dias alternados e vinte pacientes ao dia, que é o número diário de pacientes que vão se beneficiar da consulta no sector de oftalmologia. Consultas que são realizadas sem restrições de idade, nacionalidade ou proveniência do paciente.

No interior do centro de saúde, logo no corredor esquerdo após a entrada, contém bancos nos corredores que dão acesso ao sector de oftalmologia, os bancos foram arrumados em linhas paralelas, criando um espaço entre os bancos em que os pacientes pudessem circular. Quando ao interior do sector de oftalmologia era composto por uma cadeira, que pertence o/a técnico/a de serviço, uma mesa em que a técnica pudesse apoiar-se no momento da consulta, em frente a técnica encontrava-se uma cadeira que pertence ao paciente, uma cama e na cabeceira da cama uma lâmpada bem próxima a cama que ajuda o técnico(a) a fazer a sua observação no paciente. Os pacientes devem possuir uma senha que é atribuída na aceitação como de comprovar a sua passagem pela aceitação. Os pacientes entram na sala de consulta um de cada vez seguindo uma sequência numérica, a não ser que o paciente traga acompanhante como forma de ajudar o paciente a comunicar-se com o técnico de saúde.

### 3.2. Constrangimentos

Durante o trabalho de campo deparámo-nos com cinco notáveis constrangimentos. Primeiro, a permanência no centro de saúde como pesquisador iniciante, sobretudo por ser o primeiro trabalho de campo de carácter científico e com a mente incumbida de preconceitos negativos em relação ao centro de saúde sobre os utentes que lá se faziam presentes, como pacientes que possuíam doenças contagiosas, pois, tinha medo de contrair a mesma doença ou de ser acusado pela população de possuir a doença HIV-SIDA, pela minha estadia constante no centro de saúde. Perante esse constrangimento, tive que me conformar com as possibilidades das más interpretações que poderiam ser feitas sobre mim.

Segundo aspecto foi a falta de estratégias de aproximar os informantes para uma conversa, com medo que esse gesto de aproximação fosse mal interpretado pelos pacientes que na tentativa de preservar a sua imagem, por simplesmente não disponibilizar qualquer tipo de informação. Razão pela qual optei em identificar uma informante chave para que facilita-se aproximação para um número de informantes consideráveis.

Terceiro aspecto foi as frequentes interrupções após as consultas como parte das informações pós consulta. Por diversas vezes, os informantes que saíssem da sala da consulta, saiam caminhando com pressa alegando que não podiam continuar com a conversa, pois, estavam com muita pressa. Consequentemente algumas questões não foram abordadas com êxito. Foi a partir desse impasse que optei em acompanhar os informantes para os pontos mais próximos (paragem de transportes públicos ou um quarteirão depois do centro de saúde).

O quarto aspecto constrangedor surge através dos técnicos de saúde que mostravam quais os limites dos questionamentos e até que ponto poderia se conversar em relação ao seu quotidiano, não obstante a isso, também existia um certo controlo dos técnicos de saúde em relação ao que era anotado como dados, isso para poder preservar alguns constrangimentos que foram surgindo no decorrer do trabalho de campo. Fazendo com que tudo que era anotado como dado tivesse que ser lido pelos técnicos de saúde e que agrada-se ou convence-se aos técnicos de saúde que realmente não lhes ia prejudicar futuramente. Essas limitações fizeram com que fossem criadas certas formas de contorná-las. No que diz respeito aos limites de questionamento e o assunto que poderia ser anotado como dado, foi necessário deixar o bloco de notas fechado ou distante, transformando as questões sequenciadas numa mera conversa descontraída e as anotações eram feitas num momento posterior.

O último aspecto constrangedor foi a falta de financiamento da pesquisa, eu como estudante deveria financiar a minha própria pesquisa, facto que contribui na negativa para a realização da pesquisa. Uma vez que eu permanecia no centro de saúde a partir das

08:00horas que iniciava as consultas até as 12:30minutos, que terminava sem direito a refeição que era servida no centro de saúde. Com esse impasse, fui obrigado a trazer a minha própria refeição todos os dias para poder ultrapassar esse obstáculo.

## Capítulo 4: Resultados da pesquisa

Este capítulo está organizado em três subcapítulos: o primeiro subcapítulo diz respeito a percepção dos pacientes e dos técnicos de saúde sobre o centro de saúde. O segundo subcapítulo está relacionado à percepção dos pacientes e técnicos de saúde sobre o trás que o utente deve trajar para o centro de saúde. O terceiro e último subcapítulo retrata sobre a percepção dos técnicos de saúde e pacientes em relação aos procedimentos da consulta.

