

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS**

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: DISCURSO E AÇÃO NO
CONTEXTO DA CONTEMPORANEIDADE**

JOSEMAR JOSÉ BARBOSA

RECIFE

2012

JOSEMAR JOSÉ BARBOSA

**ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: DISCURSO E AÇÃO NO
CONTEXTO DA CONTEMPORANEIDADE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras, da Universidade Federal de Pernambuco, em cumprimento às exigências para obtenção do grau de Doutor em Linguística.

Área de concentração: Linguística

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Kazue Saito Monteiro de Barros

RECIFE

2012

Catálogo na fonte
Bibliotecária Gláucia Cândida da Silva, CRB4-1662

B238a	<p>Barbosa, Josemar José. Assistência humanizada: discurso e ação no contexto da contemporaneidade / Josemar José Barbosa. – Recife: O autor, 2012. 176 f. : il.</p> <p>Orientador: Kazue Saito Monteiro de Barros. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco, CAC. Letras, 2012. Inclui bibliografia e anexos.</p> <p>1. Linguística. 2. Interação Social. 3. Humanização dos serviços de saúde. 4. Linguagem e línguas. 5. O contemporâneo I. Barros, Kazue Saito Monteiro de (Orientador). II. Título.</p> <p>410 CDD (22.ed.) UFPE (CAC2012-46)</p>
-------	---

JOSEMAR JOSÉ BARBOSA

ASSISTÊNCIA HUMANIZADA: Discurso e Ação No Contexto da Contemporaneidade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Pernambuco como requisito para a obtenção do Grau de Doutor em Linguística em 12/9/2011

TESE APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr^a. Kazuê Saito Monteiro de Barros
Orientadora – LETRAS – UFPE

Prof^a. Dr^a. Nelly Medeiros de Carvalho
LETRAS – UFPE

Prof^a. Dr^a. Maria Virgínia Leal
LETRAS – UFPE

Prof. Dr. João Gomes da Silva Neto
LETRAS – UFRN

Prof^a. Dr^a. Rosane Maria Alencar da Silva
CIÊNCIAS SOCIAIS - UFPE

Recife – PE
2011

Este trabalho é dedicado aos meus pais, pela valiosa contribuição afetiva e moral; a todos meus professores, desde a primeira, por quem tenho grande afeição, até os mais recentes professores-colegas de trabalho, e aos amigos pela presença constante.

AGRADECIMENTOS

Foram muitas as pessoas que participaram e colaboraram, direta ou indiretamente, com a realização deste trabalho. Faço aqui meus agradecimentos a todos.

Aos meus pais, pelo amor gratuito e dedicação incondicional.

À professora Dra. Kazue Saito Monteiro de Barros pela liberdade intelectual, que me foi oferecida, e pelo apoio seguro e terno.

À Ana Carolina, pela imprescindível contribuição para a execução deste trabalho.

À professora Dra. Abuêndia Padilha Peixoto Pinto, pela presença marcante no início de minha vida acadêmica.

Aos demais professores do curso de Letras.

Aos funcionários da secretaria do PPG-Letras, pela atenção e generosidade em atender-nos em nossas necessidades.

À amiga, missionária da educação, Jane G. Waters (*in memoriam*), pelas instigantes aulas-debates com que me presenteou, nos últimos anos em que estive no Brasil.

Aos professores do IFPE *campus* Recife, companheiros do magistério, pela ajuda nos momentos difíceis.

Aos amigos sempre atuais, companheiros de caminhada, remanescentes da graduação: Joelma, Lúcia Santos, Marcelo, Maria Lúcia e Ronaldo.

Aos amigos e às amigas: Evânio, Kátia, Mere, Márcia, Marccone, Rodrigo, Sílvia, Suely e Vivi pela paciência e compreensão por minhas ausências.

Eros e Psique

*Conta a lenda que dormia
Uma Princesa encantada
A quem só despertaria
Um Infante, que viria
De além do muro da estrada.*

*Ele tinha que, tentado,
Vencer o mal e o bem,
Antes que, já libertado,
Deixasse o caminho errado
Por o que à Princesa vem.*

*A Princesa Adormecida,
Se espera, dormindo espera,
Sonha em morte a sua vida,
E orna-lhe a fronte esquecida,
Verde, uma grinalda de hera.*

*Longe o Infante, esforçado,
Sem saber que intuito tem,
Rompe o caminho fadado,
Ele dela é ignorado,
Ela para ele é ninguém.*

*Mas cada um cumpre o Destino
Ela dormindo encantada,
Ele buscando-a sem tino
Pelo processo divino
Que faz existir a estrada.*

*E, se bem que seja obscuro
Tudo pela estrada fora,
E falso, ele vem seguro,
E vencendo estrada e muro,
Chega onde em sono ela mora,*

*E, inda tonto do que houvera,
À cabeça, em maresia,
Ergue a mão, e encontra hera,
**E vê que ele mesmo era
A Princesa que dormia.***

(Fernando Pessoa – Cancioneiro – Grifo
nosso)

“Eu é um outro” (Arthur Rimbaud – A carta do Vidente)

RESUMO

As discussões recentes sobre humanização na assistência à saúde têm aparecido com bastante frequência na agenda social. Essas discussões nascem das reivindicações dos cidadãos por seus direitos, que convocam os gestores a elaborar projetos que viabilizem uma melhor qualificação nos serviços prestados. Movido por esta preocupação, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), ampliando-o em 2004 e em 2006 com a publicação do Documento Base do HumanizaSUS, que é parte integrante do Programa Nacional de Humanização. A temática da humanização ocorre numa época em que a crise nas instituições é evidenciada a todo instante e os valores tradicionais defendidos com afinco tornaram-se obsoletos, não servindo mais como respostas para as questões hodiernas. O humano que se transhumaniza e as verdades científicas passam a ter prazo de validade cada vez menor. É neste contexto da Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001, 2011), que este trabalho se insere. Partindo de uma abordagem linguístico-discursiva, o estudo tem como objetivo principal demonstrar que, apesar do agravamento das contradições no mundo contemporâneo, da maquinização do homem e do esfacelamento das instituições, é possível estabelecer relações humanizadoras no *cuidado de si e cuidado com o outro*. Embora a expressão “humanizar o humano” a uma primeira vista pareça paradoxal, entende-se aqui que, sendo a humanização um longo processo histórico e social, ele se dá predominantemente na e pela linguagem. Tendo a linguagem essa importância, necessita-se então repensá-la e reelaborá-la, de modo que seja ela a grande política de ação. Propõe-se então, numa perspectiva multidisciplinar, a partir do conceito de mundo sócio-subjetivo (BRONCKART, 1999), de *footing* (GOFFMAN, 2002) e de dialogismo (BAKHTIN, 2000, 2004) apresentar contribuições da Linguística para o debate sobre o tema da Assistência Hospitalar Humanizada.

Palavras-chave: Interação social. Humanização dos serviços de saúde. O contemporâneo.

ABSTRACT

Recent discussions on humanization in health care have appeared quite frequently on the social agenda. These discussions are born from the demands of citizens for their rights, which calls on managers to develop projects that allow a better qualification of the services provided. The Ministry of Health, interested in these issues, launched in 2000 the Program for Humanization of Hospital Care (PNHAH), expanding it in 2004 and 2006 with the publication of the Base Document HumanizaSUS, which is part of the National Program for Humanization. This theme of the humanization occurs at a time when crisis in the institutions are frequently shown and traditional values become obsolete, what means that they do not answer current questions. The human being is being transhumanized and scientific truths are replaced expiration date dwindling. Taking in to consideration this context, Liquid Modernity (BAUMAN, 2001, 2011), that this research was developed. From an discursive linguistic approach, this research aims at demonstrating that, despite the contradictions in the contemporary world, the mechanization of man and the disintegration of institutions, relations can be established in *humanizing care of themselves* and *care for others*. Although the term "to humanize human being" at a first glance seems paradoxical, it is understood here that, humanizing is a long historical and social process, it occurs predominantly in and through language. Having language this high importance, it needs to rethink it and then reworks, because it the major policy action. It is proposed then a multidisciplinary approach, from the concept of socio-subjective world (BRONCKART, 1999) footing (GOFFMAN, 2002) and dialogism (BAKHTIN, 2000, 2004) in order to present contributions of linguistics to the Humanized Hospital Care issue.

Keywords: Social interaction. Humanization in health care services. Contemporary.

RESUMEN

Los recientes debates sobre la humanización en la atención de la salud han aparecido con frecuencia en la agenda social. Estas discusiones nacen de las demandas de los ciudadanos de sus derechos, que pide a los gerentes a desarrollar proyectos que permitan una mejor calificación de los servicios prestados. Impulsado por esta preocupación, el Ministerio de Salud lanzó en 2000 el Programa de Humanización de la Atención Hospitalaria (PNHAH), la expansión en 2004 y 2006 con la publicación de la HumanizaSUS Documento Base, que forma parte del Programa Nacional de Humanización. El tema de la humanización se produce en un momento en que la crisis en las instituciones es evidente en todo momento y defendió los valores tradicionales duro, se vuelven obsoletos, ya no sirven como respuestas a los problemas actuales. El ser humano transhumaniza y que las verdades científicas son reemplazados fecha de vencimiento cada vez menor. En este contexto, la modernidad líquida (BAUMAN, 2001, 2011), que forma parte de este trabajo. Desde una perspectiva lingüística discursiva, el objetivo principal del estudio es demostrar que, a pesar de la agravación de las contradicciones en el mundo contemporáneo, la mecanización del hombre y de la desintegración de las instituciones, las relaciones se pueden establecer en la humanización del cuidado de sí mismos y cuidar de los demás. Aunque el término "humanizar humano" a primera vista parece paradójico, se entiende aquí que, con la humanización de un largo proceso histórico y social, que se presenta predominantemente en ya través del lenguaje. Tener el lenguaje de esta importancia, hay que repensarlo y luego vuelve a trabajar de tal manera que es la acción de política. Se propone entonces un enfoque multidisciplinario, desde el concepto de mundo sociosubjetivo (BRONCKART, 1999), de pie (GOFFMAN, 2002) y el dialogismo (BAKHTIN, 2000, 2004) las contribuciones actuales de la lingüística en el debate sobre el tema de Atención Hospitalaria humanizado.

Palabras clave: Interacción social. humanización en la atención de la salud. Contemporáneo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Diferenças entre a Modernidade Sólida e a Modernidade Líquida	70
Quadro 2	Tempo disponibilizado para cada consulta	81
Quadro 3	Diferenças de paradigmas na medicina	99

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	A PERSPECTIVA COMUNICACIONAL DA PESQUISA	17
2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
2.1	Objetivo principal	24
2.1.1	Objetivos específicos	25
2.2	Composição dos dados	25
2.2.1	Coleta e tratamento dos dados	27
3	MINISTÉRIO DA SAÚDE: UMA PROPOSTA HUMANIZADORA PARA A ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	30
3.1	Os objetivos do PNHAH	35
4	CIÊNCIA, INTERSUBJETIVIDADE E HUMANIZAÇÃO: INTERFACES	38
4.1	Das incertezas da ciência (de hoje?)	39
4.2	Humano, humanização e transhumanismo: o discurso oficial e suas bases conceituais	46
5	A RELAÇÃO PACIENTE-MÉDICO E A ALTERIDADE CONSTITUTIVA: UMA VIA DE ACESSO AO OUTRO	53
5.1	O método sociológico	54
5.2	O Sujeito: o espaço de encontro do <i>eu</i> com o <i>outro</i>	58
5.3	Médico e paciente: o desejo da cura na alteridade	63
6	A INDUSTRIALIZAÇÃO DA MEDICINA E A MEDICALIZAÇÃO DOS AFETOS NA CONTEMPORANEIDADE	66
6.1	A Modernidade Líquida e a nova ordem mundial	69
6.2	A interação usuário/médico no contexto da nova ordem mundial	75
6.2.1	O paciente e a solicitação de medicamentos	76
6.2.2	O médico e a prescrição de medicamentos	83
6.2.3	Insubordinação/recusa (por parte do usuário) em atender às ordens médicas	86
6.3	Nova ordem mundial e humanização da assistência hospitalar: uma associação possível?	91
7	AS ESCOLHAS LEXICAIS DO PROJETO HUMANIZASUS E O NOVO PARADIGMA EM MEDICINA	93

7.1	As escolhas verbais e suas implicações	93
7.1.1	Cliente, paciente ou usuário?	95
7.2	Novos paradigmas em medicina	99
8	A CONSULTA MÉDICA: HUMANIZAÇÃO E ALTERIDADE	104
8.1	A interação paciente-médico e as motivações para as escolhas Linguísticas	104
8.2	Humanização e alteridade	112
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	114
	REFERÊNCIAS	119
	ANEXOS	126

INTRODUÇÃO

As discussões sobre a humanização nas relações interpessoais têm se tornado foco de interesse, especialmente, na última década. O tema é abordado em diferentes ambientes, na empresa, na escola (PIVATTO, 2007), na família e, até mesmo, nas questões sobre lazer. As razões que levam a uma preocupação com estas questões são diversas, desde a melhora na qualidade do atendimento, à melhora na qualidade da aprendizagem, ao desenvolvimento de relações mais democráticas. O debate é válido, especialmente num momento em que se aprimoram as interfaces homem-máquina. Os estudos em robótica se difundem e prometem solução para deficiências congênitas ou adquiridas pelo corpo depois do nascimento. A medicina promete, e as estatísticas comprovam, a dilatação do tempo de vida dos humanos. O sonho de uma longevidade sem velhice parece cada vez mais próximo de sua realização. Conceitos de vida e morte, aparentemente já resolvidos, vão sendo reelaborados e causam polêmica, não só entre o leigos, mas também entre especialistas.

