

# RALED

VOL. 19(1) 2019



ARTÍCULO

## **Saúde humanizada: questões de língua e discurso**

*Humanized Health:  
issues of language and discourse*

---

**IZABEL MAGALHÃES**

Universidade Federal de Goiás / Universidade de Brasília  
Brasil

**JÚLIA ARGENTA**

Universidade de Brasília  
Brasil

Recebido: 29 de novembro de 2018 | Aceito: 4 de abril de 2019

## RESUMEN

El proyecto “El Diálogo como Instrumento de Intervención de Profesionales de la Salud en la Relación con Pacientes” fue ejecutado en Unidades Básicas de Salud del Programa de Salud de la Familia en cinco municipios del Ceará, con profesionales de salud y pacientes. La metodología adoptada fue la etnografía discursiva, fundamentada por el Análisis de Discurso Crítico, principalmente por los trabajos de Fairclough (2001, 2003, 2010), Magalhães (2000, 2004, 2005, 2011) y Magalhães et al (2017). El objetivo de este artículo fue analizar problemas y soluciones en la interacción entre profesionales de salud y pacientes, en Crato y Salitre. Los resultados encontrados fueron: 1) hay un problema de comprensión de las recetas; 2) las prácticas humanizadas son casi inexistentes, perjudicando objetivos de HumanizaSUS; y 3) hay una preocupación de enfermeros/as en ofrecer una atención humana; 4) los discursos de la salud tienen una relación importante con las prácticas de salud.

**PALABRAS CLAVE:** *Salud y lenguaje, Estrategia de Salud de la Familia, HumanizaSUS, atención humanizada, Análisis de Discurso Crítico.*

## RESUMO

O projeto “O Diálogo como Instrumento de Intervenção de Profissionais da Saúde na Relação com Pacientes” foi executado em Unidades Básicas de Saúde do Programa de Saúde da Família em cinco municípios do Ceará, com profissionais de saúde e pacientes. A metodologia adotada foi a etnografia discursiva, fundamentada pela Análise de Discurso Crítica/ADC, principalmente pelos trabalhos de Fairclough (2001, 2003, 2010), Magalhães (2000, 2004, 2005, 2011) e Magalhães *et al* (2017). O objetivo deste artigo foi analisar problemas e soluções na interação entre profissionais de saúde e pacientes, apontados por ambos os grupos em oficinas, em Crato e Salitre. Os resultados encontrados foram: 1) há um problema de compreensão das receitas; 2) as práticas humanizadas são quase inexistentes, prejudicando objetivos do HumanizaSUS; e 3) há uma preocupação de enfermeiros/as em oferecer um atendimento humano; 4) os discursos da saúde apresentam uma importante relação com as práticas de saúde.

**PALAVRAS CHAVE:** *Saúde e linguagem, Estratégia de Saúde da Família, HumanizaSUS, atendimento humanizado, Análise de Discurso Crítica.*

## ABSTRACT

The research project “Dialogue as an Intervention Instrument of Health Workers in their Relationship with Patients” was carried out in Basic Health Units of the Family Health Program in five towns in Ceará, with healthcare workers and patients. The adopted methodology was ethnograph-

ic-discursive based on Critical Discourse Analysis/CDA, mainly on works by Fairclough (2001, 2003, 2010), Magalhães (2000, 2004, 2005, 2011) and Magalhães *et al* (2017). The aim of this paper was to analyze problems and solutions in the interaction between health professionals and patients, pointed out by both groups during workshops in Crato and Salitre. Some conclusions were: 1) there is a comprehension problem of prescriptions; 2) humanized practices are almost non-existent, putting into question many principles and values of HumanizaSUS; 3) there is concern by nurses to offer humanized care, even without infrastructure; 4) health discourses have an important relation to health practices.

**KEYWORDS:** *Health and language, Family Health Estrategy, HumanizaSUS, humanized care, Critical Discourse Analysis.*

## Introdução

A saúde pública no Brasil é um direito de todos/as, previsto na Constituição Federal, por meio do Sistema Único de Saúde/SUS, que foi criado em 1988, para substituir o INAMPS/INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). Em 1994, foi implantado um programa dentro do SUS, com o objetivo de ser a porta de entrada para o SUS fazer as primeiras e básicas intervenções de saúde na população: a Estratégia de Saúde da Família/ESF (Brasil 1997). A ESF realiza o atendimento primário de saúde, tendo como competências principais a promoção de saúde, a prevenção de doenças e de agravos e a realização de diagnósticos e tratamentos quando possível, ou de encaminhamento para atendimentos secundários ou terciários de saúde, em casos mais graves.

Apesar dos avanços do SUS, o poder público constatou a verticalização e a fragmentação do atendimento de saúde. Assim, para a descentralização da atenção e da gestão pública (Brasil 2004a), criou-se, em 2004, a Política Nacional de Humanização/PHN chamada HumanizaSUS. Humanização é traduzida como a inclusão das diferenças nos processos de gestão e cuidado, de forma coletiva e compartilhada (Brasil 2013). Mais que isso, o HumanizaSUS entende usuários/as e profissionais de saúde como participantes corresponsáveis por esses processos (Brasil 2004b). O objetivo central da política, indicado no documento norteador do HumanizaSUS é “ofertar atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais” (Brasil 2004a: 6). Para que isso ocorra, o HumanizaSUS preconiza uma interação entre profissionais de saúde e usuários/as, mediante uma práxis comprometida; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos no atendimento; e “atenção integral, equânime, com responsabilização e vínculo” no atendimento (Brasil 2004a: 9).

É nosso interesse destacar, neste artigo, a relevância da área de linguagem e saúde, que, de certa forma, está no cerne da interação, e de modo geral, da comunicação entre profissionais de saúde e pacientes. Defibaugh (2017) apresenta um estudo que ressalta o papel do “trabalho interacional” na “satisfação dos pacientes e nos resultados positivos para a saúde”. Trata-se de uma área transdisciplinar que propõe desenvolver “teorias integradas”, com “ligações precisas” entre linguagem e saúde (van Dijk 1995: 460).