### 4.1. Como os pacientes e técnicos olham para o centro de saúde

As interações existentes entre os técnicos de saúde e seus pacientes, posicionamentos e algumas evidências que reforçam o argumento, defendem a existência de certos papéis sociais na interação paciente e técnicos de saúde no centro de saúde. A partir do exercício etnográfico, verifiquei que os informantes que se fazem presente no centro de saúde estão dotados de algum conhecimento em relação as actividades exercidas no centro de saúde, criando assim algumas percepções e saberes mediante ao centro de saúde. Os técnicos de saúde estão inculidos de algum saber sobre o centro de saúde, mais nem todos que se fazem presente no centro de saúde estão cientes dos processos clínicos que iram percorrer, mas não deixam de ter suas percepções em relação ao mesmo. Então, motivos de estar na oftalmologia? Em relação a essa questão, percebesse algumas similaridades e divergências dos nossos informantes, como Narciso, de 17 anos de idade, negociante ambulante, disse:

*Minhas vistas doem! Minha irmã mandou-me para vir aqui, eu nunca entrei num hospital grande assim, nem sei o que se faz lá, acho que curam a vista.*

Narciso mencionou ter chegado a oftalmologia por indicação de sua irmã, dado que não tinha conhecimento da existência do serviço de oftalmologia. Narciso não tinha ideia de que mecanismos seriam efectuados para poder cura-lo, mas de uma coisa Narciso estava ciente, que o centro de saúde serve para curar as pessoas. Enquanto isso era notório que a ansiedade tomava conta do Narciso, desprevenido de conhecimento sobre o funcionamento da consulta, a disponibilidade era o que o conduzia.

Contradizendo o posicionamento de Rocha *et al.* (2011:114), essa relação tem origem desde a hora em que o paciente entra em contacto com o médico, passando a parte em que se vê o paciente como um todo, como alguém que tem direitos e vontades, inserido numa sociedade, alguém que pode apresentar conhecimentos sobre a sua enfermidade. Sendo assim a relação médico e o paciente só é possível a partir do dialogo existente entre o médico e o paciente. Narciso mostra que a interacção com o técnico de saúde começou muito antes do contacto, tendo consciência do papel que o técnico de saúde deverá desenvolver. Estar desprovido de conhecimento sobre o funcionamento do centro de saúde não é algo comum. Pelo simples facto do paciente já ter estado em qualquer outro centro de saúde ou hospital, carrega consigo um conjunto de valores e saberes obtidos na sua última estadia no centro de saúde ou hospital, como Elsa, de 21 anos de idade, estudante, evidência:

*Não é a primeira vez que cá estou, já me receitaram óculos há muito tempo, mesmo assim não cheguei de comprar os óculos, por desleixo. Então eu sei o que fazem na oftalmologia.*

Elsa mostrou-se familiarizada com o centro de saúde e o departamento de oftalmologia por já ter estado lá anteriormente. Elsa afirma que como consequência de já ter estado lá, já lhe foi receitada óculos a meses atrás e que por razões pessoais não fez a questão de adquirir, razão pela qual Elsa sabe como são os procedimentos de consulta na oftalmologia. Por isso, a descontração e frieza faziam parte da disposição da Elsa, porque Elsa carregava consigo algumas ideias preconcebidas da última consulta. Com o depoimento do Narciso e Elsa acima ilustrados, podemos perceber que existem diversidades no que tange o conhecimento em relação ao centro de saúde.

Essa diversidade de conhecimento sobre atitude e comportamento de outrem ou um lugar, por vezes é transmitida e partilhada com os de mais. A transmissão subjectiva de saberes não se restringe somente na atitude e comportamento dos técnicos de saúde ou dos pacientes, mas também no funcionamento dos departamentos do centro de saúde, como Rita, de 23 anos de idade, negociante, evidência:

*O meu amigo disse que na oftalmologia dificilmente vão diagnosticar doenças tradicionais, como por exemplo aquilo que eu tinha, que era: (mwanamulongo Chuabo). E que para poder passar, a primeira pessoa que viu deveria fazer um corte ligeiro no seu dedo e deixar cair uma gota de sangue no meu olho*

Rita mencionou que um amigo próximo contou-lhe que o centro de saúde ou hospitais têm certas dificuldades em diagnosticar doenças tradicionais como por exemplo: (*mwanamulongo, Chuabo*). Rita afirma que mediante essa dificuldade, o centro de saúde se restringe em certos tipos de doenças, doenças essas que não sejam tradicionais ou contraídas pela fé. Segundo Granjo (2009:568), uma das principais razões de resistência, por parte dos praticantes da biomedicina moçambicana é a inclusão dos *tinyangas* “curandeiros”. Para o amigo próximo da Rita, que foi o responsável pelas transmissões de saber sobre o departamento de oftalmologia é notório a resistência e a descrença em relação a biomedicina. A transmissão de saberes transcende da dificuldade de diagnóstico ao processo terapêutico adoptado pelo departamento de oftalmologia, como Júnior, de 17 anos de idade, estudante, argumenta:

*Minha mãe dizia para eu ter cuidado com oftalmologia. Porque é justamente lá onde fazem operações nas vistas que muitas das vezes acabam por dar errado, chegam até a pôr olho de cabrito nas pessoas.*

Júnior mencionou que numa conversa com a mãe, disse-lhe para que seja cauteloso nas consultas no departamento de oftalmologia, porque sendo um hospital realiza-se operações nos olhos, que nem sempre são bem realizadas e acabam por deixar o paciente com sequelas. Júnior afirmou que a sua mãe chegou a dizer que no departamento de oftalmologia, chegam até a pôr olhos de animal nas pessoas. Tornando Júnior mais atento nos processos de consulta na oftalmologia, preparado para rejeitar qualquer tipo de acção que o mesmo achar estranha da parte do técnico de saúde.