Num cenário em que as dúvidas são crescentes, novas práticas sociais são exigidas pelos indivíduos. É neste contexto que se instalam as questões sobre a humanização. O tema, dada a sua importância, entrou na agenda oficial, no entanto o próprio sentido atribuído à palavra “humanização” sofre, por um lado, de uma falta de consenso, entre aqueles que a utilizam; por outro, sofre críticas dos que consideram um contrassenso tentar humanizar o humano. Daí a necessidade de trabalhos que, numa perspectiva multidisciplinar, apresentem contribuições das diversas áreas do conhecimento e apontem caminhos para avançar no debate e promover ações práticas.

As questões sobre relações humanizadas atingem frontalmente o ambiente médico, já que é lá onde indivíduos, trazidos pelas mais diversas razões, se confrontam com suas fragilidades e conflitos. A interação estabelecida entre médico e paciente vai além de uma busca por serviços urgentes, ou não, para a melhora da saúde ou cura de doenças. Aspectos vitais para o bem-estar de ambos podem ser desenvolvidos neste tipo de interação. A depender da forma com que são tratadas as necessidades, nesta

interlocução, acredita-se que pode deixar uma marca profunda e duradora, positiva ou negativa, na vida dos envolvidos.

O interesse com a humanização do atendimento médico despertou os órgãos competentes do governo para a elaboração de um plano de ação, voltado para esta problemática. Inspirado nestas discussões e preocupado em oficializar o debate, o Ministério da Saúde, no ano de 2000, dá legitimidade ao tema ao regulamentar o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Além disso, a 11^a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro daquele ano, inclui na sua pauta de discussão o tema da humanização. O interesse primordial dessa vertente dos trabalhos em saúde é *difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira*.

Nos onze anos que seguiram o lançamento do projeto, várias ações foram implementadas para dar um melhor suporte e visibilidade ao programa. A política de ação do HumanizaSUS faz parte deste conjunto de ações

A partir da leitura dos documentos oficiais, produzidos pelo Ministério da Saúde, da análise dos dados empíricos e arregimentado por um arcabouço teórico, utilizado na pesquisa, foi possível fazer um cruzamento de dados que enriquece o debate sobre o tema da humanização na assistência hospitalar e apresenta uma contribuição do campo da linguagem, numa vertente linguístico-discursiva, para as questões levantadas.

O trabalho está organizado em nove capítulos, dentre os quais este primeiro que, além de introduzir o assunto, apresenta a perspectiva comunicacional sobre a qual se sustenta o trabalho. Busca contextualizar a área de atuação do trabalho e a perspectiva interacional sociodiscursiva de linguagem aqui explorada.

O capítulo dois refere-se aos procedimentos metodológicos, nele é indicada a composição do *corpus* do trabalho, a forma de coleta e tratamento dos dados e os objetivos da pesquisa.

No capítulo três, intitulado **Ministério da Saúde: uma proposta humanizadora para a assistência hospitalar**, faz-se uma apresentação das diretrizes do (PNH) Política Nacional de Humanização, as razões de sua implementação e os objetivos estabelecidos. Esta etapa do trabalho justifica-se, porque nela são apresentadas as bases do projeto do Ministério da Saúde, relacionando-o com os problemas, num âmbito nacional, que incomodavam

gestores e usuários dos serviços de saúde. Problemas, especialmente, no tocante ao atendimento médico e às instalações físicas das instituições. Desse modo, este capítulo é essencial já que mostra a base do projeto oficial e suas articulações, além de introduzir o tema, humanização, que será melhor desenvolvido na etapa seguinte.

O capítulo quatro, intitulado **Ciência, intersubjetividade e Humanização: interfaces**, aprofunda o tema introduzido na etapa anterior, propondo-se a tratar de questões como **ciência e modernidade**, levando em consideração alguns paradoxos sobre os quais o pensamento científico sempre esteve sujeito. Traça-se, também, uma trajetória histórico-conceitual dos vocábulos humano, humanismo, humanização e transhumano¹, ressaltando-se os usos destes na contemporaneidade. Propõe-se, então, a estabelecer uma relação entre o ato de humanizar e o conceito de humano e como isto é construído nas relações sociais.

Ao mostrar que, sendo o conceito de humano historicamente situado, portanto móvel, aponta fragilidades concernentes ao texto do projeto do governo federal. Isto alerta para o fato de que, apesar da falta de consenso para a ideia de humano ou humanizar, é na interação face a face, no contexto imediato da consulta médica, que se pode abrir caminhos para as várias mudanças projetadas para o futuro, na melhoria da qualidade dos serviços de saúde prestados à população. Esta é uma condição *sine qua non* para qualquer transformação. Não basta se fechar na discussão dos conceitos, se não houver uma constatação do que ocorre nas práticas sociais e da aplicabilidade destes construtos teóricos para a vida das pessoas. Na etapa posterior do trabalho, mostramos como o ato de humanizar pode se dar a partir do reconhecimento do *outro* como parte constitutiva do *eu*.

No capítulo cinco, **A relação paciente-médico e a alteridade constitutiva: Uma via de acesso ao outro**, é traçado um perfil, numa abordagem sociológica da linguagem, da interação paciente-médico. Isto porque, para o sucesso do tratamento com o paciente, além de questões como o uso de uma linguagem que o aproxime do médico e o coloque como sujeito do processo terapêutico, também é relevante a forma como é estabelecida esta

¹ Optamos por manter a grafia da palavra **transhumanismo**, tal qual ela se encontra registrada nos textos especializados nesse assunto.

relação, até mesmo antes do contato face a face. Reconhecer-se como parte do outro, ou melhor, reconhecer-se no outro, nas suas angústias, dúvidas e desejos pode acelerar o processo de evolução da doença ou da cura. Este capítulo, baseando-se em conceitos como o dialogismo bakhtiniano e a alteridade, propõe-se a discutir a sua importância, enquanto compreensão e aplicação, para a proposta de uma medicina humanizadora.

No capítulo seis, **A industrialização da medicina e a medicalização dos afetos na contemporaneidade**, é feita uma análise das repercussões sofridas pela prática médica na contemporaneidade. O conceito de Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001, 2011) tem uma contribuição vital para a compreensão de como essas mudanças tomam forma na relação paciente-médico. É um capítulo teórico-prático na medida em que apresenta as bases teóricas para compreensão da atual ordem mundial, numa perspectiva sociológica, permitindo uma análise contextualizada dos dados coletados. A interação paciente-médico é considerada a partir da distinção entre três categorias de ação: 1. solicitação de medicamentos pelos pacientes, 2. prescrições médicas e 3. insubordinação/recusa (por parte do paciente) em atender às ordens médicas e automedicação.

O capítulo sete, **As escolhas linguísticas no projeto HumanizaSUS e o novo paradigma em medicina**, discute, na sua primeira parte, as escolhas linguísticas e suas implicações para a interação face a face. Essa etapa faz uma análise da sugestão do Glossário HumanizaSUS para a opção entre as palavras **paciente**, **cliente** e **usuário**, mostrando as contradições e o perfil de comportamento esperado dos sujeitos que se entendem como paciente, cliente ou usuário. Além disso, o capítulo apresenta um quadro comparativo com as principais mudanças paradigmáticas na medicina que se busca praticar na atualidade. Com as mudanças no paradigma de medicina, muda-se especialmente a forma como é construída a interação paciente-médico. Daí a importância do capítulo, ao fazer uma análise do uso da linguagem proposta pelo documento oficial e sua relação com as mudanças paradigmáticas em medicina.

O capítulo oito, **A consulta médica: humanização e alteridade**, é teórico-prático, nele são abordados os conceitos de *footing* (GOFFMAN) e alteridade (BAKHTIN) e sua relevância e aplicabilidade na análise de uma

consulta médica. Destacam-se aqui, os recursos linguísticos utilizados pelo profissional de saúde para garantir a aproximação com seu paciente e como isto pode ser um facilitador para a adesão ao tratamento proposto. Neste capítulo demonstrou-se que as práticas humanizadoras se dão antes de tudo pela via da linguagem. É na seleção das palavras e no reconhecimento dos usuários como protagonistas de um plano de metas definidos na interação médico-paciente, que se percebem as luzes para uma modificação de comportamentos. É neste contexto que as mudanças paradigmáticas têm seu germen, já que linguagem e comportamento social estão intimamente associados.

Por fim são apresentadas algumas considerações para o debate sobre hospitalidade e humanização na contemporaneidade e sua interface com os estudos linguísticos. O trabalho se propõe a contribuir para este debate, fundamentando-se numa perspectiva macrolinguística, perpassando campos afins como o sociológico e o psicanalítico.

1 A perspectiva comunicacional da pesquisa

O conceito de comunicação será estudado aqui a partir de uma proposta interacional sociodiscursiva, levando-se em consideração elementos como interlocutores, cenário e discurso. Questões tais como: quem fala, o que e onde se fala e os sentidos propostos ou produzidos são pontos axiais para a estruturação deste trabalho. Alerta-se para o fato de que a linguagem é o seu ponto de partida para as demais discussões aqui apresentadas. Efetivamente, não seria possível dar um tratamento mais amplo ao estudo da linguagem, se desconsiderarmos as contribuições de áreas afins. Pautado nessa perspectiva, para realização desse trabalho, acessamos conceitos e discussões provenientes de áreas tais como a filosofia das ciências (BACHELARD, 1996; KUHN, 2006; SANTOS, 2003; MORIN, 2002) e a sociologia (BAUMAN, 2001, 2011), tendo como eixo os usos da linguagem enquanto prática social (BRONCKART, 1999; BAKHTIN, 2000, 2004a, 2004b; GOFFMAN, 2001,

2002). A construção dessas interfaces foi enriquecida com a introdução do discurso médico (NEVES, 2005; NOGUEIRA-MARTINS, 2001; ABDO, 1996;) e o debate a respeito da discussão entre medicina e humanização e medicina e linguagem.

Há algumas décadas imaginava-se (JAKOBSON, 1969; GRICE, 1982) que a língua era um objeto transparente, em que um emissor ao codificar uma mensagem era, prontamente, entendido pelo receptor. O receptor, neste modelo comunicativo, apenas exercia a função de decodificar o que era posto por seu participante no jogo comunicativo, o emissor. Embora hoje nos pareça um tanto incipiente esta interpretação do ato comunicativo, ela conseguiu atrair muitos adeptos. Grice (1982), com seu Princípio Cooperativo, apresentou o que ele definiu como Máximas Conversacionais (relevância, modo, verdade e quantidade), a partir das quais os interactantes escolhiam, de bom grado, uma ou mais de uma delas ao se relacionarem entre si.

As máximas conversacionais sugeriam que os usuários, ao travar um contato linguístico com seu interactante, escolhiam entre ser verdadeiros, relevantes, claros e expressarem apenas o que considerassem necessário para melhor compreensão do outro. Nesta concepção a língua é, de fato, um objeto transparente, apesar de Grice não desconsiderar as implicitudes que permeiam o ato comunicativo. Estas perspectivas teóricas já não conseguem dar conta das questões que permeiam o processo comunicativo.

A relação, largamente conhecida no universo das ciências naturais, tese → antítese → síntese está presente nas diferentes formas de construção do conhecimento. Assim sendo, o mundo contemporâneo impeliu o homem para caminhos, antes impensáveis, sempre mais ávido de respostas, para as quais foi necessário construir novos arcabouços teóricos. Argumentos se contrapõem a argumentos para, assim, gerar novas possibilidades de respostas. Diante disso, perspectivas teóricas sucedem-se umas às outras e, em muitos casos, várias delas precisam ser revistas, pois já não são suficientes para satisfazer as questões levantadas. Inclui-se aí, neste rol de ações, o estudo da linguagem, na sua busca de entender o homem, através das práticas comunicativas. Nesta perspectiva língua e linguagem se entrelaçam, uma é a concretização mais imediata da outra. Língua e ação ou língua como geradora

de ações diz respeito a uma interface sobre a qual este estudo se propõe a investigar.