A linguagem como discurso, na prática social da saúde, é um elemento que contribui para construir um vínculo entre profissionais e pacientes. Embora as pesquisas de Briggs e Hallin (2016) tenham sido realizadas nos Estados Unidos, elas podem ser consideradas relevantes para entender a complexidade da comunicação a respeito de problemas de saúde. Um exemplo é a comunicação sobre riscos. Conforme Briggs e Hallin (2016), os “Mandamentos Básicos da Comunicação de Riscos de Emergência” nos Estados Unidos incluem os seguintes pontos: a) “não exagere quando for tranquilizar as pessoas”; b) “reconheça incertezas”; c) “comunique que há um processo em curso para aprender mais”; d) “dê orientação antecipada (considerando possíveis efeitos negativos)”; e) “reconheça os temores das pessoas”; f) “expresse desejos: queríamos saber mais”; g) “faça atribuições às pessoas” (Briggs e Hallin 2016: 119). Portanto, retornando ao tema desta pesquisa, a construção de um vínculo na interação entre profissionais de saúde e pacientes depende, em grande parte, da capacidade de profissionais transmitirem confiança a pacientes.

A Análise de Discurso Crítica/ADC estuda a linguagem como discurso, como dimensão da prática social (Fairclough 2003, 2010). Para Fairclough (2003: 29)), a “dialética do discurso” nas

práticas sociais envolve três significados: acionais, que são discursos realizados em gêneros discursivos; identificacionais, que são discursos incorporados em estilos; e representacionais, que são ações e identidades representadas em discursos. Segundo Fairclough (2003), há uma relação dialética entre os significados e entre eles e outras dimensões do processo social, como as relações entre profissionais de saúde e pacientes.

Dessa forma, o discurso pode ser definido como a construção de significados de uma perspectiva específica, e inclui imaginários, “representações de como as coisas poderiam, ou deveriam ser” (Fairclough 2010: 266). Tais representações discursivas podem ser registradas nas práticas de saúde, pois profissionais e pacientes comentam sobre como poderia ser o atendimento nos postos de saúde. Contudo, há um olhar diferenciado na comunicação entre profissionais e pacientes que precisa ser considerado. Nesse sentido, uma boa comunicação vai depender da liderança de profissionais na construção de um sentimento de confiança, de tal forma que os pacientes sintam que os/as profissionais podem cometer erros, podem não saber tudo, mas, acima de qualquer coisa, só querem ajudar os pacientes a ter saúde. Esses aspectos contribuem para a caracterização de discursos e práticas de saúde.

A pesquisa de campo deste projeto, que teve apoio da Funcap/PPSUS/CNPq (Edital FUNCAP 03/2012 – PPSUS-REDE-MS/CNPq/FUNCAP/SESA), foi realizada nos anos de 2013 e 2014, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em cinco municípios do Ceará, com profissionais de saúde e pacientes. Os objetivos gerais do projeto foram: a) investigar o diálogo, as práticas discursivas e sociais na interação de profissionais de saúde com pacientes no contexto da ESF; e b) contribuir com uma reflexão sobre a práxis comprometida com o fortalecimento do vínculo terapêutico resolutivo e cidadão de pacientes do SUS. Neste artigo, adotaremos três categorias analíticas, cuja justificativa de escolha será explicada na seção destinada à Metodologia – intertextualidade, interdiscursividade e pressuposição – para analisar comentários dos/as participantes presentes nos áudios transcritos de oficinas e artefatos a respeito da letra dos médicos e da insatisfação no atendimento. Isso se justifica, pois, desde o início do projeto, foram percebidas algumas falhas na ESF e nas práticas de profissionais de saúde, além de constantes queixas por parte de usuários/as sobre a ESF e o atendimento recebido (Argenta e Magalhães 2015; Magalhães 2015; Pereira 2016).

Com base em questionamentos nossos acerca da eficácia, eficiência, aceitação, adaptação e aplicação do serviço humanizado de saúde, foram realizadas quatro oficinas em duas cidades do Ceará, com o objetivo de examinar as falas dos participantes das oficinas e perceber se elas denunciam, sustentam ou incorporam práticas sociais (não) alinhadas ao HumanizaSUS; de analisar como os/as participantes representam alguns aspectos da prática médica discursivamente; de investigar quais discursos são articulados, como são articulados e os efeitos disso; de estender a reflexão, por meio da análise de dados empíricos, para falar das descrenças e angústias, e, principalmente, das soluções apontadas tanto por profissionais como por pacientes participantes das oficinas; e, ainda, de contribuir para a transformação das relações de poder existentes nas práticas da ESF, grande objetivo do campo teórico-metodológico da Análise de Discurso Crítica (Resende 2012), por meio da desnaturalização de problemas frequentes na ESF.

O artigo está dividido em três seções, além da Introdução e das Considerações Finais. A próxima seção abordará os conceitos teóricos, e a seguinte, os procedimentos metodológicos. Na terceira seção, será apresentada a análise.

## 1. Pressupostos teóricos

Tendo em vista que este artigo adota a ADC como base teórica, principalmente os trabalhos de Fairclough (2003, 2010), Magalhães (2000), e Magalhães *et al* (2017), fazemos uso de três categorias analíticas propostas por Fairclough (2003), e já comentadas na Introdução: intertextualidade, pressuposição e interdiscursividade.

A intertextualidade relaciona-se, em princípio, ao significado acional do discurso (texto como forma de interação em eventos sociais, modos de agir) e significa a “propriedade que têm os textos de ser cheios de fragmentos de outros textos” (Fairclough 2001: 14), isto é, os textos contêm fragmentos de textos antigos e antecipações de textos futuros.

A pressuposição é a segunda categoria que será utilizada nas análises. Segundo Fairclough (2003: 155), pressuposições são “proposições que são tomadas pelo(a) produtor(a) do texto como já estabelecidas ou ‘dadas’”. As pressuposições são distinguidas em três: pressuposições existenciais, proposicionais ou avaliativas. As pressuposições existenciais são sobre o que existe; as proposicionais, sobre o que é, será ou pode ser; e as avaliativas, sobre o que é bom ou desejável.

A terceira categoria é a interdiscursividade, relacionada principalmente ao significado representacional do discurso (modo de representar aspectos do mundo), e significa, em linhas gerais, a articulação de diferentes discursos num mesmo texto. Por exemplo, entre o discurso biomédico, que se centraliza na autoridade e no conhecimento de profissionais da medicina, e o discurso de promoção da saúde e prevenção de doenças, que envolve uma equipe multidisciplinar. Essas articulações podem ser problemáticas ou harmônicas (Ramalho e Resende 2011). A seção seguinte discutirá os procedimentos metodológicos.