No que diz respeito aos técnicos de saúde, existem normas que regem o funcionamento do centro de saúde, normas que são partilhadas entre os técnicos de saúde, que nem

sempre é de conhecimento geral para os pacientes do centro de saúde, dentro das normas está incorporada a língua, que deve ser uma língua aceite perante as consultas, como forma de facilitar a comunicação, como Laura, de 39 anos de idade, técnica oftalmologista e estudante universitária, enaltece:

*A consulta deve ser feita através da língua Portuguesa, mas existe uma excepção para velhos que falam Changana. Porque nós não somos obrigados a falar todas as línguas, se o paciente não sabe que traga um acompanhante que fale português.*

A técnica de saúde afirma que a consulta deve ser realizada mediante a uma língua tida como padrão, que é a língua portuguesa. Mas existe uma excepção da língua Changana nas consultas para uma certa idade (idosos), a técnica de saúde mostra os seus deveres no centro de saúde no que diz respeito a comunicação, que não é obrigada a falar mais de suas línguas. Apesar de a língua ser uma das restrições do acesso ao centro de saúde.

O centro de saúde como instituição tem as suas regras de funcionamento, as mesmas regras são transmitidas aos técnicos de saúde bem como o corpo técnico administrativo. Por se tratar de indivíduo que monitora o funcionamento das regras do centro de saúde, o centro de saúde não está isento das várias interpretações que podem ser feitas sobre o trabalho que lá é realizado, afinal o funcionamento do centro de saúde é também dependente das interacções sociais que os técnicos de saúde e pacientes têm fora do centro de saúde, que directa ou indirectamente afecta no funcionamento da consulta, como Laura, de 39 anos de idade, técnica oftalmologista e estudante universitária, realça:

*Sim. Pode influenciar! Porque há pessoas que carregam os problemas para o trabalho. Eu não posso negar, em algum momento também sou assim e não sou culpada, porque eu tenho os meus problemas que não poderei deixar de lado, situações sérias como doença ou falecimento de um familiar ou alguém próximo.*

A técnica Laura afirma que o ambiente de casa pode influenciar no desempenho do técnico no seu dia-a-dia. A técnica mencionou que existe uma transferência dos

problemas do quotidiano para o trabalho e sendo essa inevitável que nem mesmo ela está imune a essa situação, a técnica mostrou que existem acontecimentos no seio familiar que é impossível de desassociar com assuntos profissionais, como doença ou falecimento de um familiar ou alguém próximo. Mediante a situação do ambiente diário de casa que influenciar no desempenho do técnico de saúde na área profissional, nota-se um posicionamento que em momento algum não deve ser generalizado. Os técnicos de saúde mostram-se cientes do trabalho que realizam no centro de saúde, bem como dos riscos que correr.

Razão pela qual existe um apelo da parte dos técnicos de saúde para com os seus utentes, na tentativa de tornar o utente mais compreensíveis mediante ao trabalho que os técnicos exercem, como Laura, de 39 anos de idade, técnica oftalmologista e estudante universitária, afirma:

*Gostaria que tratassem-me bem, claro que eu também como paciente devo entender que os técnicos de saúde fazem consultas a muita gente e que pode não estar a tratar-me como eu gostaria, ai devo lhe perceber.*

A técnica menciona que se sentiria satisfeita se lhe fosse oferecida um bom tratamento pelo técnico de saúde, mas ela como paciente teria que assumir um papel compreensível. Porque os técnicos de saúde fazem consultas a muita gente, razão pela qual há uma certa dificuldade da parte do técnico em agradar todos os pacientes, neste sentido o dever recai ao paciente que deve ser compreensível, Nascimento & Magalhães (2003). Denominam esse processo de contra-transferência que é a passagem de aspectos afectivos para o paciente, entrando em jogo os mecanismos inconscientes nascidos em sentimentos já vividos pelo médico em relações anteriores.