No tocante à perspectiva da linguística sócio-discursiva, é essencial para este trabalho a pergunta, a respeito da relação entre interactantes, “*o que está acontecendo aqui e agora?*”. Esta questão é basilar para a compreensão do que ocorre nos momentos de interação verbal, no contexto imediato da consulta médica. Uma contribuição para a resposta a esta pergunta é oferecida por Bronckart (1999), ao propor a distinção entre mundo **físico** e mundo **social** e **subjetivo**. O primeiro constitui o **lugar de produção**, o espaço em que o texto é produzido; **momento de produção**, a extensão do tempo durante o qual o texto é produzido; o **emissor** - ou produtor, ou locutor – que é a pessoa, ou máquina, que produz fisicamente o texto, podendo esta produção ser efetuada na modalidade oral ou escrita; por fim o **receptor** - a(s) pessoa(s) que pode(m) perceber, ou receber, concretamente o texto. O mundo social seria as normas, valores, regras estabelecidas e, por fim, o mundo subjetivo é a imagem que o agente dá de si ao agir.

O mundo sócio-subjetivo é subdividido em quatro parâmetros, dos quais:

- O **lugar social** → no quadro de qual formação social, de qual instituição ou de forma mais geral, em que modo de interação o texto é produzido: escola, família, mídia, exército, interação comercial, interação informal, etc.?
- A **posição social do emissor** (que lhe dá seu estatuto de enunciador) → qual é o papel social que o emissor desempenha na interação em curso: papel de professor, de pai, de paciente, de superior hierárquico, de amigo, etc.?
- A **posição social do receptor** (que lhe dá seu estatuto de destinatário) → qual é o papel social atribuído ao receptor do texto: papel de aluno, de criança, de colega, de subordinado, de amigo, etc.?
- O **objetivo** (ou objetivos) da interação → qual é, do ponto de vista do enunciador, o efeito (ou efeitos) que o texto pode produzir no destinatário)?

Esta proposta teórica amplia o já bastante conhecido modelo comunicacional de Jakobson (1969), no qual havia uma separação entre os

papéis de emissor e receptor, que tendem a ser mais estanques entre si. Na perspectiva sócio-discursiva, apresentada por Bronckart (1999), evidencia-se uma mobilidade maior com relação às ações, e conseqüentemente aos papéis, que os interlocutores desempenham.

No ensaio intitulado *Linguística e Comunicação* (1969), Jakobson especifica seis principais fatores que constituem a ação comunicativa, são eles: um **remetente** (emissor ou destinador de signos) envia uma **mensagem** a um **destinatário** (ouvinte, receptor de signos), através de um **canal**. Essa mensagem construída com um **código** (português, inglês, francês, etc.) parcialmente comum ao remetente e ao destinatário, refere-se a um **contexto**. Neste modelo o elo entre emissor e receptor é a mensagem, a partir do uso da mensagem (a forma como é elaborada e o conteúdo nela expresso) são formalizadas as funções da linguagem. O problema com esta proposta é a rigidez com que os papéis assumidos pelos interlocutores eram abordados. Daí a contribuição da perspectiva sócio-discursiva da linguagem, ao sinalizar que, durante uma situação de interação verbal, os papéis sociais não são pré-fixados, mas se constroem através das ações comunicativas.

Na relação dialógica (BAKHTIN, 2004a), os interlocutores estão sujeitos a mudanças de papéis, por exemplo, na relação professor-aluno ou mesmo do médico com seu usuário pode haver variações durante um evento de fala. Isto é possível, especialmente, devido ao acesso à informação que se tem na atualidade. Um aluno que se adianta a pesquisar na Internet, ou mesmo em livros atualizados, pode causar muitas surpresas ao professor, trazendo informações desconhecidas, inclusive pelo professor, para sala de aula. O médico, por sua vez, pode ser surpreendido pelo paciente, ao indicar um fármaco para o tratamento de algum mal. Isso porque, muitas pessoas, antes mesmo de buscar uma ajuda médica, pesquisam na Internet² sobre o mal que as acomete e os tratamentos possíveis. Para melhor ilustrar essa mudança de

² “Várias aplicações para a Internet (WEB) são correntes hoje, entre elas a apresentação e a visualização de dados e informações sob forma gráfica; a transferência de informações ordenadas em arquivos armazenáveis e processáveis por computador; a transferência de imagem e som, a consulta à distância a arquivos de dados, imagens e sons, a comunicação entre dois ou mais terminais remotos. São essas características operacionais e instrumentais que estão ocasionando verdadeira revolução nas relações e interações dos usuários, quer individuais, quer institucionais ou corporativos.” (LUNA FILHO, Eury Pereira. *Internet no Brasil e o direito no ciberespaço*).

comportamento a que nos referimos, a seguir apresentamos um excerto³ de uma situação da interação paciente-médico, em que a rigidez dos papéis é posta em risco:

“Pac: boa tarde doutor, tudo bom?”

Méd: Carla...?”

Pac: Pereira

Méd: Carla Pereira

Pac: eu tô cheia de anotação para conversar com o senhor... olhe o senhor passou a medicação ... eu ... o senhor tinha passado o Rivotril ... porque eu não tive dinheiro para comprar a caixa do Paroxetina, aí eu comprei só uma de vinte e fiquei tomando em dias alternados, eu queria saber se não tinha um outro mais em conta...

Méd: você não foi na manipulação, não?”

Pac: fui na manipulação...

Méd: mas também estava caro mesmo assim?”

Pac: não era mais em conta, mas eu não tava com dinheiro à vista para comprar ... entendeu? Mas, tava mais ... saiu mais em conta ... mas eu não tava com dinheiro no momento para comprar, se não puder trocar, aí o senhor passe ela novamente que eu manipulo...” (Consulta 30)

O excerto acima desperta-nos para várias questões, dentre as quais a posição social dos sujeitos da interação e o contínuo simetria-assimetria⁴. A paciente dá início, numa posição ativa, logo após as saudações iniciais, direcionando a consulta para questões pré-elaboradas. Ela toma para si a real condição de sujeito da ação comunicativa. Diante dessas condições, o rótulo

³ O referido fragmento trata-se de uma consulta de uma paciente a um médico psiquiatra. A consulta encontra-se na íntegra no final do trabalho, no item Anexos. Cada exemplo, a partir deste, iniciará com um número entre parênteses, indicando a ordem de apresentação, e finalizará com a fonte indicativa, de onde foi extraído e exemplo.

⁴ Com relação a este conceito conferir o verbete relação interpessoal (*Dicionário de Análise do Discurso*, CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2006, p. 428), donde lê-se: “Numerosos e diversos são os aspectos que decorrem do nível relacional, mas dois, entre eles, sobretudo, foram de investigações mais profundas: (1) a dimensão de distância (relação ‘horizontal’) – distância mais ou menos afastada ou próxima, com suas diversas variantes (familiaridade, intimidade, solidariedade); (2) a dimensão do poder ou da dominação (relação ‘vertical’). Convém, nesse sentido, distinguir ‘complementaridade’ e ‘hierarquia’, isto é, opor três tipos de trocas: as trocas **simétricas** (trocas igualitárias em que os diferentes participantes dispõem, em princípio, dos mesmos direitos e deveres), **complementares não hierárquicas** (exemplo: a relação comerciante-cliente) e **complementares hierárquicas** (exemplo: a relação professor-aluno).”

“paciente”⁵, nesta situação, perde sua força, já que sua posição é claramente diretiva. Um outro conceito que se mostra fragilizado nesta situação é o de simetria/assimetria. Não é possível entender a ideia de simetria apenas pelo papel social exercido pelos interactantes. O fato de um dos interlocutores ser o médico e o outro o usuário de seus serviços não implica que esse último esteja numa condição inferior àquele. Trata-se, na verdade, de um contínuo, no qual as atitudes vão sendo assumidas durante a interlocução. Assim, ao invés de termos a relação simetria X assimetria, o que configuraria uma dicotomia, temos simetria-assimetria. Nessa última perspectiva, que estabelece-se como um contínuo de ações, os interactantes têm maior dinamicidade na construção de seus papéis e na produção de seus textos falados ou escritos.

No exemplo acima, apesar da distinção marcada entre os papéis sociais estabelecidos, percebe-se um diálogo mais próximo de uma relação simétrica. Isto porque ambos demonstram compartilhar conhecimentos específicos sobre a constituição dos fármacos (um dos tópicos centrais da consulta médica) indicados, inclusive os termos utilizados (“manipulação”; os nomes de antibióticos ou substância medicinal “Rivotril”, “paroxetina”). Além de compartilharem conhecimentos específicos, há, supostamente, numa consulta médica uma contribuição efetiva para o desenvolvimento do tópico conversacional, isto é, veremos em outros excertos, que há um revezamento nas posições falante e ouvinte. O fato é que se o conhecimento a respeito de determinados tópicos é um dos elementos que conferem poder ao falante, com o acesso facilitado às informações, disponíveis em bancos de dados eletrônicos, este poder é cada vez mais esfacelado.

As linguagens e mesmo os termos técnicos, gerados pela produção de conhecimento em áreas específicas, com o advento da internet, são democratizados e, em alguns casos, massificados. E o que poderia ser usado para determinar fronteiras, dos que conhecem e os que não conhecem, perde campo.

Esta mesma língua(gem), tantas vezes usada para determinar as diferenças hierárquicas, no contexto da contemporaneidade, pode ter uma função de estabelecer contatos mais próximos entre aqueles que dela fazem uso.

⁵ A problemática quanto à opção pelo uso da palavra “paciente”, “cliente” ou “usuário” é uma questão que será melhor discutida no capítulo 7.

Por fim, a perspectiva comunicacional da pesquisa fundamenta-se no princípio de que sendo a língua elemento central da linguagem, ela não se fecha em si. Contrariamente ao que propunha o estruturalismo saussuriano, a língua é apenas a ponta do *iceberg* de uma rede de interconexões. Em sua volta há diversos elementos que constituem a ação comunicativa. Num mesmo dizer há dizeres outros não revelados. Isso implica declarar que a língua não é transparente, que os significados não são dados de maneira clara. Num mesmo falar há desejos inconfessos e, algumas vezes, contraditórios entre si. Para dar conta desses aspectos das relações interpessoais foram apresentados novos enfoques sobre a linguagem. A Linguística, por si só, não é mais suficiente para desenvolver uma teoria que dê conta do que é a atividade comunicativa.

Por conta disso, neste trabalho, lançou-se mão de outros saberes provenientes de áreas como a sociologia e a psicanálise, priorizando-se uma abordagem pragmática da linguagem.

2 Procedimentos metodológicos

Nesta etapa do trabalho serão apresentados os objetivos, a composição do *corpus* e sua forma de coleta. Dado o caráter sigiloso que se deve ter ao gravar interações face a face, são indicadas as medidas tomadas para proteger a identidade dos participantes da pesquisa.

2.1 Objetivo principal

Este trabalho tem como meta comprovar que, apesar do agravamento das contradições no mundo contemporâneo, da maquinização do homem e do esfacelamento das instituições, é possível estabelecer relações humanizadoras no cuidado de si e cuidado com o outro. Embora a expressão “humanizar o humano” a uma primeira vista pareça paradoxal, entende-se aqui que, sendo a humanização um longo processo social, ele se dá predominantemente na e pela linguagem. Tendo a linguagem essa importância, necessita-se então repensá-la e reelaborá-la, de modo que seja ela a grande política de ação.

Tomando como ponto de partida a linha de ação governamental apresentada na Política Nacional de Humanização (PNH), este trabalho, utilizando-se como base o texto oficial e a interação face a face do profissional de saúde com usuários de serviços médicos, tem como objetivo principal buscar analisar práticas médicas atuais, a partir das interações estabelecidas no contexto imediato da consulta médica. Além disso, propõe, dentro de uma perspectiva interdisciplinar, construir um aparato teórico que permita dar um tratamento mais amplo para o conceito de humanização no contexto da assistência médica.

Ao lançar mão de estudos da linguagem e sociedade, nas suas interfaces com a contemporaneidade, propõe-se, ainda, fazer uma análise crítica das ideias e da forma como estas são expressas no texto oficial do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Temas, tais como, humanização e assistência médica, a construção do humano frente à problemática do transhumanismo, interação homem-máquina / máquina-

homem emergem em meio a esta discussão. Tudo isso, onze anos após a elaboração e implementação do programa.