## 2. Metodologia

Esta pesquisa é etnográfico-discursiva e transdisciplinar. Segundo Magalhães *et al* (2017), a pesquisa etnográfico-discursiva significa que as práticas, os eventos sociais e os/as participantes serão analisados por meio de falas, textos, imagens e discursos.

Na área da Saúde Coletiva, está cada vez mais comum o uso de etnografia como método de pesquisa qualitativa (Nakamura 2011; Russo e Carrara 2015). Desse modo, justificamos o uso dessa metodologia também por ser apoiada na transdisciplinaridade, comum no campo da ADC, em que busca dialogar com estudos na área de Saúde Coletiva (Caprara e Rodrigues 2004; Franco *et al* 2005; Victora 2011; Stoddart 2012; Gomes *et al* 2012). A etnografia discursiva e a transdisciplinaridade foram escolhidas como aporte metodológico tendo em vista, principalmente, os objetivos da pesquisa maior, citados anteriormente, e a epistemologia adotada.

As categorias analíticas mencionadas anteriormente foram escolhidas indutivamente, ou seja, com base na leitura do *corpus*, como sugerido pela ADC. Além disso, elas foram articuladas com os objetivos do projeto macro e deste artigo, apresentados na Introdução, para as devidas exploração e análise dos dados.

Passamos a comentar sobre a aplicação e realização das oficinas, que tinham por objetivo promover, por parte dos participantes, reflexões e soluções para alguns problemas encontrados na ESF durante a realização da pesquisa.

As oficinas foram realizadas com profissionais de saúde e pacientes, em Crato e Salitre, cidades da macrorregião do Cariri, no estado do Ceará, no primeiro semestre de 2014. As oficinas com usuá-rios/as contaram com a participação de cinco usuá-rias e um usuá-rio, em Crato, e seis usuá-rias em Salitre. As oficinas com profissionais tiveram participação, em Crato, de seis profissionais de saúde (uma recepcionista, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem e uma agente comunitária de saúde) e cinco em Salitre (somente enfermeiras).

Para a execução das oficinas, foi entregue um roteiro impresso (veja Anexo) para cada participante, que, além das informações sobre o projeto, continha quatro trechos retirados de entrevistas realizadas em outras cidades pesquisadas e que possuíam problemas identificados nas cidades de execução das oficinas. Os dois primeiros trechos são a respeito da letra de médicos/as; o terceiro aborda o descaso com a saúde; e o último, a falta de assiduidade de médicos/as. A dinâmica para a realização das oficinas foi simples e consistiu basicamente de três etapas. Na primeira, as pesquisadoras se apresentaram e comentaram sobre o projeto, e, em seguida, leram cada trecho, dando pausas entre as leituras para comentários e depoimentos. Na segunda etapa, entregaram folhas em branco e canetas hidrocor para os/as participantes e pediram que eles/as, organizados/as em duplas ou trios, sugerissem soluções para os problemas comentados; esse momento era de livre produção. Por fim, na terceira etapa, os/as participantes expuseram e comentaram, para todo o grupo, o que sugeriram.

Desse modo, o *corpus* deste artigo é formado por trechos das transcrições dos áudios das oficinas e pelos artefatos produzidos pelos participantes no momento das oficinas. Neste artigo, documentos oficiais do Ministério da Saúde e relatos de observação participante (Angrosino 2009) foram utilizados para triangulação de dados (Flick 2009), o que auxiliou no enriquecimento das análises. Por artefatos, entendemos: instrumentos, tecnologias e objetos em uma determinada atividade (Gherardi 2012).

Cada transcrição recebeu uma codificação, que identifica o tipo de instrumento (entrevista, grupo focal ou oficina), a cidade de realização (Fortaleza, Pacatuba, Crato, Salitre ou Croatá) e o tipo de participante (usuá-rio/a, médico/a, enfermeiro/a, técnico/a de enfermagem, dentista, Agente Comunitário/a de Saúde) ou grupo de participantes (usuá-rios/as e profissionais de saúde).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, no processo de número 31634414.0.0000.5054; os nomes dos/as participantes são fictícios.

A próxima seção versará sobre as análises.

### 3. Análise e discussão

As análises estão agrupadas em queixas identificadas durante a leitura do *corpus*, seguidas de uma reflexão. As queixas abordam os seguintes pontos: a) letra dos médicos; e b) insatisfação do atendimento. Observa-se que a temática dos comentários segue a lógica do conteúdo presente no Anexo, com o roteiro das oficinas, que os/as pacientes foram induzidos a discutir. Assim, escolhemos trabalhar com essa metodologia por serem problemas recorrentes e por desejarmos saber o que seria adequado fazer como melhoria na visão dos/as agentes sociais da prática social da atenção básica de saúde do Ceará.

### 3.1. Letra de médicos/as

A letra de médicos/as é um problema recorrente relatado por usuários/as e profissionais de saúde do PSF. Sabe-se que os pacientes, em sua maioria, são pessoas de baixa renda e de pouca ou nenhuma escolaridade, ficando prejudicado, por vezes, o entendimento das receitas. Percebe-se que nem sempre há uma preocupação por parte de médicos/as em fazer-se entender (problema também encontrado na pesquisa feita por Caprara e Rodrigues(2004)), faltando sensibilidade em considerar características do público atendido. A seguir, um trecho que mostra isso:

Oficina\_Salitre\_ProSau: 08. Enf. Rita: A mais pura verdade, eu acho que isso tá muito associado à questão médica, eu digo assim como enfermeira [Enf. Liliane: É a nossa realidade, né] a gente já tem que escrever o mais legível possível, porque a gente mesmo tem dificuldade de entender as letra dos médico.<sup>1</sup>

A letra, às vezes, é tão ininteligível que chega a casos extremos, como comprar medicação errada ou ter de voltar para o médico ou médica ler a receita e dizer o que está escrito. Ou, pior ainda, nem mesmo ele/a entender. Observemos dois outros trechos:

Oficina\_Salitre\_ProSau: 10. Enf. Rita: Isso que a paciente falou a gente pedir pro médico dizer novamente e ninguém saber mais o que é [Enf. Liliane: é, com certeza] aí a pessoa volta (ininteligível) [Enf. Liliane: Pra uma reconsulta, né].

Oficina\_Crato\_Usu: 11. Helena: Eu vivi esse, de eu comprar o mesmo remédio pensando que era outro [...].

A alusão, presente no trecho a seguir, a uma lei que prevê punições para médicos/as que não prescrevem o receituário de forma clara e legível é feita por profissionais de Salitre, indicando uma intertextualidade com a lei Federal nº 5.991/73, que diz, em seu artigo 35, que somente será aviada a receita que estiver escrita de modo legível.