#### 4.2. O trás no centro de saúde

O centro de saúde sendo um local onde esta isento de restrições de aderência dos serviços de saúde, podendo beneficiar dele indivíduos com personalidades diversificadas. Essa diversidade que transgride ao comportamento dos técnicos de saúde e pacientes e molda

aos pacientes certas maneiras de apresentar-se e estar perante a um centro de saúde, como Paula, de 19 anos de idade, estudante, realça:

*Quando se vai a um centro de saúde, o paciente deve se vestir decentemente, não vir de calções, chinelos ou uma interior, se for homem. Agora se for mulher não pode vestir blusa de alça ou saia curta, porque na minha tradição isso é falta de respeito. Também os médicos não vão te atender como você merece.*

Paula mencionou que o paciente quando dirige-se ao centro de saúde deve antes de mais, estar ciente do seu figurino, pois tem certas roupas que não são favoráveis ao centro de saúde, por exemplo: calção, chinelos ou uma interior, se for homem. Blusa de alça e saia curta se for uma mulher. Paula diz que para um centro de saúde, esse figurino transmite um certo perfil do paciente que não é adequado naquele espaço, conseqüentemente pode influenciar no papel que o técnico de saúde deverá exercer. Oliveira (2002) evidencia que quando uma pessoa procura um determinado serviço de saúde, ela lança mão de uma série de mecanismos que orientam tal procura e que são accionados muito antes do encontro propriamente dito. Oliveira (2002:65) aponta algumas questões introdutórias que o paciente tem realizado “ qual o profissional buscado, que roupa vestir na consulta, e assim por diante”. Por fim como o indivíduo se prepara para esse momento.

Essas normas e mecanismos que orientam o paciente nas consultas foram construídas pelos indivíduos nos seus processos de socializações, transcendem a normas institucionalmente estabelecidas, quebrando um posicionamento unânime no seio dos pacientes do centro de saúde, abrindo espaço para diversas formas de pensar sobre o mesmo assunto, como Sakani, de 49 anos de idade, realça:

*Não há uma roupa adequada para o centro de saúde, doente é doente. O paciente não vai escolher uma roupa enquanto está mal, o paciente pode vir como entender, isso não tem nada a ver.*

Sakani mencionou que a escolha do figurino para se fazer presente num centro de saúde está a cargo do paciente. Sakani afirma também que o paciente pode vir como ele bem entender e que em momento algum isso vai influenciar na consulta, muito menos nos deveres dos técnicos de saúde. No depoimento de Sakani, podemos perceber a transferência dos deveres e a responsabilização do percurso das consultas que são realizadas no centro de saúde, enquanto uns informantes encontram uma relação possível na maneira de estar no centro de saúde com o desempenho da consulta bem como os resultados obtidos após as consultas, outros informantes colocam-se no lugar do objecto a ser analisado e o técnico de saúde faz o papel de pesquisador, onde objecto deve ser compreendido da forma como o mesmo se encontra.

O contacto com o terreno permitiu-me observar que não só os pacientes têm suas ideias e percepções em relação ao centro de saúde e os técnicos de saúde, existem também o mesmo exercício do lado oposto, onde técnicos de saúde têm suas percepções em relação ao seu trabalho consequentemente em relação aos seus pacientes, Laura, de 39 anos de idade, técnica oftalmologista e estudante universitária, explica:

*Os pacientes devem estar bem apresentados (higiene), se for uma mulher deve saber que está numa instituição pública, consequentemente vestir roupas abaixo do joelho e os ombros cobertos, só por uma questão de ética. Se for homem deve se apresentar de calças e uma camisa ou uma camiseta decente, isso de estar a vir de calções, chinelos é falta de respeito.*

A técnica Laura menciona que os pacientes devem ter uma forma padrão de se apresentarem no centro de saúde, e que essa forma transpareça higiene e respeito. A técnica afirma também que as mulheres devem vestir roupas abaixo do joelho e ombros cobertos, os homens devem estar trajados de calças e uma camisa ou camiseta decente.

Qualquer outra forma de estar, diferente da mencionada transparece a falta de respeito para com o técnico e a instituição.

#### 4.3. Como as consultas devem ser

Mediante a percepção dos pacientes e técnicos sobre o centro de saúde, existe engajado com essa percepção a ideia dos pacientes perante aos técnicos de saúde vice-versa, que de certa forma abriu espaços para diversos posicionamentos dos pacientes e dos técnicos em relação aos papéis exercidos uns pelos outros durante as consultas, papéis esses que são construídos independentemente do aval dos técnicos de saúde ou do paciente, são construídos pelos processos de socialização e construções sociais. Através das consultas anteriores e conversas em relação ao funcionamento dos centros de saúde no seio familiar.

Os pacientes chegam ao centro de saúde com alguma ideia do procedimento clínico que ira decorrer, muitas das vezes essas ideias preconcebidas acabam por criar um choque com a realidade da consulta, como Viegas, de 47 anos de idade, electrotécnico, afirma:

*Não, eu não esperava que a médica grita-se comigo porque não estou a ver aquele quadro de teste que nunca vi...a médica gritou tanto que consegui ver mesmo com dificuldades, ela não sabia que eu estava a esforçar a meus olhos. Mais prontos... Eu não esperava que a técnica de saúde tivesse essa atitude, muito dura e insensível. Mas não tenho como, sempre virei a esse centro de saúde, porque este centro de saúde é mais próximo da minha casa.*

Viegas mencionou que ficou surpreso com o comportamento da técnica de saúde, porque não esperava que a técnica de saúde levanta-se tanto a voz ao falar com ele, porque Viegas estava a ver com dificuldades um certo quadro de letras. Viegas esperava que a consulta fosse de uma certa maneira, mais foi completamente de outra. Alves (2008:64), argumenta que atitude é uma disposição interna que orienta a nossa conduta diante dos factos e acontecimentos da vida, sejam esses factos reais (concretos) ou simbólicos. Por via deste posicionamento, podemos compreender que atitude é a intenção e o

comportamento é a acção, ou seja, nem toda atitude é concretizada, e nem todo o comportamento é racionalizado antes da sua execução. Atitude e comportamento com certeza podem ter repercussões na interacção entre técnico de saúde e o paciente. No caso do Viegas, o comportamento será transportado como referência da atitude do técnico de saúde. Viegas afirma que têm voltado ao centro de saúde Alto-Maé porque é próximo da sua residência.