2.1.1 Objetivos específicos

- Expandir o debate sobre o que é a humanização do discurso no contexto da relação médico-paciente, a partir de registros dos conceitos de humano e humanização;
- Observar como se dá transposição do *discurso oficial* para a *prática* no âmbito hospitalar e a sua repercussão na adesão do paciente ao tratamento indicado pelo médico;
- Observar como as mudanças provenientes da contemporaneidade interagem na construção dos papéis de médico e de usuário e como isto repercute na sua interação face a face.

2.2 Composição dos dados

Para a realização da pesquisa, recorreu-se à coleta de dados, desenvolvida em duas esferas, de ação que se completam. Primeiro foi-se às fontes textuais, elaboradas pelo Ministério da Saúde, isto é, o documento base do PNHAH (BRASIL, 2000), o Manual PNHAH (BRASIL, 2000a), o documento base do HumanizaSUS (BRASIL, 2004, 2006). Na segunda etapa, foram feitas as audiografações de consultas médicas. As análises dos dados das duas fontes permitiram fazer uma ponte entre o dizer e o fazer, isto é, discurso e ação e como estas duas categorias vêm sofrendo alterações ocasionadas pelas transformações sociais na contemporaneidade.

O interesse em fazer uma análise da interação face a face, no contexto da assistência hospitalar, a partir da discussão sobre a humanização, levou-nos a optar por uma pesquisa de campo. Decidindo-se por este formato de pesquisa, a etapa seguinte foi definir onde seriam coletados os dados

necessários para a análise. A decisão se deu por um ambulatório médico. Nele pudemos manter contatos com os principais atores de nosso trabalho, o médico e os usuários do sistema de saúde. Além disso, a interação face a face, por seu caráter dialógico, permite-nos observar com precisão as estratégias de comunicação utilizadas pelos interactantes no momento de seu uso.

A opção pela interação face a face para discutir um tema de caráter essencialmente social, baseia-se em pressupostos frutos de longos debates. Essa relação – linguagem e sociedade – pode ser vista já com Benveniste (2005, p. 31), ao afirmar que “estabelecendo o homem na sua relação com a natureza ou na sua relação com o homem, pelo intermédio da linguagem, estabelecemos a sociedade.” Decorre daí o fato de que um ponto central para se instaurar a discussão aqui proposta é o aspecto linguageiro do tema. Se a linguagem é o nascedouro da ação, é através dela, então, que os interactantes estabelecem relação de aliança ou confronto, de agressão ou defesa, ações consideradas benévolas ou malévolas.

Numa perspectiva pragmática, a linguagem já é ação, essa é a fundamentação dos atos de fala, teoria proposta por Austin⁶ e reformulada, a partir das sugestões de uma sistematização, por Searle⁷. Dessa forma, um projeto que se propõe a instituir na agenda social - no contexto hospitalar, na escola, na família ou no trabalho - a discussão sobre a humanização, não pode fazê-la sem antes tematizar a comunicação entre os sujeitos envolvidos. Justifica-se, assim, a prioridade que se deu, na nossa análise, à interação face a face da relação médico-usuário.

Além dos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde, o *corpus* da pesquisa é constituído de mais trinta amostras da relação paciente-médico. As consultas foram gravadas e transcritas (cf. Anexos) para um melhor detalhamento dos dados. A opção pelo ambulatório se deu pelo fato de ser este o primeiro contato mais substancial⁸ que o usuário tem com sistema de saúde.

⁶ Austin, John L. *How to do Things with Words*, Oxford, Oxford University Press, 1975.

⁷ Searle, John. *Speech Acts*, Cambridge, Cambridge University Press, 1969

⁸ Queremos dizer por encontro substancial, o encontro real no qual o usuário e o médico têm a oportunidade de interagirem diretamente. É fato que anterior a este encontro, há outros contatos com o posto de saúde local, por exemplo, nas marcações de consultas, que podem ser por telefone ou indo ao posto de saúde.

Apesar da importância do aspecto quantitativo da coleta de dados, este trabalho é essencialmente de natureza qualitativa, na medida em que respeitou uma característica fundamental deste tipo de pesquisa: registro da interação face a face, sem a interferência externa, visando à observação das interlocuções no momento exato em que ocorrem e a maneira como ocorrem. A motivação pela pesquisa de campo deveu-se ao fato de que através desta abordagem pudemos chegar, com mais segurança, a uma pergunta axial feita pela pesquisa: *“como se dá a humanização na assistência médica, a partir das práticas interacionais que se têm hoje?”*

De posse desses dados foi possível observar a maneira como foi conduzida a interlocução entre médico e usuário, dando-se ênfase a questões como: o tempo disponibilizado para cada consulta, quem introduz os tópicos ao longo da consulta e como estes são desenvolvidos. Outros aspectos como: a solicitação e prescrição de medicamentos mostraram-se relevantes, na medida em que vão construindo um modelo de interação, que só se concebe naquele ambiente. Por fim, o método utilizado na coleta forneceu-nos também subsídios para a constatação do que se apresenta como um novo perfil de médico e usuário em construção. O médico surge, não só como um especialista dono de uma verdade inacessível ao paciente, mas como alguém em formação, com direito admitir suas incertezas. Neste novo formato de interação, há espaços para a dúvida do profissional e há espaço, também, para o usuário discordar de alguns procedimentos médicos.

2.2.1 Coleta e tratamento dos dados

Os dados foram coletados a partir de gravações das consultas, sem a presença do pesquisador. Coletados os dados, foram transcritos na sequência em que ocorriam as consultas. Não houve contato com o pesquisador, mantendo-se, assim, o sigilo dos usuários. Outras medidas de precaução para salvaguardar a identidade dos médicos e usuários foram:

- omissão dos nomes de pessoas envolvidas nas gravações ou outros nomes citados nas consultas (as primeiras vinte e oito consultas), nestes casos

optou-se por usar asteriscos no lugar dos nomes próprios (por exemplo, sendo o nome da usuária Maria José da Silva, substituímos por **** ***)

- substituição de nomes de pessoas envolvidas ou nomes de outras pessoas citadas nas consultas por pseudônimos (consultas vinte e nove e trinta);

- omissão ou substituição de nomes referentes a lugares citados nas consultas (exceto quando os nomes não punham em risco a identidade dos envolvidos nas coletas).

Nos casos específicos das consultas vinte e oito e vinte e nove, optou-se por substituir os nomes reais por pseudônimos, por haver muitas recorrências às mesmas pessoas, a utilização de asteriscos poderia gerar falhas na compreensão.

Por fim, a sistematização das transcrições obedeceu alguns critérios para que fosse possível uma compreensão mais eficaz dos diálogos. Abaixo é apresentada uma tabela com uma legenda dos principais elementos utilizados nas transcrições:

OCORRÊNCIAS	SINAIS
1. Pausas e interrupções nas falas	...
2. Comentário do transcritor	(())
3. Dúvida quanto à palavra ouvida pelo transcritor	()
4. Palavra ou frase incompreensíveis	(?)
5. Citações	“ ”
6. Pac	paciente
7. Méd	médico

Afora estes sinais, foi utilizada a pontuação corrente da língua – vírgula e ponto final – nos enunciados.

Os procedimentos metodológicos, coleta e tratamento dos dados, estão ancorados na relação entre língua(gem) e sociedade, cujo enlace inexorável é descrito nas palavras de Benveniste (2005, p. 31), quando afirmava que “a linguagem se realiza sempre dentro de uma língua, de uma estrutura Linguística definida e particular, inseparável de uma sociedade definida e particular. Língua e sociedade não se concebem uma sem a outra.” Sustenta-

se, portanto, o nosso trabalho no tripé sugerido por uma abordagem interacionista sócio-discursiva da Linguística, ou seja, linguagem, cultura e sociedade, consideradas como um processo situado, que se determina no uso.

Apresentada a forma como está organizado o trabalho, será exposto, no próximo capítulo, o PNH (Programa Nacional de Humanização) e o PNHAH (Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar), ambos os programas foram elaborados pelo Ministério da Saúde. A análise desses projetos e seus objetivos é essencial para o nosso trabalho, visto que a partir deles somos direcionados para a análise da interação médico-paciente, no contexto dos hospitais.

3 Ministério da Saúde: Uma proposta humanizadora para a assistência hospitalar

O médico guardará absoluto respeito pelo ser humano e atuará sempre em seu benefício. Jamais utilizará seus conhecimentos para causar sofrimento físico ou moral, para o extermínio do ser humano ou para permitir e acobertar tentativa contra sua dignidade e integridade.

(Novo Código de Ética Médica – 2010)

Em época de crises institucionais, em que conceitos os mais diversos são questionados, é freqüente, e necessário, o embate de ideias. O início do século XXI é marcado como um período de mudanças que alcançam proporções impensadas há cerca de, por exemplo, uma década. Neste contexto de mudanças, o conceito de ser humano assume o centro das discussões. Perguntas como: “*o que caracteriza o humano?*” nascem por ocasião da interação humano-máquina numa sintonia que só tende a se aperfeiçoar, dadas a pesquisas científicas modernas. Desde a inseminação artificial, passando pelos inúmeros transplantes de órgãos até o congelamento de corpos, no momento imediato após diagnóstico de óbito do paciente. Este último caso, proporcionado pela criônica⁹, com a promessa de descongelamento dos corpos, assim que anunciados e comercializados os medicamentos para a doença causadora da morte do paciente.

Em contrapartida a este universo que se descortina diante de olhos perplexos, com as inovações tecnológicas na medicina moderna, nos países subdesenvolvidos, e, em alguns casos, em países que despontam entre os países ricos, a saúde pública é alvo de críticas. No Brasil, tornou-se muito frequente jornais, revistas e telejornais encabeçarem matérias nas quais apontam a crise no sistema público hospitalar. Carência de médicos, aparelhos danificados por falta de manutenção, ou mesmo por desuso,

⁹ Criônica: técnica de congelamento de pessoas, ou membros, que acabaram de morrer, em temperaturas abaixo de 200 graus, para descongelar quando as doenças, causadoras da morte, tiverem cura.

congestionamentos na lista de espera dos pacientes. Estes são fatos recorrentes e que se propagam por todo o país. É certo que isto gera uma impressão muito negativa para um país, tanto para seus habitantes quanto para a comunidade internacional. Não se concebe, no mundo moderno, que o indivíduo morra por falta de atendimento médico adequado, num período marcado por inovações que vão do universo da nanotecnologia às descobertas travadas no campo do macrocosmo.

As inovações no âmbito da biogenética, a produção de substâncias em laboratórios, o mapeamento do genoma humano têm proporcionado ao ser humano uma longevidade impensada, por exemplo, na era medieval, quando a expectativa de vida média era de quarenta anos. A perspectiva atual dobrou este tempo de vida, as pessoas passam mais tempo produzindo e consumindo. A capacidade de estabelecer novos vínculos, ou o início de uma carreira profissional aos cinquenta anos, há um ou dois séculos estava fora de questão. As relações interpessoais, neste ínterim, tiveram que ser repensadas, haja vista mulheres que, num passado não muito distante, ao assumir o papel de avós, comumente, tornavam-se reclusas no lar, servindo apenas de apoio aos filhos e netos. Com a possibilidade da extensão do tempo de vida, novas questões são impostas às pessoas, uma delas é a de como preencher este tempo maior adquirido. É válido lembrar que este tempo deixou de ser sobressalente, como algo que sobrou inesperadamente, e passou a ser incorporado como parte da vida útil. Daí a necessidade de construir novos hábitos, baseados num formato de existência que priorize não só a produção, no sentido industrial da palavra, mas a criação e recriação de si e do outro.

As relações interpessoais passaram a ter uma importância exponencial se comparado ao passado. Se tomarmos como ponto de partida, para este aspecto da vida social, a Declaração dos Direitos Humanos de 1948. No seu primeiro artigo, já se lê: “Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.” Isso simboliza claramente a preocupação com o indivíduo na sua relação com a coletividade. O sujeito passa a constituir-se como centro das discussões, em detrimento do sistema. O direito de fazer uma escolha entre duas possibilidades, mesmo que a opção selecionada vá de encontro ao que se é estabelecido como certo para

um determinado sistema é algo recente. Isto diz respeito ao conflito entre a esfera privada e a pública. O sujeito por muito tempo tinha as escolhas tolhidas por uma instância maior, constituída pelo estado, nas suas várias expressões, tais quais, a igreja, a escola, a comunidade pela qual o indivíduo é circundado, e, em alguns casos, a polícia. Estas formações, intituladas por Althusser (1998) de Aparelhos Ideológicos e Repressores do Estado, tinham a função de comandar o modelo de vida do sujeito, direta ou indiretamente.