Oficina\_Salitre\_ProSau: 47. Enf. Morgana: Até porque eu acho que já saiu uma lei, né, obrigando os profissionais da saúde, né, a prescrever as receitas de forma legível pra que todos os-os pacientes entendam, né.

O item lexical “lei” traz uma relação entre os discursos da saúde e jurídico, pois um/a médico/a ao escrever de forma ilegível infringe a lei federal nº 5.991/73 e a portaria de nº 1.820/09, e também fere o Código de Ética Médica, que no capítulo III, artigo 11, veda ao médico ou médica “receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível”.

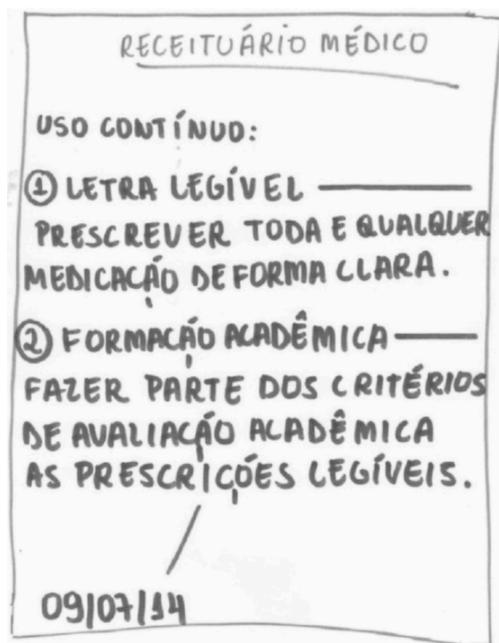
---

1 As convenções de transcrição de áudios adotadas no projeto são baseadas em Magalhães (2000) e Sarangi(2010): cada fala foi numerada. As palavras ou frases entre colchetes representam falas simultâneas, e palavras iguais entre hífens indicam repetição ligeira. As barras inclinadas indicam interrupções no fluxo da fala; reticências representam pausas; e o uso de caixa alta indica ênfase.

Uma das etapas das oficinas era a produção de artefatos com possíveis soluções para os problemas da ESF. As enfermeiras Rita e Morgana, em Salitre, prepararam uma receita, na qual elas prescrevem dois “medicamentos” necessários para todo/a médico/a (ver figura 1).

## FIGURA 1

Artefato produzido por profissionais de saúde durante oficina em Salitre.



Oficina\_Salitre\_ProSau: 45. Enf. Rita: [...] a gente também frisou essa parte, né, também que englo/ envolvendo também ele precisa a letra legível prescrever toda e qualquer medicação de uma forma clara tanto de forma clara como também a posologia podia deixar clara *o senhor vai tomar de tal forma, o senhor entendeu, questionar também se o paciente entendeu, porque não adianta nada ele só entregar [...]*.

A figura 1 apresenta um texto que, aparentemente, segue o gênero discursivo receita médica no uso dos vocábulos “receituário médico”, “uso contínuo” e “prescrições”. Além disso, os números 1 e 2 registram os medicamentos prescritos ao (à) paciente, que, nesse caso, é o(a) próprio(a) médico(a). De acordo com o texto, médicos e médicas precisam aprender a escrever a receita de forma legível (1) como parte de sua “formação acadêmica” (2). Portanto, o texto destaca, de forma lúdica, a necessidade de mudança da prática médica na perspectiva da humanização da saúde, pois os pacientes precisam entender as receitas que recebem dos profissionais. Em sua explicação, a enfermeira Rita refere-se à “letra legível” e à “posologia” ao dramatizar uma conversa com o paciente: “o senhor vai tomar de tal forma, o senhor entendeu”.

Fairclough (2003) distingue intertextualidade de pressuposição, dividindo esta em três subcategorias: existenciais (relacionadas ao que existe); proposicionais (relacionadas ao que é, pode ser ou será); e avaliativas (relacionadas ao que é bom ou desejável). Assim, as letras ilegíveis e a falta de formação acadêmica são pressuposições existenciais; pois, ainda que seja negação, há pressuposição. O fato de enfermeiras receitarem “remédios” significa que há uma “patologia” ou “anomalia” que

está prejudicando a relação social, daí a necessidade de “curar”. “Uso contínuo”, por outro lado, é uma pressuposição avaliativa, porque sempre escrever de forma legível é desejável, ideal.

Os gêneros discursivos implicam “processos particulares de produção, distribuição e consumo de textos” (Fairclough 2001: 161), e, também por isso, estão ligados à interdiscursividade, pois carregam consigo aspectos mais ou menos definidos e estabelecidos, que, por sua vez, podem intercruzar discursos. Por isso, o receituário produzido pelas enfermeiras conecta-se a outros receituários escritos por médicos/as e a outros gêneros discursivos, tais como a consulta e o prontuário. Apresenta a interdiscursividade com discursos da medicina hegemônica, com discursos populares e discursos contra-hegemônicos, pois a reivindicação por letras legíveis e por melhor formação acadêmica são discursos contra-hegemônicos em relação à profissão de prestígio de médicos/as. Assim, o discurso popular de que letra ilegível é letra de médico/a também é rearticulado.

A necessidade apontada pelas enfermeiras de se explicar a receita médica para os/as pacientes é uma falha antiga no atendimento médico, pois, Magalhães (2000), em sua pesquisa realizada de 1988 a 1991, chama atenção sobre esse problema encontrado em hospitais de Brasília-DF, e esclarece que houve, em 1987, a elaboração da Declaração Universal de Direitos Linguísticos, e que o atendimento médico deve incluir: ter o direito de fazer perguntas e de ser ouvido/a; receber um diagnóstico claro, além de esclarecimentos a respeito de jargões médicos, e informações julgadas pertinentes; linguagem clara; e tratamento respeitoso.

Para um atendimento humanizado, tendo em vista a Declaração Universal de Direitos Linguísticos, as características dominantes do público da ESF e o “medicamento” apontado pelas enfermeiras, seriam necessários, também, sensibilidade e interesse por parte dos/as profissionais. Perguntar se o/a paciente entendeu o que ele/a tomará, desenhar figuras para indicar os horários da medicação, o que é uma forma de intertextualidade; ou pedir que o/a paciente explique como ele/a tomará a medicação são formas de averiguar o nível de entendimento do/a usuário/a. Essa prática, escassa na área médica, é comum na enfermagem: foi constatada nas cidades de Pacatuba, Crato e Salitre, durante a realização de entrevistas, observações participantes, e nas oficinas aqui analisadas.