A construção do funcionamento das consultas são feitas longe do centro de saúde e muitas vezes essa construção é transmitida através das experiências subjectivas de certos indivíduos próximos ao paciente, como Paula, de 19 anos de idade, estudante, revela:

*O comportamento de técnico de saúde foi muito bom, eficaz e disse que não era nada sério (grave), meus amigos e minhas primas diziam que haveriam de me receitar óculos, é o que sempre fazem no departamento de oftalmologia. E eu esperava que fosse assim, mais foi completamente diferente, por isso que cá estou novamente.*

Paula menciona que teve conhecimento antes da sua primeira consulta com as pessoas mais próximas que no departamento de oftalmologia, servia apenas para receitarem óculos e não foi o que aconteceu. Paula carregava consigo um conhecimento prévio da consulta, através da pré-consulta que teve com as pessoas mais próximas antes da sua chegada ao centro de saúde. Paula afirma que esperava que fosse receitada um par de óculos de vista como lhe haviam dito, mas ficou feliz porque não foi receitada o par de óculos como prévia.

Na visão dos pacientes, o funcionamento do centro de saúde são estáticos ou seja não estão sujeitos a alterações estruturais e funcionais, razão pela qual um paciente que já esteve no centro de saúde, ao retornar espera que o técnico de saúde exerça o mesmo papel e utilize os mesmos procedimentos clínicos utilizados anteriormente, como Madade, de 33 anos de idade, logístico, destaca:

*O comportamento do técnico oftalmologista foi bom apesar de não ter me feito aqueles testes que fez da primeira vez que cá estive. E as perguntas foram muito rápidas, eu esperava que o técnico oftalmologista haveria de me mandar ler um quadro tipo televisor e não o fez.*

Madade não deixou de elogiar o comportamento do técnico de saúde, mas o mesmo fez a questão de mencionar alguns procedimentos de teste que não foi submetido como da vez anterior que lá esteve, teste esse que necessitava de leitura uma tela eléctrica que continham algumas escritas e cores. Madade afirma que espera que a consulta fosse mais demorada como da última consulta que lá esteve, passando a ser mais rápida a consulta e demonstração de pouco interesse por parte do técnico de saúde que não chegou a agradecer o Madade.

No depoimento de Madade e Paula, contrariando Viegas que pouco se simpatizou com o papel prestado pelo técnico de saúde, Madade e Paula apesar de se sentirem satisfeitos com o comportamento de técnico de saúde apresentam ópticas diferentes na satisfação. Onde Madade pela consulta que teve antes esperava que o técnico de saúde exercesse certos papéis vivenciados pelo Madade anteriormente, enquanto Paula sentiu-se satisfeita porque ansiava que o técnico de saúde tomasse certo comportamento desagradável que lhe foi transmitido no seu processo de interacção com os indivíduos mais próximos. Conforme descrito por Nascimento & Magalhães (2003:108), “o mecanismo de transferência é o processo no qual são trazidos para o relacionamento médico e o paciente sentimentos e conflitos originários de relacionamento anteriores”, ao entrar em contacto com o médico. Sendo assim fala-se de transferências positivas quando o paciente vivencia o relacionamento de maneira agradável, confirmando as expectativas que tinha de encontrar no médico uma pessoa disponível, atenciosa e com capacidade de atingir as suas expectativas.

Para podermos compreender melhor os papéis dos técnicos de saúde esperados pelos pacientes, colocaremos os pacientes num posicionamento invertido, onde os pacientes teceram as suas ideias em relação ao comportamento do técnico de saúde, assumindo que

o comportamento seguido pelos pacientes em análise seriam o mais adequado na óptica dos pacientes, como Cidia, de 23 anos de idade, comerciante, reforça:

*Eu se fosse técnico de saúde perante a uma consulta, haveria de perguntar por exemplo: Como está a família? Antes de mais nada, procurava saber de uma maneira geral como esta a disposição do paciente, para poder lhe entender como ele se sente naquele dia*

Cidia mencionou que se estivesse na posição do técnico de saúde perante uma consulta, haveria de assumir um papel mais humanista, fazendo questões ao paciente ligadas ao seu agregado familiar ou as pessoas que são próximas ao paciente, para poder enquadrar o seu sentido de humor naquele dia, posteriormente fazer as questões ligadas à sua saúde ou o que levou o paciente ao centro de saúde. Segundo Nascimento & Magalhães (2003:2), a partir do século XIX, foi um período da medicina científica, em que o avanço tecnológico acompanhava a ciência exacta e biológica, o seu carácter humanista era pouco utilizado.