O mundo contemporâneo expôs as fragilidades destas instituições e, com isso, apontou rachaduras cujas brechas concederam aos indivíduos a possibilidade de fazer escolhas, guiados por sua autonomia. Esta possibilidade era inconcebível há até poucas décadas, período em que o domínio era o da heteronomia, em que um estado conservador e com poderes absolutos definia a condução da vida do cidadão.

Paradoxalmente, na medida em que antigos sistemas de valores, políticos ou religiosos, por exemplo, foram sendo minados, o poder de ação do indivíduo ganhou uma proporção cada vez maior. Uma boa ilustração para o poder de escolha que a contemporaneidade proporcionou ao sujeito diz respeito às escolhas religiosas, estilo de vida ou ideologia política. O que parece ser algo banal nos dias de hoje - a opção por uma convicção religiosa, por exemplo - já produziu atos de violência e confrontos homéricos. Desde o estabelecimento dos grandes impérios, ao indivíduo não era dada a possibilidade de escolha de um sistema de crenças, mas lhe era imposto, a depender de qual sistema religioso estivesse ligado ao governo dominante. Esta crença deveria ser professada na esfera pública e privada. A negação a esta ordem rendeu a morte de muitas pessoas. Passados os séculos, às pessoas é dada a possibilidade de optar por vincular-se a um credo religioso ou a outro, em detrimento das escolhas de seus pais ou da comunidade da qual elas façam parte, ou mesmo a não aderir a nenhum credo.

Esta ilustração, aparentemente simples, representa a importância adquirida pelo indivíduo nos novos modelos de sociedade. Neste novo desenho social, o aspecto humano, enquanto a capacidade de raciocinar e decidir por si, a partir de uma dinâmica sociointeracional assume uma grande importância.

É nesse contexto de discussão sobre o humano e as questões envolvidas no processo de humanização, que se introduz o Programa Nacional

de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Proposto pelo Ministério da Saúde, o programa teve sua primeira versão em 2000 e sofreu uma reestruturação em 2004. O campo de atuação primeiro eram os hospitais da rede pública, para depois se expandir para as demais redes. O projeto, na sua versão final, constitui-se do texto base, ou Manual PNHAH (BRASIL, 2000), assinado pelo então ministro da saúde José Serra, o documento base HumanizaSUS (BRASIL, 2006) e o Glossário (BRASIL, 2006). O projeto nasce de uma necessidade evidenciada pelas críticas ao atendimento público hospitalar, por parte de seus usuários. O texto introdutório do programa é iniciado apontando este aspecto:

A experiência cotidiana do atendimento ao público nos serviços de saúde e os resultados de pesquisas de avaliação desses serviços têm demonstrado que a qualidade da atenção ao usuário é uma das questões mais críticas do sistema de saúde brasileiro. (BRASIL, 2000, p. 1)

Isto se dá, porque, para o usuário, mais grave do que a carência de médicos, é um atendimento que lhe frustrasse nas suas necessidades de ser ouvido. A incapacidade de exercer a empatia por parte dos atendentes e, mesmo, por alguns médicos é o que mais incomoda os pacientes que, já fragilizados por algum problema de saúde, sofrem a frustração de não serem atendidos condignamente. É esta a razão central da criação do PNHAH, que mais tarde será intitulado PNH (Política Nacional de Humanização). Proporcionar um atendimento que busque satisfazer as necessidades básicas daqueles que procuram os postos médicos, estaria na base do PNH, para o qual “são fundamentais a criação e a sustentação permanente de espaços de comunicação que facultem e estimulem a livre expressão, a dinâmica do diálogo e o respeito à diversidade de opiniões.” (BRASIL, 2000, p. 2).

O programa nasceu como resposta aos inúmeros casos de maus tratos em hospitais, relatados pelos usuários. A partir disso, o Ministro da Saúde José Serra fez o convite a profissionais da área de saúde mental para, em conjunto, elaborar um plano de trabalho baseado na humanização dos serviços hospitalares. O próximo passo foi a formação de um Comitê Técnico que trabalhou na concepção e produção de um Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. A este programa cabia a função de

gerar uma mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil. O Projeto-Piloto apresentava dois objetivos principais:

a) Deflagrar um processo de humanização dos serviços, de forma vigorosa e profunda, processo esse destinado a provocar mudanças progressivas, sólidas e permanentes na cultura de atendimento de saúde, em benefício tanto dos usuários-clientes quanto dos profissionais;

b) Produzir um conhecimento específico acerca destas instituições, sob a ótica da humanização do atendimento, de forma a colher subsídios que favoreçam a disseminação da experiência para os demais hospitais que integram o serviço de saúde pública no Brasil.

A implementação do PNHAH/PNH visa, a partir das informações coletadas com o Projeto-Piloto, um conjunto de ações no âmbito das ideias e da infraestrutura. No primeiro caso, há um explícito interesse na reformulação de conceitos já vigentes no âmbito hospitalar, daí a produção de um glossário, com o intuito de sistematizar alguns conceitos presentes no dia-a-dia dos profissionais de saúde. Com relação às questões de infraestrutura, o documento oficial aponta para o fato de que o Ministério da Saúde introduziu um conjunto de ações com o objetivo de aprimorar o nível do atendimento em hospitais da rede SUS. Dessa forma, segundo o Manual PNHAH:

Este conjunto de ações inclui grandes investimentos para a recuperação das instalações físicas das instituições, a renovação de equipamentos e aparelhagem tecnológica moderna, o barateamento dos medicamentos, a capacitação do quadro de recursos humanos, etc. Faz parte deste conjunto de medidas, como forma de garantir o melhor uso desta infraestrutura, o desenvolvimento de ações que busquem a melhoria do contato humano presente em toda intervenção de atendimento à saúde. (BRASIL, 2000, p. 1)

O excerto aponta de modo elucidativo os dois aspectos centrais do PNHAH, no que se refere ao seu campo de atuação e o formato das ações. O aspecto físico, das dependências hospitalares, com a necessária maquinaria de ponta e o aspecto humano. O aspecto humano aponta para um elemento essencial da interação sociodiscursiva que é o contato entre as pessoas, neste caso, a interação do paciente com os profissionais da saúde.

A implantação do projeto, de acordo com a proposta estabelecida no Manual PNHAH, ficou a cargo do Ministério da Saúde, como instância maior,

em seguida as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Assim, a coordenação e condução nacional do PNHAH estaria a cargo de um Comitê Técnico da Saúde. A partir daí, seriam gerados Grupos Multiplicadores, distribuídos nas regiões brasileiras. Os hospitais, por sua vez, teriam como trabalho inicial criar um Grupo Hospitalar de Humanização. Todos estes órgãos têm como ponto de ligação a Rede Nacional de Humanização, cuja criação ocorreria no segundo semestre de 2001. Esta Rede Nacional de Humanização estrutura-se em três níveis, são eles: Rede presencial (Comitê Técnico de Humanização, Grupos Multiplicadores de Humanização Hospitalar, Grupo de Trabalho de Humanização Hospitalar), Rede virtual (construção de um Site de Humanização), e Rede não virtual (pacotes de materiais de informação e capacitação, manuais vídeos, relatórios, publicações oficiais).

Para além dos aspectos estruturais supracitados, o PNHAH apresenta uma lista de objetivos que se defrontam prioritariamente com a questão das relações sociais entre usuários e profissionais de saúde. No item a seguir será apresentada esta lista, ressaltando-se sua relevância para este trabalho.

3.1 Os objetivos do PNHAH

O elemento mais relevante do PNHAH para este trabalho é o item IV do programa, isto é, os objetivos. Nele encontramos a essência do programa, cujo foco diz respeito à criação e à expansão de uma cultura de humanização, totalizando oito objetivos, sendo eles:

- 1. *Difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar pública brasileira.***
- 2. *Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários dos hospitais públicos no Brasil.***
- 3. *Capacitar os profissionais dos hospitais para um novo conceito de assistência à saúde que valorize a vida humana e a cidadania.***
- 4. *Conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde.***

5. ***Fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública.***
6. ***Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nesta área.***
7. ***Desenvolver um conjunto de indicadores de resultados e sistema de incentivos ao tratamento humanizado.***
8. ***Modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade.*** (BRASIL, 2000 - grifos nossos)

Os objetivos se centram em dois pontos essenciais, a *humanização e assistência hospitalar*. Em resumo, a assistência humanizada, em hospitais, aparece como o elemento axial do programa. Esse ponto engendra, de maneira provocativa, questões como: “*O atendimento, anterior ao advento do programa, era desumano?*”, “*É possível passar a tratar o outro de modo humanizado apenas por uma convenção ou pela imposição de um decreto?*”. Observa-se que dos oito objetivos expostos, seis deles remetem ao investimento em ações humanizadoras da assistência hospitalar. O oitavo objetivo revela, talvez, a razão desta busca insistente pelas ações humanizadoras: “[...] recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade”. Isto pode responder a uma das provocações, isto é, qual formato da relação entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços médicos antes do surgimento do PNHAH. Na verdade, o que se sabe é que para a população, atendida diretamente pelo serviço público de saúde, os hospitais perderam muito da atmosfera de aconchego, de atenção às necessidades daqueles que os procuram.

No entanto, não se pode discutir a problemática da relação paciente médico, circunscrevendo-a apenas ao âmbito do serviço público de saúde. Se na rede pública as deficiências, em grande medida, dizem respeito à infraestrutura, entendendo-se por isso, carências que vão de materiais básicos para o bom andamento de uma simples consulta até aos procedimentos mais complexos, além do número insuficiente de profissionais da saúde, em muitos hospitais. Por outro lado, no serviço privado não há necessariamente a

carência do maquinário adequado ou insuficiência de profissionais para o atendimento aos usuários. Entretanto, isto não implica no fato de que as questões concernentes à qualidade do atendimento estejam equacionadas.

O que se pode observar é que a problemática lançada pelo PNHAH desencadeia outras questões, entre elas: *Numa situação de sociointeração, o que é efetivamente humanizar? Que elementos são necessários numa ação, na relação face a face, para que esta seja qualificada como uma ação humanizada? É possível apontar uma ação como desumanizadora?* Na verdade, estas interrogações nascem da questão fulcral *O que é ser humano?* Nos capítulos subsequentes, estas questões receberão uma atenção maior, investigando-se como o discurso oficial do Ministério da Saúde as aborda, além de fazer-se uso de um aporte teórico, no intuito de enriquecer a discussão aqui proposta.

4 Ciência, Intersubjetividade e Humanização: interfaces

*“A sociedade não é possível a não ser pela língua;
e, pela língua, também o indivíduo”*

(Benveniste, 2005)

Esta etapa do trabalho terá como pontos centrais o debate sobre o conceito de ciência e comunicação, levando em consideração diferentes abordagens teóricas e a distinção entre humanismo, humanização e transhumanismo, dando-se ênfase ao elemento humanização. Em seguida, far-se-á uma ponte entre comunicação e humanização, para, assim, abordar o discurso humanizado.

A sociedade contemporânea experimenta um momento de intensas mudanças paradigmáticas. Os aportes teórico-científicos clássicos, incluindo a física clássica newtoniana e o cartesianismo, sobre os quais se sustentou a modernidade, já não respondem as perguntas atuais, colocadas pelos sujeitos situados sócio-historicamente. O que nos leva a considerar a necessidade de construção de novos aportes teórico-práticos no cenário das relações humanas.

O cientificismo, em seu nascedouro, baseado numa concepção humanista, propunha-se a responder as mais diversas perguntas da sociedade. A ciência passa a ser a voz única de uma verdade irretorquível. Os sujeitos quão mais se apropriassem dessa nova forma de expressão das ideias, mais autênticos seriam, e, conseqüentemente mais respeitados. Pode-se dizer que é neste momento que se estabelece o mito do pleno objetivismo do fazer científico. O que quer que houvesse de subjetivo deveria ser eliminado, para não macular a verdade científica. Com efeito, levando em consideração estes aspectos, a expressão “verdade científica” seria uma tautologia, visto que o discurso científico, por ser supostamente unicamente objetivo, já traria em si apenas a verdade.

Nessa perspectiva, se por um lado a modernidade nasce com os iluministas, que prestavam louvor ao humano no que ele tem de mais essencial, o poder de raciocinar, livre das emoções. Por outro lado, é no iluminismo que o discurso científico ganha seu ápice, e este por sua vez

rechaça a subjetividade em favor da objetividade. É deste processo dialético que se sustentariam a ciência e a modernidade.