Caprara e Rodrigues (2004) esclarecem que, nos cursos tradicionais de medicina e enfermagem, os estudantes aprendem conteúdos e habilidades práticas (e técnicas) que levam a considerarem somente os aspectos físicos, ignorando características culturais, sociais e econômicas. Esse fato corrobora tanto o que foi explicitado anteriormente quanto à segunda “medicação” proposta no artefato, em que as enfermeiras fazem uma reflexão sobre a formação acadêmica de médicos/as, comparando-a com a formação delas, que é mais humanizada:

Oficina\_Salitre\_ProSau: 46. Enf. Rita: Aí o segundo a segunda prescrição seria na formação acadêmica desses profissionais médicos pra que é/ esses/ que faça parte do currículos deles, né, do critério de avaliação do profissional na academia prescrever medicações legíveis como é o nosso caso na enfermagem, quando a gente tá nos estágios o preceptor ele pega muito no pé pra fazer direitinho a receita na hora da transcrição, de colocar sempre como tomar o medicamento [...].

No trecho anterior, há uma interdiscursividade marcada pelos itens lexicais “formação acadêmica”, “currículos”, “academia”, “estágios” e “preceptor”, que trazem o discurso acadêmico de formação profissional para o discurso da saúde.

### 3.2. Insatisfação no atendimento

A insatisfação no atendimento identificada nas oficinas (e em outros momentos da pesquisa) é formada, principalmente, por três aspectos intimamente ligados: demora no atendimento, rapidez das consultas e falta de sensibilidade por parte de profissionais, em sua maioria médicos/as. Sabe-se que a superlotação nas UBS, as inúmeras e enormes filas para atendimento e a escassez de profissionais médicos, principalmente, fazem com que o atendimento se torne insatisfatório. Isso é corroborado por um trecho do depoimento dado por uma usuária de Crato:

Oficina\_Crato\_Usu: 70. Leila: [...] ur médico, o atendimento dele, ele fica assim como que a gente tá pedindo, a gente não tá pedindo, [...] entrei no consultório dele, (ininteligível) consultar lá no *zoológico*, *animal*, chega e não fala, só faz o que quer, [...] entrei no consultório dele, dei bom dia duas vezes, nem uma vez ele respondeu, fiquei olhando assim, eu digo, vou dar mais uma vez, que isso não é maneira de tratar um ser humano não, a gente é um ser humano, a gente não tá pedindo, a gente chega, é *pobre*, é, educação às vezes a gente tem [...] que médico é aquele, que num olha pra pessoa [...]

A Portaria de número 1.820/09, que dispõe sobre direitos e deveres de usuários/as de saúde, afirma em seu artigo 4º, parágrafo único:

É direito da pessoa, na rede de serviços de saúde, ter atendimento humanizado, acolhedor, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em virtude de idade, raça, cor, etnia, religião, orientação sexual, identidade de gênero, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, de anomalia, patologia ou deficiência. (Brasil, 2009: s/p)

Sendo assim, o médico que atendeu a usuária infringiu a lei e discriminou-a por ser “pobre”. Essa discriminação também fere a Declaração Universal de Direitos Linguísticos, citada anteriormente. Magalhães (2000: 67) afirma que os médicos “pouco se comunicam com os pacientes porque falta interesse pelo segmento da população de baixa renda [...]”. Além disso, os vocábulos “zoológico” e “animal” fazem parte de um mesmo campo semântico “não-humano”. Comparar o atendimento recebido com o tratamento dado a “não-humanos” implica dizer que o médico não considera os pacientes dignos de tratamento humano, indo de encontro ao HumanizaSUS (Brasil 2013), às leis apontadas e a qualquer documento norteador de prática de cuidados humanos.

No trecho a seguir, vemos o caso de Inês, que vai ao pronto-socorro à noite, pois está sentindo muita dor:

Oficina\_Crato\_Usu: 71. Inês: aí meu marido vem pro pronto-socorro, (ininteligível), doutor Assis [...] aí quando chegou lá o doutor Assis foi mim dizer as coisas (ininteligível) que eu voltasse (ininteligível) voltasse pro meu posto que lá num era lugar pra eu ficar, que eu esperasse quando viesse abrir o posto pra atender, eu pidi, doutor o senhor acha que eu numa situação dessa eu ia chegar uma hora bem (ininteligível) me atender dez horas, aí o senhor acha que eu ia ficar aqui porque eu gosto (ininteligível) lá de casa de noite, deixando meus filhos em casa [...], ele, já lhe DISSE, VOLTE PRO SEU POSTO que você não tem o fazer aqui não, aí fiquei com muita raiva (ininteligível) oração de São Francisco que tem lá [...] e ele passou um remédio com raiva, até que eu tenha muita fé (ininteligível) graças a deus, meu deus, que doutor Assis num tenho me consultado com ele [...].

A voz do doutor Assis está presente, representada por meio da intertextualidade, que, de acordo com Fairclough (2003: 51), “é uma questão de recontextualização”. Há nas vozes da paciente e do médico uma tensão, marcada pela negativa do médico em atender. O discurso direto (“já lhe DISSE, VOLTE PRO SEU POSTO, que você não tem o que fazer aqui não”) pressupõe que as palavras foram reportadas de acordo com o que foi dito, de forma enfática, não havendo nenhuma mudança de vocábulos (Ramalho e Resende 2011),e, dessa forma, criando um efeito dramático.

Assim, o médico estabelece uma relação assimétrica de poder quando dificulta atendimento emergencial e supõe que a paciente não está realmente precisando de tal atendimento. Além disso, os itens lexicais estabelecem um interdiscurso (veja quadro 1) com o discurso da saúde (“pronto-socorro”, “doutor Assis”, “posto”, “remédio”), o discurso da família (“meus filhos”, “meu marido”) e o discurso religioso (“oração de São Francisco”, “fé”, “graças a deus”, “meu deus”).

## QUADRO 1

Interdiscursividade presente na fala de Inês.