Pois, “a subjectividade e as percepções dos pacientes pouco importavam e no século XXI tem-se vivenciado e que apesar do seu desenvolvimento tecnológico a medicina actual não consegue garantir a satisfação do paciente” (Nascimento & Magalhães 2003:3). Para Cidia, numa consulta antes da saúde física é necessário compreender a disposição mental e psicológica, pois, seria por esses moldes que começariam as questões feitas pelos técnicos de saúde na óptica da Cidia, enquanto outro somente poderiam trocar a ordem das questões feitas pelos técnicos de saúde, como Viegas, de 47 anos de idade, electrotécnico, afirma:

*Eu não sei como foram feitas as sequências das questões médicas. Mais eu sugeria que comessem por exemplo: O que estás a sentir? Depois de resolver isso pode vir as questões subsequentes como: nome; idade; bairro, etc, porque eu estava na sexta-feira passada dia 16/06/2017, estava acompanhar minha colega ao hospital, ela estava a sentir-se mal e*

*nós tínhamos guia, quando nós entramos minha colega estava mal, mas o médico em vez de procurar saber o que ela sente começou a perguntar o nome, idade e o bairro, isso tudo estava a perguntar lentamente a escrever, como se o que realmente importa-se fosse nome; idade; bairro, etc.*

Viegas mencionou que se fosse técnico de saúde, antes de fazer as questões de rotina que são: nome; idade; bairro, etc., vai perguntar o que o paciente está a sentir. Porque para Viegas o que realmente importa não são os dados que são anotados em forma de registo, mais sim, a resolução da doença que está afligir o paciente. As vezes os papéis que deveriam ser exercidos pelos técnicos de saúde nem sempre estão relacionadas com as suas actividades propriamente ditas, mas no carácter e humor dos técnicos, como Matavel, de 52 anos de idade, motorista, disse:

*Eu não tenho nada contra as questões que são feitas pelos técnicos de saúde, mas a forma como são feitas as questões é que deveriam mudar. Por exemplo: perguntar o nome ou idade com um sorriso na cara, até fazer um elogio ao paciente quando necessário. Assim o paciente fica mais a vontade e colabora tanto na consulta, bem como no tratamento.*

Matavel mencionou que se fosse técnico de saúde numa consulta, faria as mesmas questões que são feitas pelos outros técnicos de saúde, mas o ponto da inovação não estaria nos tipos das questões feitas, mas sim na maneira de fazer as tais questões, por exemplo: perguntar o nome ou idade com um sorriso na cara, até fazer um elogio ao paciente quando necessário. Para Matavel, se os técnicos de saúde assumissem esse papel de conciliar a simpatia com as questões profissionais, as consultas seriam mais produtivas para o técnico de saúde bem como para o paciente.

Apesar de a língua ser uma das restrições do acesso ao centro de saúde, existem outras restrições que devem ser levadas em consideração muito antes do uso da linguagem, como é o caso do comportamento do paciente que também podem influenciar no

desempenho do funcionamento do centro de saúde, como Laura, de 39 anos de idade, técnica oftalmologista e estudante universitária, argumenta:

*Sim, pode influenciar se o paciente for agressivo, por exemplo: Entra e não bate a porta; não cumprimenta, eu vou lhe entender, sou que vou lhe perguntar porque entrou assim? O que se passa com ele. Porque, aqui não é um mercado onde as pessoas entram sem precisar cumprimentar as pessoas. O paciente deve saber respeitar o nosso trabalho, principalmente porque cuidamos da saúde dele.*

A técnica de saúde afirmou que o comportamento do paciente durante ou mesmo antes da consulta influencia na relação com o técnico, por exemplo: entra e não bate a porta; não cumprimenta, eu vou lhe entender, sou que vou lhe perguntar porque entrou assim? Porque não deveria ter entrado daquela maneira. Para a técnica de saúde, o processo de interação com o paciente começa muito antes da consulta propriamente dita, antes mesmos do paciente se pronunciar sobre a sua doença. Assim sendo, o paciente tem certos papéis a cumprir antes do início da consulta, antes o técnico coloca-lhe um rótulo de paciente agressivo e mau comportado ou calmo e bem comportado mediante ao papel que o paciente irá exercer no momento, conseqüentemente esse mesmo rótulo vai influenciar o processo de toda a consulta. Os técnicos de saúde não são unânimes ao pensar que o comportamento do paciente começa muito antes da consulta, como Bernardo de 40 anos de idade, técnico oftalmologista e pastor da igreja, disse:

*O comportamento influencia sim no tratamento, porque existem aqueles pacientes confusos que acham que já sabem de tudo e como funciona o consultório médico, opinando e apresentando sugestões do tratamento de uma determinada enfermidade. Por vezes acabam nos irritando.*