No entanto, visto numa perspectiva mais recente, há uma tendência a se aceitar que o próprio discurso científico sofra interferências das subjetividades daqueles que o proferem ou dele se apropriam. Num livro clássico e polêmico, Thomas Kuhn (2006) traz esta discussão à baila, ao fazer uma análise contundente das estruturas que dão base à construção do pensamento científico. Objeto de muita discussão, o “Estrutura das revoluções científicas” nos coloca de frente com questões de difícil abordagem. Na verdade, Thomas Kuhn não só questiona, mas apresenta argumentos veementes contrários à ideia do objetivismo científico. Na sua concepção, sendo a ciência produzida por seres humanos, ela está permeada por elementos demasiados humanos, dentre os quais as querelas de grupos de pesquisa, luta por poder e interesses pessoais. A humanização, neste aspecto, da ciência deixa mostrar sua face pouco libertária para a edificação do conhecimento. No entanto, longe de propor uma discussão moral, Kuhn (2006), nesse trabalho, descreve pormenorizadamente como são construídas teorias suportadas pelo pensamento científico.

A empreitada de Thomas Kuhn tem seu valor, não pela polêmica que suscitou, mas pela complexa proposta de apresentar a ciência, supostamente proprietária absoluta de verdades capazes de perdurarem *ad infinitum*, como uma instância que está visceralmente arraigada ao homem, e que portanto, traz em si as características deste ser. Daí a ideia de que, mesmo nas verdades científicas, há o caráter humano da finitude, estabelecendo-se aí um ponto de conflito com os positivistas. Essa discussão será retomada posteriormente com Santos (2003) e Morin (2002), ao questionarem o *status* de verdade absoluta, dado às produções científicas.

4.1 Das incertezas da ciência (de hoje?)

Ao levantar a discussão sobre ciência, modernidade e sua relação com o elemento humano nela inserido, somos conduzidos a levantar questões

prementes como, por exemplo, *o que se espera da ciência de hoje enquanto principal porta-voz do processo civilizatório?* Daí, seguem-se questões como: *quais as principais mudanças ocorridas no cenário científico desde as máximas aristotélicas à visão de universo construída ao longo dos séculos que as seguiram? De que forma mudanças de parâmetros, como a teoria geocêntrica sucedida pelo heliocentrismo, interferiu nas certezas das pessoas? E como o advento da contemporaneidade com a sua tendência à fragmentação modela e é modelada por este homem contemporâneo?*

Como se sabe a explicação aristotélica era, à sua época, bastante plausível. A idéia de um movimento circular perfeito do céu em volta da terra perdurou por muito tempo. E Ptolomeu sustentou esta ideia dando-lhe uma repercussão maior com seus estudos. No entanto, com o passar do tempo foram surgindo falhas de proporção cada vez maior com relação à explicação sugerida por estes pensadores e a realidade que os cercava. Problemas, como por exemplo, falhas nas previsões apresentadas por este modelo de astronomia, passaram a ser observadas. O tempo passou e muitas das explicações ptolomaicas e aristotélicas foram sendo, de uma forma ou de outra, questionadas e até mesmo destituídas de seu valor de verdade. É neste cenário que surge Nicolau Copérnico. Apesar de religioso e de pertencer à igreja que defendia a idéia geocêntrica, é um dos grandes nomes que viriam promover o que se tornaria a grande mudança de paradigma entre o geocentrismo e o heliocentrismo. Essa mudança, que deu origem ao modelo heliocêntrico, perdura até os dias de hoje. Muito embora hoje o sol não seja mais visto como centro do universo, mas do sistema planetário que habitamos.

São alterações desta dimensão reunidas com várias outras mudanças de diferentes valores e proporções que vão solapando verdades, antes consideradas inquestionáveis. Apesar de tudo isto os estudos científicos, numa proporção que só aumentava, foram ganhando confiabilidade e a adesão das pessoas, como a melhor forma de explicar a natureza e seus fenômenos. Vários setores da sociedade passaram a dar mais atenção às palavras do cientista que as do líder religioso. Estamos no Renascimento, um período considerado de luzes para o pensamento e os questionamentos humanos. O homem, ao contemplar os fenômenos celestiais, buscava cada vez mais se aproximar do que eram consideradas as verdades eternas, no intuito de

explicar a mecânica celeste, entender melhor o movimento dos astros. Como afirma Alfonso-Goldfarb (2004, p. 55):

Acreditando ser a base para um novo conhecimento, a ciência moderna criou para si a imagem de um edifício em construção. Já na planta podia-se saber quais as regras para sua edificação e imaginar mais ou menos sua aparência quando pronto. Cada uma das etapas desse *edifício científico* naturalmente incluía a etapa anterior, bem como indicava qual seria a etapa seguinte.

Esta metáfora do *edifício em construção* influenciou as gerações seguintes com a idéia de acumulação e sequenciação de conhecimentos. De acordo com este raciocínio, cada geração de cientistas deveria estar sempre retomando, de alguma forma, a geração anterior para reverenciá-los e acrescentar, com isto, mais alguns tijolos neste edifício do conhecimento. Esta foi a forma encontrada, consciente ou inconscientemente, para explicar como se dava o processo de evolução do fazer científico, e assim, estimular novas descobertas. A equação que dava suporte a este novo fazer científico era *precisão, experimentação, previsão = eficiência*. Obedecendo fielmente, quase como um crente que obedece aos preceitos religiosos estabelecidos por seu líder espiritual, o cientista, para produzir um trabalho que almejasse ser entendido como científico, teria que seguir esta equação. A resultante positiva desta equação estava diretamente ligada ao sucesso das previsões astronômicas e mesmo da compreensão dos mecanismos que regem os seres vivos.

A visão evolutiva, no que diz respeito ao trabalho científico, é sistematizada por Bachelard, no livro **A formação do espírito científico**, de forma grosseira, segundo o próprio autor. O que nos interessa, neste trabalho, é como ele dividiu as etapas pelas quais atravessa o fazer científico. Segundo Bachelard (1996, p. 9-10), o pensamento científico teria passado por três etapas, o **estado pré-científico**, situado entre a Antiguidade Clássica e os séculos do renascimento e os séculos XVI, XVII até XVIII. No segundo momento temos o **estado científico**, entre o final do século XVIII, envolvendo o século XIX e o início do século XX. Por fim, o ano de 1905 é considerado o início da era do **novo espírito científico**, quando a teoria da Relatividade de Einstein desconstrói conceitos essenciais tidos como verdades inalienáveis por seus predecessores.

Essa perspectiva ratifica a tese de uma escala evolutiva para o fazer científico, em que uma etapa se pospõe a outra, completando-a e aperfeiçoando-a. Principalmente aperfeiçoando a etapa anterior, com mais precisão nas descobertas e um maior apuro do método científico. Em um outro momento, Bachelard apresenta uma espécie de *lei dos três estados* para a consolidação do espírito científico. O primeiro é o *estado concreto*, nele o espírito se entretém com as primeiras imagens do objeto de estudo e se apóia numa literatura de exaltação da natureza. Já no segundo, denominado *estado concreto-abstrato*, o espírito acrescenta à experiência física esquemas geométricos e tem como apoio uma filosofia da simplicidade. Por fim, numa terceira instância ocorre o *estado abstrato*, momento em que o espírito adota informações voluntariamente subtraídas à intuição do espaço real.

Apesar da *lei dos três estados* não estar relacionada com aspectos cronológicos, indica uma sequencialidade. Para alcançar o auge deste fazer científico é preciso uma longa dedicação por parte do iniciado, isto indica que, nesta visão bachelardiana, não se pode esperar grandes descobertas de um jovem iniciado. É preciso uma longa caminhada para aperfeiçoar-se e tornar-se um cientista pronto para descobrir novas verdades.

Contrário a esta idéia linear de aperfeiçoamento da ciência, Thomas Kuhn (2006), no seu livro “A estrutura das revoluções científicas”, apresenta uma perspectiva polêmica sobre a ciência e os mecanismos de produção do conhecimento. Empregando o termo paradigma – objeto de crítica por muitos filósofos – de maneira bastante variada para definir conjunto de regras, crenças, teorias, entre outras, que conduz a ciência de acordo com a época e as comunidades envolvidas no processo, com isto o autor dá início a um período de grandes discussões sobre as rupturas na construção do conhecimento científico. Na perspectiva de Kuhn a ciência não avança de modo contínuo, mas por blocos. Estes blocos podem ser definidos como ciência *normal*, em que as pesquisas ocorrem de modo a defender um paradigma central. Este período é alternado por um processo de crise, resultante de anomalias que surgem no âmbito desta ciência normal, gerando assim, a ciência *extraordinária*. Esse momento é caracterizado pelas revoluções que darão origem a novos paradigmas.

Esse processo de mudanças solapa teorias que, antes, pensava-se responder totalmente perguntas feitas sobre determinado objeto de estudo. Os críticos do paradigma dominante, ao apresentar mais e mais falhas introduzidas em seu núcleo, começam a elaborar novas teorias que expliquem melhor os fenômenos estudados. É certo que esta mudança não ocorre nem de maneira imediata nem confortavelmente. Os grupos se confrontam, e aquele que tiver maior força de expressão e poder de convencimento vence a disputa.

Diante destas lutas, nem sempre tão nobres na visão de Thomas Kuhn (2006), nós podemos perceber as fragilidades de algumas verdades que se criam absolutas. O caráter subjetivo muitas vezes domina a relação com objeto de estudo e os interesses de grupo se sobressaem em detrimento de uma preocupação verdadeiramente científica.

Posterior a Kuhn e Bachelard, Santos (2003) em seu texto “Um discurso sobre as ciências”, traz novamente a questão do paradigma dominante na ciência e suas contradições com qualquer forma de conhecimento que não se pautem por seus princípios epistemológicos e regras metodológicas. Para Santos o que não se pode negar é que com a mecânica newtoniana colocada em xeque, os determinismos sobre os quais postula a ciência clássica são absolutamente questionáveis. Diante disso, a história se contrapõe à eternidade, assim como imprevisibilidade ao determinismo. Entre outras contradições, há a desordem se opondo à ordem e criatividade e acidente opondo-se à necessidade. Nesta nova percepção da ciência os conceitos de lei e causalidade são colocados em questionamento. Aqui as leis têm caráter probabilístico, aproximativo e provisório. Com relação a estas últimas características, Santos retoma o princípio de falseabilidade de Popper.

Retomando este caráter da imprevisibilidade que se abate sobre pensamento científico pós-moderno, Edgar Morin, no livro *Os Sete Saberes necessários à educação do Futuro*, no primeiro capítulo alerta para o risco do erro e da ilusão, como se pode ver no trecho que segue:

O desenvolvimento do conhecimento científico é poderoso meio de detecção dos erros e de luta contra as ilusões. Entretanto, os paradigmas que controlam a ciência podem desenvolver ilusões, e nenhuma teoria científica está imune para sempre contra o erro. [...] A educação deve-se dedicar, por conseguinte, à identificação da origem dos erros, ilusões e cegueiras. (MORIN, 2002, p. 21)

O fato é que não é uma característica da atualidade o risco dos erros e ilusões que o pensamento científico pode ser levado a produzir. Os erros e as ilusões que cercam o fazer científico, como bem se sabe, é algo atemporal. Desde quando o homem se arvorou a produzir conhecimentos a partir de sua observação do universo este é um risco presente. O que diferencia o passado de hoje é que antes as verdades que se criam absolutas eram mais comuns. O cientista, entendendo o universo como uma máquina cujos movimentos poderiam ser totalmente previsíveis, vivia na busca de desenvolver leis que explicassem estes movimentos. E isto, contraditoriamente, os levou a erros e ilusões.

Diante de tudo isto, o pensamento científico, no contexto da pós-modernidade, em que a fragmentação do sujeito e, como consequência, do objeto é algo evidenciado, precisa ser exposto a novas confrontações, retroalimentando, assim, a produção e propagação do conhecimento. Isto implica, numa postura mais realista dos fatos e das limitações deste aspecto da vida social e privada, que é a produção do artefato científico. Sem dúvida alguma a racionalidade ainda é o meio mais seguro de evitar que a cegueira das paixões levem o pesquisador a cometer erros que fragilizariam seu trabalho de produção do conhecimento, necessário para responder suas indagações. Todavia o risco do erro é algo que a todo o momento ronda o fazer científico. Edgar Morin (2002, p. 24), de modo lúcido, ao enunciar, o que ele denomina, o *princípio de incerteza racional*, afirma que “a racionalidade corre o risco constante, caso não mantenha vigilante autocrítica quanto a cair na ilusão racionalizadora.” Ou seja, é preciso ir além do teórico e da ação meramente crítica, para promover uma atitude de autocrítica. O humano precisa voltar os olhos para dentro de si, sem se descuidar dos acontecimentos que estão, constante e ininterruptamente, ganhando forma em seu entorno. É necessário, sempre, que façamos reverberar o antigo oráculo, “conhece-te a ti mesmo”, é esta a condição primordial para que possamos metamorfosearmos-nos. Metarmorfosear-se, quer significar aqui, o momento em que o indivíduo, no ato de reflexão e abstração do conhecimento, produz-se a si mesmo a partir de sua relação como outro. Este outro é o objeto de sua análise, é o meio em que está situado, é o seu interactante direto e indireto.