INTERDISCURSIVIDADE					
Discurso	Saúde	↔	Família	↔	Religioso
<b>Itens lexicais</b>	Pronto-socorro		Meus filhos		Oração de São Francisco
	Doutor Assis		Meu marido		Fé
	Posto				Graças a deus
	Remédio				Meu deus

Sobre o atendimento pediátrico, as queixas das mães chamaram atenção, sugerindo o descaso dos médicos. Nos próximos trechos, vê-se que as crianças não chegam a ser examinadas:

Oficina\_Crato\_Usu: 70. Leila: [...] o médico chega, ele senta na cadeira e fica calado, bom dia, ele tá lá, nem levanta a cabeça, nem olha, que é, aí escreve, desse jeí/ e ele num olhou (ininteligível) num olhou nada, num perguntou nada, disse que tava com a garganta inflamada [...] ele NÃO OLHOU, passou a medicação, e se a medicação não fosse a medicação certa, ele num olhou se tava irritada, ele num olhou se tava com pus, meu minino tava com febre com garganta inflamada (ininteligível) pus na garganta, ele não olhou, ele nem olhou o problema, foi só escrever lá [...].

Oficina\_Salitre\_Usu: 13. Aryadna: É, realmente, porque assim, muitas vezes que nem eu mesmo já fui lá com o meu filho, né, muitas vezes eu levei/ tipo o médico apenas ele olha pra criança *ele nem examina a criança*, ele apenas olha, você fala o sintoma que seu filho tá sentindo, pronto, ali ele já prescreve o remédio sem tipo, né, examinar a criança pra ver realmente se é aquele remédio/

No estudo, observa-se que os médicos não se preocupam em se dirigir às crianças, fato que Magalhães (2000) também encontrou em sua pesquisa, nem a examiná-las. Aryadna aponta o que é bom, com uma pressuposição valorativa, pois, para ela, examinar é bom e necessário, ao passo que não examinar não o é. Essa prática pode comprometer o diagnóstico e o tratamento, como questionado por Leila.

### 3.3 A práxis comprometida

Profissionais de enfermagem demonstram preocupação com o bom atendimento na ESF. São os/as enfermeiros/as que fazem a busca ativa (identificação de motivos para a ausência constante de determinado/a usuário/a na UBS, bem como a intervenção deliberada quanto aos costumes dos/as usuários/as que não favorecem os cuidados com a saúde), que planejam as visitas domiciliares, que promovem debates, que escutam os/as pacientes (nesses casos, há a mescla de papéis: ser enfermeiro/a, amigo/a, psicólogo/a, ouvinte), que cobram produtividade, que fazem, em termos gerais, as UBS funcionarem. Nos relatos que se seguem, a enfermeira desabafa sobre a falta de compromisso de médicos/as e que são cobradas pelas faltas deles/as:

Oficina\_Salitre\_ProSau: 28. Enf. Morgana: Na verdade eu acho que eles num tem é compromisso mesmo, eles-eles se comprometem muito com a parte secundária e tá no hospital, mas com o PSF são poucos os que tem compromisso de horário, a nossa realidade aqui, acaba sobrecarregando a gente e fazendo a nossa função e a função deles [Enf. Rita: e ainda tem a parte burocrática] a parte burocrática.

29. Enf. Rita: Eu sempre dizia, doutor, não falte, porque depois vai vim/ não vão reclamar com o senhor só vão reclamar comigo, doutor, não falte.

Durante a pesquisa, constatou-se um forte comprometimento dos/as enfermeiros/as, em oposição a uma resistência forte por parte de médicos/as em participar e colaborar com o projeto, o que corrobora com a fala da enfermeira. Alguns/mas médicos/as colaboraram com entrevistas, porém não permitiram que consultas fossem observadas. No caso dos grupos focais que foram realizados em todas as cinco cidades, nenhum/a médico/a brasileiro/a participou, mesmo com nossos vários pedidos; o único médico que participou foi um médico cubano que trabalha na cidade de Salitre. Já as oficinas não contaram com a participação de nenhum/a médico/a, o que, de certa forma, pode ser interpretado como desinteresse.

As enfermeiras participantes da oficina em Salitre explicam o que para elas é humanização do atendimento, e enfatizam que humanização é diálogo, sensibilidade e informação:

Oficina\_Salitre\_ProSau: 56. Enf. Luana: Esse atendimento humanizado... eu acredito que já começa no acolhimento, ter um bom acolhimento, uma recepção de informar aos pacientes [...] de informar pra onde ele ir [...] porque isso eu acho um atendimento humanizado você receber o paciente e ouvir ele, já começa por aí, porque tem muito local que nem escuta o paciente, tá nem aí, deixa ele lá falando sozinho perguntando pra outras pessoas se tem médico [...]

82. Enf. Luana: Falta comunicação, falta sensibilidade [sensibilidade], a humanização não existe, por mais que você tente [...] fazer com que as os profissionais vejam, sejam mais sensível diante do paciente é muito difícil.  
[...]

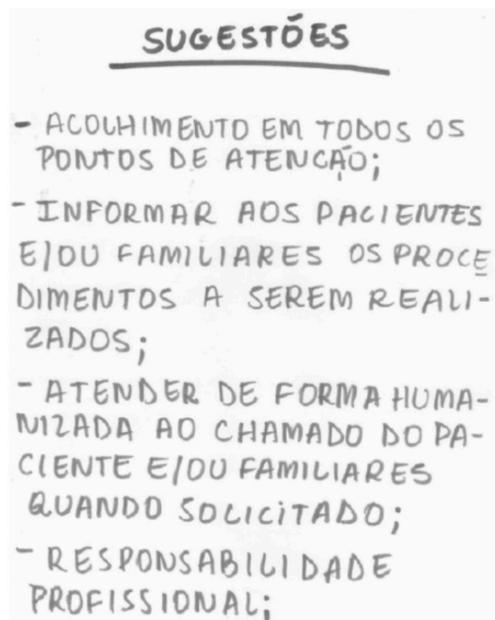
87. Enf. Luana: [...] eu acho que deveria tá sempre se capacitando, tá sempre fazendo curso de renovação, sempre tentando buscar o melhor [...] ver os outro ser humano que tá ali, os paciente como um todo, não só uma doença que vou dá esse remédio e pronto como um objeto, a maioria dos pacientes são vistas como objeto... a verdade é essa, é olhar o paciente como um todo/

Essas considerações feitas por enfermeiras em Salitre vão ao encontro do que Stoddart (2012) encontrou em sua pesquisa sobre a relação entre enfermeiros/as e pacientes. Essa pesquisadora chegou à conclusão que, para os/as usuários/as de saúde, era importante que eles sentissem que havia abertura para eles/as se expressarem sem pressão e de forma confortável, fator que está intimamente ligado à preservação da integridade humana dos/as usuários/as e às formas de bem atender para que usuários/as se sintam aceitos/as. Também podemos dizer que, na fala da enfermeira Luana, há uma intertextualidade com os documentos do HumanizaSUS (Brasil 2004a, 2004b, 2013), que preconizam a necessidade de cooperação, de construção coletiva e compartilhada das ações de saúde. A construção coletiva opõe-se pela interdiscursividade ao discurso biomédico, que se baseia unicamente na autoridade do saber médico.