O técnico mencionou que o comportamento do paciente em algum momento acaba conduzindo a consulta, por exemplo: existem aqueles pacientes que acham que já sabem de tudo e como funciona o consultório médico, por vezes acabam-lhes deixando

chateados. Para o técnico de saúde, aparecimento de certos pacientes que mostram-se familiarizados com os procedimentos nas consultas, anunciando passos a seguir ou dando opiniões sobre o funcionamento da consulta, deixa os técnicos de saúde aborrecidos, que a consulta pode ganhar outro rumo que não era o desejado. Com base na observação, foi possível acompanhar um evento que relato a seguir. Após a entrada de duas mulheres aproximadamente de 23 a 26 anos de idade na sala de consulta, que supostamente não passaram pela bicha e foram chamadas pelo técnico de saúde. Um dos pacientes levanta e disse:

*Sinceramente, o médico está a exagerar, não podem entrar duas pessoas simultaneamente que nem se quer estavam na bicha.*

O técnico imediatamente retira as duas mulheres que acabaram de entrar. Um outro paciente diz, nós aconselhamos aquele senhor para não falar assim com o médico, uma vez que ele irá entrar e será entendido. Se ele abusou o médico então o médico vai lhe tratar mal lá dentro”. O técnico de saúde conversando comigo dentro da sala, num tom baixo diz: *Pois é, eu já lhe marquei, ele vai entrar aqui.* Com essa observação podemos perceber que existe repreensão sobre o paciente por parte do técnico de saúde por exercer um determinado comportamento que não seria adequado naquele exacto momento e naquele espaço que era o centro de saúde. Essa repreensão seria a arma reguladora para o técnico de oftalmologista, no processo de interacção entre o técnico e os pacientes.

## **Capítulo 5: Considerações finais**

Com esta pesquisa podemos perceber que o centro de saúde é a unidade básica do serviço nacional de saúde para atendimento e prestação de cuidados de saúde à população, que está sujeito a várias interpretações sobre os seus deveres e as suas missões bem como as formas de funcionamento, essa multiplicidade de interpretações variam do posicionamento do observador e do processo de socialização do observador. No entanto, no que diz respeito aos posicionamentos dos pacientes e técnicos de saúde em relação ao centro de saúde, onde os técnicos de saúde vão criando normas que regem o funcionamento do centro de saúde, normas que são partilhadas entre os técnicos de saúde, que nem sempre é de conhecimento geral para os pacientes do centro de saúde.

Há uma certa perspectiva dos técnicos de saúde em relação ao trabalho que exercem no centro de saúde, tendo a consciência que ambiente do dia-a-dia influencia no desempenho do técnico de saúde na área profissional, considerando que o desempenho do trabalho que o técnico de saúde exerce, está relacionado com a disposição física e emocional. São vários elementos que condicionam essa disposição. Nota-se um posicionamento por parte dos técnicos de saúde que em momento algum deve ser generalizado. Não obstante a isso, no posicionamento do paciente em relação ao centro de saúde, podemos observar que apesar de os pacientes nunca terem mantido o contacto com o centro de saúde, os pacientes trazem consigo alguns saberes adquiridos no seu processo de socialização fora ou dentro do centro de saúde em relação ao funcionamento ou as suas missões.

Para os pacientes que já estiveram no centro de saúde, acabam por transportar os conhecimentos obtidos na última estadia no centro de saúde como procedimento corrente e estático, criando diversidade nos posicionamentos em relação ao funcionamento de centro de saúde, diversidade que transgride ao comportamento dos pacientes e molda aos pacientes. Razão pela qual Oliveira (2002:65), aponta como grande desafio por parte do técnico de saúde compreender as diversas formas de agir dos pacientes como fruto da pré-consulta que o paciente desencadeia muito antes da chegada ao posto médico.

Pela existência desses dois grupos pacientes e técnicos de saúde como maiores intervenientes no processo de interacção no centro de saúde, existe a interpretação dos dois grupos de como os utentes devem se apresentar naquela instituição. Onde os

pacientes têm a vossa perspectiva em relação ao trás que se deve apresentar no centro de saúde. Enquanto isso, do outro lado existe também a perspectiva dos técnicos de saúde em relação a forma de se apresentar dos pacientes no centro de saúde. Como diz Nascimento e Magalhães (2003:108), o fenómeno transferência não ocorre somente do paciente para o médico, o mesmo exercício também é observado pela parte dos médicos.

Existe a ideia de como as consultas devem ser, olhando para o posicionamento do paciente percebesse que, há um apelo no sentido de conduzir as consultas para o lado mais humanista possível, sem excepções. Para os pacientes que já estiveram no centro de saúde acabam assimilando o comportamento do técnico de saúde como o padrão, estático e partilham a informação acerca do comportamento do técnico de saúde, razão pela qual um paciente que nunca esteve no centro de saúde sempre acaba tendo ideia em relação ao funcionamento ou o comportamento de técnico, a transferência de ideias ocorre através das pessoas mais próximas no processo de interacção. Do lado oposto, Para os técnicos de saúde, o processo de interacção com o paciente começa muito antes da consulta propriamente dita, antes mesmos do paciente se pronunciar sobre a sua doença. Assim sendo, o paciente tem certos papéis a cumprir antes do início da consulta. Porque para os técnicos de saúde o comportamento dos pacientes é que vai ditar o rumo das consultas.