O elemento da intersubjetividade, que dá sustento a análise sociológica, ganha uma dimensão de grande monta. Isto pressupõe, que no mundo contemporâneo, não é aceita de bom grado uma visão absolutista ou unilateral das verdades enunciadas pelas descobertas científicas. É inevitável contar com o imprevisível. Depois que a mecânica clássica foi colocada em xeque e que a relatividade teve seu espaço garantido nas discussões científicas não se pode mais retroceder à imagem do cientista como o único dono do saber, sob o risco de cair numa ingenuidade pueril.

A ciência, construída numa perspectiva racional, ainda é a maneira mais segura de nos lançar no conhecimento da verdade e de impedir erros e ilusões irracionais. Porém, ainda assim, a ciência, tal qual o homem é factível de erros, de imperfeições. Paradoxalmente, uma possibilidade de amenizar essas deficiências se dá na relação intersubjetiva, já que com o olhar do outro, a partir de seu espectro de visão, contribui-se para o aperfeiçoamento do pensamento científico já posto. É o processo de tese, antítese e síntese, sem o qual seria inexequível a dinâmica da produção do conhecimento. Isto demonstra que o olhar do outro nos constrói. Assim se dá no princípio da vida, período em que a criança, no olhar da mãe, forma o seu olhar do mundo. Numa perspectiva mais ampla, o humano é um construto bio-psico-social e respalda-se, enquanto ser humano, na sua interação com o outro. Em outros termos, a condição *sine qua non* para a estruturação do *eu* é a existência prévia de um *outro*, representado num primeiro momento pela mãe, depois por todas as ocorrências com as quais este *eu* venha a interagir.

4.2 Humano, humanização e transhumanismo: o discurso oficial e suas bases conceituais

Iniciamos este tópico do capítulo introduzindo um conceito de humano a partir de diferentes perspectivas, a primeira sobre a qual podemos nos respaldar é a Linguística. Portanto, a seguir apresentamos o conceito extraído, *ipsis litteris*, do Dicionário de Linguística¹⁰:

humano: os substantivos que designam estados qualidades, ocupações de seres humanos são uma subcategoria dos substantivos para seres animados que, semanticamente, designam seres vivos humanos ou considerados como tais e que se caracterizam por uma sintaxe diferente dos substantivos que designam seres vivos não-humanos (designativos dos animais). Assim, é, em princípio, um sujeito animado humano que convém a certos verbos como *pensar*, *crer*, etc. Morfemas como João, homem, criança têm o traço [+ humano] e morfemas como *cão*, *gato*, *cobra*, etc. têm o traço [- humano], não se levando em conta possíveis metáforas (passagem de uma categoria a outra): assim, os nomes coletivos ou os nomes de aparelho podem ser sujeitos dos verbos que só admitem nomes humanos; neste caso, atribui-se a eles um traço [+ humano]: *Toda a empresa fez greve. O carro partiu bruscamente.* (DUBOIS et al, 2011, p. 327)

Um aspecto peculiarmente interessante dessa definição, para nossa análise, diz respeito caractere **+ humano** relacionando-se ao **sujeito humano**, para o qual, unicamente, podem ser designadas ações como ***pensar*** e ***crer***. Na contemporaneidade, com o advento de categorias como transhumanismo (que será aprofundada mais adiante), os caracteres **+ humano** ou **- humano** são postos em crise, dada a sua limitação de abrangência. Num período em que o discurso oficial propõe a introdução de um conjunto de ações que visem o elemento humano do ser humano, o que nos parece redundante, essa discussão corre o risco de já nascer decrépita. Isso ocorre por razões evidentes, o próprio conceito de humanização, cuja raiz encontra-se no vocábulo humano, não é apresentada com clareza no texto oficial.

¹⁰ DUBOIS, Jean et al. 1973. *Dicionário de Linguística*. Cultrix.

São poucos os momentos em que há uma exposição clara, mesmo que insuficiente, dos conceitos de humanização e humanizar propostos no texto do PNHAH (2000), a seguir é possível observar alguns destes excertos:

- A humanização é entendida como valor, na medida em que resgata o respeito à vida humana. Abrange circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano. Esse valor é definido em função de seu caráter complementar aos aspectos técnico-científicos que privilegiam a objetividade, a generalidade, a causalidade e a especialização do saber. (p. 17)
- A humanização em saúde é resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano (p. 17)
- Humanizar é resgatar a importância dos aspectos emocionais, indissociáveis dos aspectos físicos na intervenção em saúde. (p. 17)
- Humanizar é aceitar esta necessidade de resgate e articulação dos aspectos subjetivos, indissociáveis dos aspectos físicos e biológicos. Mais que isso, humanizar é adotar uma prática em que profissionais e usuários consideram o conjunto dos aspectos físicos, subjetivos e sociais que compõem o atendimento à saúde. Humanizar refere-se, portanto, à possibilidade de assumir uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido dos limites. (p. 17)

Já que o conceito de humanização, visto numa perspectiva teórico-discursiva, ainda não recebeu um tratamento suficientemente abrangente que lhe desse contornos precisos, este conceito sofre de uma falta de rigor. Isso pode ser percebido em alguns dos fragmentos supracitados. Sobressalta-se o

caráter subjetivo das citações, tome-se como exemplo os argumentos “(...) **respeito à vida humana (...)**”, “(...) **respeito ao outro (...)**” recorrentes nos fragmentos selecionados. Ressaltando-se o quanto há de pouco preciso, inviabiliza uma definição mais exata do que se propõe o programa instituído pelo Ministério da Saúde. É de se notar o alto grau de ressignificação que termos como estes podem receber, dado o seu aspecto expressamente subjetivo. Assim, a depender das interpretações produzidas pelos sujeitos envolvidos num momento de interação, a ideia de atendimento humanizado pode sofrer as mais diversas confrontações, em alguns momentos até opostas.

Na medida em que o próprio conceito de morte é alvo constante de controvérsias, como consequência, o conceito de não-morte sofre a repercussão destas controvérsias. Inevitavelmente, estas controvérsias vão incidir no conceito de atendimento humanizado. Manter um paciente vivo por respiração artificial, por exemplo, nos coloca na discussão hodierna da intervenção da máquina na extensão da vida humana. Nesta condição, em que a manutenção da vida só é possível por meio das máquinas, que autonomia possui o sujeito para decidir-se sobre sua condição? Por outro lado, se para alguns atendimento humanizado pode significar simplesmente conseguir marcar uma consulta depois de uma longa e excruciante espera ou haver, no hospital procurado, um médico da especialidade de que necessita, para outros, atendimento humanizado pode significar estar num hospital no qual é amparado por um maquinário de última geração.

Para tornar mais complexo este debate, nos últimos anos, surge, no âmbito da filosofia e depois seguindo para o campo da medicina, o movimento transhumanista, alvo de mais controvérsias e críticas. Neves (2005, p. 32-33) pode nos ajudar a compreender melhor a ideia inserida pela palavra transhumanismo, ao enunciar que:

O Transhumanismo propõe o uso de tecnologia para expandir as capacidades humanas de maneira ilimitada; supõe a possibilidade de superação do “humano”, através de meios que permitam a substituição tecnológica de quaisquer partes do indivíduo, de modo que seja possível o perdurar desse ser, que pode vir a ser um humano, ou pós-humano, ou andróide, ou equivalente, por milênios.

O que parecia uma mera ficção científica, parece estar cada vez mais próximo de tornar-se uma realidade. A fusão do homem com a máquina objetiva conferir ao beneficiado capacidades físicas inimagináveis, há até bem pouco tempo, para um ser humano.

O movimento transhumanista, que se desenvolveu na última década do século XX, viu nascer, em 1998, a Associação Transhumanista Mundial, nos Estados Unidos, tendo como fundadores os filósofos Nick Bostrom e David Pearce. Este movimento representa mais uma peça para este mosaico de ideias na busca por construir um conceito do humano e da ação humanizada. Os transhumanistas, como declara Neves (2005), entendem-se como “continuadores do humanismo”, numa perspectiva evolucionista, e acreditam na possibilidade de o ser humano vir a tornar-se um “pós-humano”, ao fazer uso dos recursos produzidos pela engenharia genética, da nanotecnologia e até mesmo da robótica. Isto remete-nos às ideias eugênicas¹¹. A eugenia, que já foi alvo de muitas críticas por ser associada à noção de raças superiores, volta a ser foco de discussões acadêmicas acaloradas. Este fato acrescenta mais elementos à já difícil empreitada de construir uma definição precisa para a ideia de humano.

Como reflexo da inserção destas novas variáveis, a palavra **humano**, novamente, parece correr o risco de sofrer um processo de pulverização de seus limites conceituais, o que força-nos a nos colocar no ofício de repensá-lo detidamente. Morin (2002, p. 47-48) posiciona-se de modo contundente a este respeito:

Os progressos concomitantes da cosmologia, das ciências da Terra, da ecologia, da biologia, da pré-história, nos anos 60-70, modificaram as ideias sobre o Universo, a Terra, a Vida e sobre o Homem. O humano continua esquartejado, partido como pedaços de um quebra-cabeça ao qual falta uma peça. Aqui se apresenta um problema epistemológico: é impossível conceber a unidade complexa do ser humano pelo pensamento disjuntivo, que concebe nossa humanidade de maneira insular, fora do cosmos que a rodeia, da matéria física e do espírito do qual fomos constituídos, bom como pelo pensamento redutor, que restringe a unidade humana a um substrato puramente bio-anatômico. As ciências humanas são elas próprias fragmentadas e compartimentadas. Assim, a complexidade humana torna-se invisível e o homem desvanece ‘como rastro de areia’.

¹¹ “A Eugenia foi criada pelo austríaco inglês Francis Galton [...] supondo poder melhorar a humanidade através de cruzamentos programados entre seres humanos ‘melhores’”. (NEVES, 2005, p. 33).

Se o ser humano é, a um só tempo, físico, biológico, psíquico, cultural, social, histórico, então é necessário resgatar, deste conglomerado de aportes, o ponto de equilíbrio para uma construção de uma teoria abrangente e coerente sobre o humano. Entretanto, este resgate mostra-se inviável enquanto o pensamento disjuntivo imperar como modelo de ensino das ciências. A forma desintegrada como as disciplinas são abordadas na educação torna, para Morin, impossível aprender o que significa ser humano. Construir um elo, sedimentado em bases sólidas, entre as várias disciplinas e proporcionar, assim, uma compreensão da unidade e complexidade humana é possível, mas requer um grande esforço dos sujeitos envolvidos neste processo.

Para Morin (2002) é fundamental estabelecer o remembramento dos conhecimentos provenientes das ciências naturais, no intuito de expor com clareza a condição humana no mundo, e dos conhecimentos oriundos das ciências humanas. Isto posto, tornar-se-ia possível evidenciar a multidimensionalidade e a complexidade humanas, além integrar a contribuição das humanidades, incluindo-se não só a filosofia e a história, como também a literatura, a poesia, as artes, entre outras contribuições. Acrescentaríamos a esta lista, a contribuição da Linguística, nas suas dimensões macro e micro¹². Sem esta contribuição, qualquer tentativa de sistematização da condição humana no mundo seria deficiente.

É com base nesta proposta de compreensão da condição humana, sugerida por Morin, que alertamos para um aspecto central que pode apontar para uma deficiência do PNHAHA/PNH, é inconcebível apostar numa assistência, que se proponha humanizada, se o próprio conceito chave sofre por uma carência de rigor. Equipar hospitais com tecnologia de ponta, reestruturar as instalações do prédio, em que está situado o hospital e, até mesmo, aumentar a quantidade de profissionais da saúde pode representar apenas um paliativo, se todas estas mudanças não estiverem associadas à reestruturação do pensamento sobre o conceito de humano. Isto pode ser observado, de modo explícito, em clínicas particulares, nas quais os

¹² Os termos *micro* e *macro*, referindo-se à Linguística, são utilizados aqui, em acordo com Weedwood (2002, p. 12): “Pela visão microlinguística, as línguas devem ser analisadas em si mesmas e sem referência a sua função social, à maneira como são adquiridas pelas crianças, aos mecanismos psicológicos que subjazem à produção e recepção da fala, à função literária ou estética ou comunicativa da língua, e assim pro diante. Em contraste, a macrolinguística abrange todos esses aspectos da linguagem.”

profissionais já contam com equipamentos necessários e em boas condições de uso. No entanto, isto não significa a certeza de que neste ambiente será dispensada uma assistência humanizada para seus clientes. Se assim o fosse, os registros de reclamações não seriam tão frequentes com relação aos serviços prestados neste meio.