Na figura 2, trazemos um texto produzido por enfermeiras de Salitre, seguida do quadro 2, em que consta a intertextualidade nele presente:

## FIGURA 2

Texto produzido por profissionais de saúde em Salitre.



## QUADRO 2

Intertextualidade presente no texto da figura 2.

Sugestões apresentadas na figura 2	Intertextualidade
Acolher em todos os pontos de atenção	HumanizaSUS; Sistema Único de Saúde; Programa de Saúde da Família; portaria nº 1.820/09; lei nº 8.080/90
Informar aos pacientes e/ou familiares os procedimentos a serem realizados	Portaria nº 1.820/09; lei nº 8.080/90
Atender de forma humanizada ao chamado do/a paciente e/ou familiares quando solicitado	HumanizaSUS
Ter responsabilidade profissional	Código de Ética Médica; Código de Ética da Enfermagem

O texto da figura 2 traz uma intertextualidade com diversos textos, como apresentado no quadro 2. As sugestões relacionam-se com documentos oficiais do governo federal, tais como o HumanizaSUS (Brasil 2004a, 2004b, 2013), o Sistema Único de Saúde e o Programa de Saúde da Família (Brasil 1997); leis e portarias federais, como as de números 8.080/90 e 1.820/09 respectivamente; e códigos de ética de médicos/as e enfermeiros/as. Esses documentos, portanto, apresentam parâmetros para a conduta de profissionais de saúde na relação com pacientes.

Cabe discorrer sobre o sofrimento social (Victora 2011) avultado pela não efetivação de práticas condizentes com a Política Nacional de Humanização/HumanizaSUS e por falhas nas práticas de saúde em geral. Como indica Victora (2011), sofrimento social é resultado do poder exercido por instituições, pela sociedade e pela política sobre as pessoas. Sofrimento social não é relacionado a um indivíduo, nem a dores físicas; é um sofrimento coletivo.

Desse modo, as práticas observadas, que são focos de queixas de pacientes, que já sofrem dores físicas ao procurarem o serviço de saúde; que, em sua maioria, são de baixa renda e vivem em situações precárias, retroalimentam a problemática de limitação de cidadania, à qual esses usuários estão sujeitos, do mesmo modo que constroem formas institucionalizadas de violência. Isso se justifica pela saúde ser um direito básico constitucional dos cidadãos, garantido pelas instituições públicas e, quando negado e/ou prejudicado, torna-se uma forma de violência institucional.

## Considerações finais

Este foi um estudo de quatro oficinas com profissionais de saúde e pacientes em duas cidades do Ceará que tiveram como objetivo analisar as falas dos participantes para perceber se elas denunciavam ou incorporavam práticas sociais (não) ligadas ao HumanizaSUS, além de problemas e soluções apontados por profissionais e pacientes. Entendendo que o conhecimento da saúde “está sujeito ao julgamento e à avaliação da sociedade”, conforme Ordóñez-López e Edo-Marzá (2016: 1), destacaremos algumas conclusões a seguir.

Primeiro, a escrita das receitas é considerada por profissionais e pacientes como hermética e indecifrável. Nesse caso, a escrita é uma forma simbólica de se entender o descaso no atendimento a pacientes. Como proposta de solução, dois grupos de profissionais sugeriram que a informatização do sistema resolveria esse problema.

Segundo, a insatisfação no atendimento é indicativa de que o HumanizaSUS, apesar de seus diversos documentos publicados, ainda é idealizado. A práxis comprometida, a proatividade de usuários/as, o diálogo e a construção coletiva e compartilhada nas decisões encontram barreiras institucionais e sociais.

Terceiro, os dados sugerem que enfermeiros/as, mesmo com seu acúmulo de funções e sobrecarga de atividades, são, dentre profissionais de saúde, o grupo mais preocupado em realizar atendimentos humanizados.

Quarto, os discursos da saúde apresentam relações importantes com as práticas de saúde, por exemplo, em relação às assimetrias de poder, o que indica a relevância da ADC para a continuidade deste estudo em futuros trabalhos.

Por fim, esperamos que as análises aqui apresentadas provoquem reflexões em profissionais de saúde sobre o desenvolvimento de atendimentos humanizados e que contribuam para uma mudança na prática social, diminuindo as relações assimétricas de poder.

## Referências bibliográficas

- ANGROSINO, M. 2009. *Etnografia e observação participante*. Tradução de J. Fonseca. Porto Alegre: Artmed.
- ARGENTA, J. S. e MAGALHÃES, I. 2016. O status quo de profissionais médicos/as no contexto do Programa de Saúde da Família no estado do Ceará. Em I Encontro Nacional Discurso, Identidade e Subjetividade (ENDIS), *Anais*, Teresina, Brasil.
- BRASIL. 1997. *Saúde da Família. uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2004a. *HumanizaSUS. Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. 2004b. *HumanizaSUS. a clínica ampliada*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL. PORTARIA Nº 1.820, DE 13 DE AGOSTO DE 2009. 2009. [Disponível na internet em [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820\\_13\\_08\\_2009.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html)]. *Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde*. [Consulta: 22 de novembro de 2018].
- BRASIL. 2013. *Política Nacional de Humanização PNH*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRIGGS, C. L. e HALLIN, D. C. 2016. *Making health public: how news coverage is remaking media, medicine, and contemporary life*. Abingdon: Routledge.
- CAPRARA, A. e RODRIGUES, J. 2004. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(1): 149-46.
- DEFIBAUGH, S. 2017. Small talk as worktalk: enacting the patient-centered approach in nurse-practitioner-patient visits. *Communication & Medicine*, 14(2): 97-107.
- FAIRCLOUGH, N. 2001. *Discurso e mudança social*. Coordenação, tradução, revisão e prefácio à edição brasileira de I. Magalhães. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- FAIRCLOUGH, N. 2003. *Analysing discourse. Textual analysis for social research*. Abingdon: Routledge.
- FAIRCLOUGH, N. 2010. *Critical discourse analysis. The critical study of language*. 2ª ed. Londres/Nova York: Longman/Pearson.
- FLICK, U. 2009. *Qualidade na pesquisa qualitativa*. Tradução de R. B. Costa. Porto Alegre: Artmed.
- FRANCO, A. L. S. *et al.* 2005. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(1): 246-255.
- GHERARDI, S. 2012. *How to conduct a practice-based study. Problems and methods*. Cheltenham/Northampton: Edward Elgar.
- GOMES, A. M. A. *et al.* 2012. Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 22(3): 1101-1119.
- MAGALHÃES, I. 2000. *Eu e Tu: a constituição do sujeito no discurso médico*. Brasília: Thesaurus.