Os técnicos de saúde assim como os pacientes têm a vossa maneira de olhar para o funcionamento do centro de saúde, que muita das vezes é contraditória, porque os técnicos de saúde esperam que os pacientes assumem um determinado papel e os pacientes também esperam que os técnicos de saúde assumem determinado papel de uma certa forma, tantos os técnicos de saúde assim como os pacientes vão se criando perfis uns aos outros. A contradição não existe somente entre esses dois grupos, que são técnicos de saúde e pacientes, mesmo entre indivíduos do mesmo grupo, ou seja, entre pacientes ou entre técnicos de saúde existe diversidade de posições, pelo processo individual de socialização. Rocha *et al.* (2011), argumenta que a interacção médico-paciente é de difícil construção, é um processo complexo que demanda esforços de ambas partes.

Deste modo, orientado pela abordagem teórica do interacionismo simbólico defendida por Herbert Blumer em (1937) sob inspiração de Georg Mead, compreendo que os papéis esperados no processo de interacção técnico de saúde e o paciente são dependentes dos indivíduos em causa, porque o mesmo indivíduo orienta os seus actos em direcção as coisas em função do que estas coisas significam para o próprio indivíduo. Por sua vez, o significado desses papéis surge como consequência da interacção social que cada qual mantém com o seu próximo, e que os significados dos papéis adquiridos nesta interacção se manipulam e se modificam mediante a um processo interactivo desenvolvido pelo indivíduo ao defrontar-se com as coisas que vai encontrar em seu caminho (Carvalho & *et al* 2010:153). Diferente do que a literatura evidencia, o processo de interacção entre o técnico de saúde e o paciente começa muito antes da consulta propriamente dita, através dos papéis esperados pelos técnicos de saúde e pelos pacientes.

## Referências bibliográficas

- Alvez, M. 2008. *Reflexões sobre atitude, comportamento e oftalmologia*. Brasil-São Paulo. Revista Brasileira de Oftalmologia, 8-57.
- Boni, V. Quaresma, S. 2005. Aprendendo a entrevistar. *Como fazer entrevista em ciências sociais*. 1 (3): 68-80.
- Carvalho, D. V. *et al.* 2010. Interacionismo simbólico: *origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social*. Brasil-Minas Gerais. Psicologia Ciência e profissão. 30 (1): 146-161.
- Coelho, Jr. & Figueiredo. 2004. Figuras da intersubjectividade na constituição subjectiva: *dimensões da alteridade*. Brasil-São Paulo. Interações V.9, n.17. 9-28.
- Duran, P. A. 1993. Interação social: o social, o cultural e o psicológico. Brasil-Campinas. *Temas em Psicologia*. 1 (3): 1-8.
- Granjo, P. 2009. *Saúde e doença em Moçambique*. Brasil-São Paulo. Saúde social 8 (4): 567-58.
- Jona-Massarongo, O. 2016. O Direito à Saúde como um direito humano em Moçambique. *Revista Cadernos Ibero Americanos de Direito Sanitário* 5 (1): 152-164.
- Lorite, G. S. 2004. “Relatório final de instrumento de ensino”. *Óptica e problema de visão*. Universidade estadual de campinas. São Paulo. Editora Interface. 2-12.
- Ladeira, W. T. 2007. Teoria e método de pesquisa qualitativa em sociologia Internacional. *Revista Ciências*: 43-56.
- Marconi, M.& Lakatos, E. 2007. *Técnicas de pesquisa*. 6° ed. São Paulo. Editora Atlas.
- Martins. S. E. 2010. *Os papéis sócias na formação do cenário social e da identidade*. Brasil-São Paulo. Kíneses. 2 (4): 40-52.
- Monte, F. Q. 2002. A ética na prática médica. *Bioética* 10 (2): 31-46.
- Nascimento Jr, P.&, Guimarães, T. 2003. A relação médico-paciente e seus aspectos psicodinâmicos. Rio de Janeiro. *Bioética* 1 (5): 101-114.

- Nóbrega, R. V. F. 2014. Educação, professoralidade e subjectividade: *singularidade das professoras do lyceu paraibano*. Brasil-Paraíba: João Pessoa, 21, 57-62
- Oliveira, F. 2002. Antropologia nos serviços de saúde: *integridade, cultura e comunicação*. São Paulo. Interface 6 (10): 63-74.
- Rocha, B. V. *et al.* 2011. Relação médico-paciente: História e humanização do curso da médica. Paraná. *Revista Médica* 13 (2) 114-118.
- Silva, L. C. 2012. Interacionismo simbólico: *historia, pressupostos e relação professor e aluno; suas implicações*. Brasil-Minas Gerais. Educação por escrito. 3 (2): 73- 84.