MAGALHÃES, I. 2015. Recontextualizações no discurso da Estratégia de Saúde da Família. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, 16(2): 176-197.

MAGALHÃES, I. et al. 2017. *Análise de discurso crítica: um método de pesquisa qualitativa*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.

NAKAMURA, E. 2011. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. *Saúde e Sociedade*, 20(1): 95-103.

ORDÓÑEZ-LÓPEZ, P. e EDO-MARZÁ, N. 2016. Medical discourse: building bridges between medicine and society. Em P. Ordóñez-López e N. Edo-Marzá. (eds.). *Discourse in professional academic and popular settings*, pp. 1-8. Bistol: Multilingual Matters.

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

RAMALHO, V. e RESENDE, V. M. 2011. *Análise de discurso (para a) crítica: o texto como material de pesquisa*. Campinas, SP: Pontes Editores.

RESENDE, V. M. 2012. Análise de discurso crítica como interdisciplina para a pesquisa social: uma introdução. Em I. F. Melo (ed.). *Introdução aos estudos críticos do discurso: teoria e prática*, pp. 99-112. Campinas: Pontes.

RUSO, J. A. e CARRARA, S. L. 2015. Sobre as ciências sociais na Saúde Coletiva – com especial referência à Antropologia. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(2): 467-484.

SARANGI, S. 2010. Reconfiguring self/identity/status/role: the case of professional role performance in healthcare encounters. *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*, 7(1): 75–95.

STODDART, K. M. 2012. Social meanings and understandings in patient-nurse interaction in the community practice setting: a grounded theory study. *BMC Nursing*, 11(1): 1-10.

VICTORA, C. 2011. Social suffering and the embodiment of the world: contributions from anthropology. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde*, 5(4): 3-13.

VAN DIJK, T. 1995. Interdisciplinarity. *Discourse&Society*, 6(4): 459-460.

**IZABEL MAGALHÃES** possui Mestrado (1975-1976), Doutorado (1981-1985) e Pós-doutorado (1993-1994) pela Universidade de Lancaster, Reino Unido. Seu trabalho desenvolvido na Universidade de Brasília tem sido principalmente nas áreas do discurso e do letramento como prática social. De 2008 a 2017 foi Professora Visitante na Universidade Federal do Ceará. Já orientou uma série de teses de Doutorado e dissertações de Mestrado. Possui diversos livros publicados. Atualmente, está editando um número especial do *International Journal of the Sociology of Language*, com Marilyn Martin-Jones e Mike Baynham, que será publicado em 2019.

E-mail: mizabel@uol.com.br

**JÚLIA ARGENTA** é graduada com certificação Magna Cum Laude, pelo excelente desempenho acadêmico, em Letras Português e Inglês e respectivas literaturas pela Universidade Federal do Ceará (2011-2016). É Mestra em linguística pela Universidade de Brasília (2017-2018). Sua área de atuação é o discurso, com especial atenção à atenção básica de saúde, sobre a qual desenvolveu sua dissertação de Mestrado. Atualmente é professora de inglês.

E-mail: julia.argenta@gmail.com

## Anexo: Roteiro de Oficinas

### Letra nas receitas:

*“[...] muitos profissionais eles prescrevem com uma letra que nem mesmo ele entende, se ele for ler novamente nem ele próprio entende, imagine um idoso que não tem uma visão boa, né, que não sabe ler geralmente quem frequenta uma unidade pública de saúde são pessoas que tem menos escolaridade, né porque já tem uma dificuldade maior pra ler aí vem uma letra que não é legível”*

*“Ai, muito confusa. [...] eles deveriam escrever mais com letras mais legíveis, porque se de repente você pega uma-uma receita e você vai pra farmácia compra uma medicação e essa medicação é errada por conta do profissional da farmácia num entender é muito arriscado, né, é o que aconteceu comigo nesse caso da cirurgia que não foi realizado por conta de uma medicação errada, porque o médico pra prescreveu oooo-aaa algum tipo de colírio e lá eu achei que o profissional da farmácia como não tinha enfermeiro que o certo é ter uma-uma pessoa responsável, né, um enfermeiro, e ele não tinha, não estava na hora e um-um funcionário qualquer mee-me passou um-um-um-uma medicação que afetou mais o problema, né, porque ele não entendeu, ele entendeu que dizê que a letra estava pra ele era um era um nome de uma medicação que na realidade ele entendeu outra, e aí eu usei como confiando no que o profissional, que o rapaz da-da farmácia me vendeu e foi aonde que me afetou mais o problema, né... mas eu acho que os médicos deveriam, sabe, colocar assim letra de forma, porque as vez tem tantas pessoas analfabeta que num sabe lê direito, num se pode lê em casa, as vez até a medicação que você tem pode aproveitar, sei lá, eles escreve muito complicado, acho que devia ser mais legível, num acha, ou então assim, coloca ali na-na-na no computador, digita lá eee dá tudo tudo bunitinho pra num tê problema [...]”*

### **Descaso com o paciente**

*“[...] eu vejo muito descaso no caso da saúde, os profissionais também (ininteligível) num dá um atendimento adequados, né, então não vejo essas coisa muito, eu vejo um problema também que aconteceu com meu marido, ele doente e foi um descaso, meu marido ficou internado lá nesse hospital, passou vinte dias, assim, sabe, sem um atendimento médico, os profissionais da saúde não atendiam de acordo com o que era necessidade dele, e ele era considerado paciente grave, mas pra eles AINDA não era grave, tanto que meu marido faleceu assim, sabe [...]”*

### **Profissionais faltosos**

*“[...] bem que eu já tive muita das vezes éé me revoltado mas pelo por falta de médicos que não comparecem nos seus horários certo, né, que são faltosos que que não cumpre os seus seus horários [...]”*