Concordamos, novamente, com Morin, ao afirmar de maneira poética, que o humano:

É super e hipervivente: desenvolveu de modo surpreendente as potencialidades da vida. Exprime de maneira hipertrofiada as qualidades egocêntricas e altruístas do indivíduo, alcança paroxismos de vida em êxtases e na embriaguez, ferve de ardores orgiásticos e orgásmicos, e é nesta hipervitalidade que o *Homo sapiens* é também *Homo demens*. (MORIN, 2002, p. 52)

Assim, ao reestruturar o modelo de pensamento sobre o humano, é necessário despertar, sob pena de uma construção ineficaz, para o fato que o humano é, além de tudo, o espaço das contradições. Se ele é *sapiens*, na mesma medida, é *demens*. Com a mesma intensidade que ele se constrói, nele há a força de destruição. No seu interior encontram-se em ebulição as pulsões que ora colocam-no em movimento, ora deixam-no estagnado. Nesta perspectiva o *cogito ergo sum* cartesiano é insuficiente para definir as reais capacidades do ser humano. Somos um ajuntamento de razão, loucura e afetos. Se por um lado produzimos os artefatos científicos que permitem o prolongamento da vida, numa busca desvairada pela imortalidade; por outro, recriamo-nos na arte, por uma necessidade imperiosa de sublimação, sem a qual a vida seria insuportável. No final, sobram os afetos, não na acepção vulgar da palavra, mas os reais afetos bons e maus, colocando-nos permanentemente na roda-viva. Em decorrência disto, afetamos e somos afetados pelos sentimentos e pensamentos que estão em constante processo de mutação.

Humanizar-se é, essencialmente, compreender-se humano, isto é, aceitar as contradições que nos constituem. Entender que quando dizemos um sim a algo, negamos o seu oposto, que também está presente em nós. O discurso sobre a humanização implica na negação de algo que, por falta de uma expressão mais específica, denominamos discurso desumanizado. No entanto, sabe-se que falar em atos desumanos é linguisticamente improvável,

visto que se o ato é proveniente de um ser que se define humano, este ato só pode ser humano, mesmo que este ato seja governado pelo instinto.

Assim, falar, supostamente, em assistência desumanizada, fazendo-se a devida oposição ao que se convencionou denominar assistência humanizada, parece estar sustentada em bases pouco sólidas. Na verdade, a dicotomia entre estas esferas de ação é irreal. O signo do humano é constituído pela diversidade que, simultaneamente, revela-se de modo singular e plural. De modo que o humano e o desumano convivem em nós, fundamentados por uma dialética das ações.

A dificuldade de definir o que é uma ação humanizada advém do fato de que o próprio conceito de humano não ser definitivo, de não ser fechado. Este é um conceito historicamente situado e sofre as limitações do tempo e das circunstâncias de seu uso. Por conta disso, afirmar que alguém está tendo uma atitude humanizada, ou recebendo um tratamento humanizado pode redundar numa grande imprecisão de termos. Isto levou-nos a adotar um percurso para a análise dos dados, partindo do pressuposto de que é através da linguagem que primeiro são evidenciadas as ações dos interactantes. Através do ato de se comunicar, os sujeitos se revelam e permite que o outro se comunique. Esta relação entre a atividade de linguagem e o ato de humanizar(-se) será melhor tratada no capítulo oito, no qual será mostrado como as escolhas verbais denotam a postura assumida pelos interactantes que, sendo de cooperação, torna-se uma facilitadora da interlocução.

5 A relação paciente-médico e a *alteridade* constitutiva: Uma via de acesso ao outro

*“Este o nosso destino: amor sem conta,
distribuído pelas coisas pérfidas ou nulas
doação ilimitada a uma completa ingratidão,
e na concha vazia do amor a procura medrosa,
paciente, de mais e mais amor.”*

(Carlos Drummond de Andrade, do poema Amar)

O ser humano vive numa busca desenfreada por comunicar-se, isto é, ser entendido, e entender-se a si mesmo. No entanto, nesta busca a frustração, o cansaço, os desentendimentos podem se interpor no caminho e resultar em distorções na construção de sentidos. O que fazer quando o desejo por comunicar-se é sobreposto pela frustrante inabilidade de desvelar-se diante do outro? Que mecanismos se utilizam os sujeitos na sua busca constante por expressar-se? É possível descobrir-se sem que isto implique no encontro do outro? Ou melhor, é possível construir-se sem que isto requeira, primeiro, a construção da alteridade? Estas questões, no contexto de uma interação paciente-médico, têm um papel preponderante para o sucesso desta empreitada. Percebe-se, assim, que a busca do outro e a necessidade de ser entendido por este outro é crucial para o bom andamento da profilaxia ou tratamento da enfermidade. Se é no diálogo com o paciente que o médico legitima o seu papel social, o mesmo se pode dizer do paciente em relação ao médico.

Este capítulo se deparará frontalmente com estas questões. Para a realização desta investigação, convocaremos um aporte teórico que prioriza o tratamento sociológico da linguagem, proposto por Bakhtin, especialmente nos seus trabalhos *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (2004a), *Estética da Criação Verbal* (2000), *Para filosofia de um ato*, e a percepção de sujeito pela psicanálise.

5.1 O Método sociológico

Conceitos como dialogismo, alteridade, exotopia, hoje muito comum nas rodas acadêmicas, foram introduzidos como objeto de discussão científica por Bakhtin já na primeira metade do século XX. No livro *Marxismo e Filosofia da Linguagem* (2004a) é traçado um contraponto entre duas correntes da filosofia da linguagem, são elas: o **subjetivismo idealista**, iniciado por William Humboldt. De acordo com esta corrente, o indivíduo é o responsável pelo processo criativo da linguagem, observa-se, portanto, que esta é uma visão romântica do sujeito. Nela o indivíduo é tomado como criador de sentidos, comparando-o com o artesão que produz sua arte baseado num processo interior de criação. A segunda corrente refere-se ao **objetivismo abstrato**, concebido por Saussure. Nesta concepção a língua é vista como um sistema abstrato constituído por formas fonéticas, gramaticais e lexicais. Nesta perspectiva, o sistema linguístico recebe a atenção maior do analista, desconsiderando os acontecimentos que com ele interagem no momento da produção linguística.

Discordando destas duas concepções de língua, Bakhtin (2004a) propõe uma visão sociológica da linguagem, em que o foco nem é o locutor, como criador absoluto de sentidos, nem o código lingüístico, dissociado do mundo que o cerca. No seu método, que se pode denominar como sociológico, a atenção volta-se para o próprio processo comunicativo, levando em consideração o meio em que esta comunicação é constituída. Ao ver a língua pelo prisma sociológico, torna-se imperativo entender o signo como o espaço de legitimação de ideologias, daí a constatação bakhtiniana de que “tudo que é ideológico é um signo” (2004a, p. 31). Nesta concepção até mesmo a *realidade do psiquismo interior* é entendida como signo ideológico. Já que esta realidade está situada na região fronteira entre o mundo interior e o mundo exterior, é nesta região que se dá a construção do signo. A atividade psíquica, de acordo com esta abordagem sociológica, é a expressão semiótica do contato entre o sujeito e seu mundo exterior. Como consequência desse encontro de semioses, Bakhtin, opondo-se ao psiquismo de sua época, propõe que:

[...] a tarefa da psicologia consiste em descrever com

discernimento, dissecar e explicar a vida psíquica como se tratasse de um documento submetido à análise do filólogo. (BAKHTIN, 2004a, p. 49)

Mas o que constitui o material semiótico do psiquismo? Pergunta-se Bakhtin. A resposta é dada em seguida, “tudo que ocorre no organismo pode tornar-se material para a expressão da atividade psíquica, posto que tudo pode adquirir um valor semiótico”. Neste psiquismo, compreendido nesta proposta metodológica, o *discurso interior*, ou seja, a palavra, constitui-se no material semiótico privilegiado. A chave para entender, tanto o psiquismo quanto a ideologia, é a *filosofia do signo*, já que “o signo ideológico é o território comum, tanto do psiquismo quanto da ideologia”

Diante disto, resta entender a distinção entre o individual e social, no que diz respeito ao uso da palavra. Seria o discurso interior uma ação da individualidade mais íntima do ser humano? E no pólo oposto a este discurso estaria a palavra externada? Bakhtin diz que não. Na sua concepção “todo signo, inclusive o da individualidade, é social”. Nesta visão sócio-ideológica, afirma Bakhtin:

[...] meu pensamento, desde a origem, pertence ao sistema ideológico e é subordinado a suas leis. Mas, ao mesmo tempo, ele também pertence a um outro sistema único, e igualmente possuidor de suas próprias leis específicas, o sistema do psiquismo. (BAKHTIN, 2004a, p. 59)

Isto implica admitir que a imagem do indivíduo que evade-se para um mundo criado por si e para si, escapando das intempéries produzidas pelo contexto social, e assim produzindo seu próprio discurso, é fruto de um romantismo que não dá conta das questões do mundo real. Esta pretensa enunciação monológica, na qual se baseia o subjetivismo individualista, em que o indivíduo, num ato puramente individual, expressa seus desejos, suas intenções e gostos deve ser rechaçado, segundo Bakhtin, já que o “centro organizador de toda enunciação, de toda expressão, não é o interior, mas o exterior: está situado no meio social que envolve o indivíduo.” Na verdade, a expressão possui duas dimensões, que são inseparáveis: o *conteúdo* (interior) e sua *objetivação exterior* (para outrem ou para si mesmo). E o que é a expressão, senão a materialização deste conteúdo interior. Na medida em que esta expressão materializa-se, ela produz um efeito reversivo, ou seja, modifica

a atividade mental. Estamos diante de uma relação inseparável entre o discurso e sua materialização.

Se entendemos que a palavra não é propriedade exclusiva de um falante e a enunciação é resultante direta da relação social entre interactantes. O que dizer destes? Como identificá-lo enquanto o sujeito que se apropria de um discurso? Já que a palavra, retomando a famosa analogia bakhtiniana, é uma ponte que une as individualidades? Cabe aqui a abertura de um precedente, essencial para a compreensão desta abordagem metodológica. Bakhtin ao enunciar que:

[...] se a palavra não lhe (o locutor) pertence totalmente, uma vez que ela se situa numa espécie de zona fronteira, cabe-lhe contudo uma boa metade. Em um determinado momento, o locutor é incontestavelmente o único dono da palavra, que é então sua propriedade inalienável. É o instante do ato fisiológico de materialização da palavra. (BAKHTIN, 2004a, p. 59) (grifos nossos)

Neste momento, essencialmente fisiológico, em que um dos interactantes possui a palavra, sua individualidade (não confundir com individualismo) pode ser desvelada. E é também neste momento, através do uso da palavra e pela palavra, que nasce no *eu* o processo de individuação¹³, conceito preconizado por Jung em sua psicologia analítica. A individualidade é construída por essa ação interna que, em sua dimensão mais profunda, dentro da perspectiva sociológica, é fruto das relações externas e do contexto social. Não estamos aqui diante de um determinismo, em que, por um processo de reificação, o sujeito sofre um apagamento de sua individualidade; também não estamos diante de um romantismo, em que o indivíduo é considerado o fundador único de sua personalidade e discurso. O foco desta análise é a interação verbal, que entende enunciação como a resultante da interação de dois indivíduos, organizados socialmente. Neste caso, a palavra **é dirigida e dirige-se a** alguém. O que determina qual palavra será escolhida ou como ela será enunciada é a *situação social imediata*. Pois é esta que determina quem são os interactantes, se são próximos ou distantes, amigos ou rivais, se estão na luta por uma mesma causa, ou lutam em trincheiras antagônicas

¹³ Diz respeito ao processo de formação do indivíduo, de maneira que se considere a diferenciação da sua personalidade. Para Jung, é a “realização espontânea do homem total”. (SILVA, Valmir Adamor. Dicionário de Psicologia, p. 93)

Com efeito, a crítica contundente ao método linguístico, feita por Bakhtin tem sua razão de ser, ao afirmar que:

O objeto da Linguística é tão-somente o material e os recursos da comunicação verbal, e não a própria comunicação verbal [...]. A Linguística estuda somente a relação existente entre os elementos dentro do sistema da língua, e não a relação existente entre o enunciado e a realidade, entre o enunciado e o locutor (o autor). (BAKHTIN, 2000, p. 346)

Entendamos o termo Linguística, situado nesta referência, como a Linguística estrutural fundada por Saussure, ao afirmar no final de seu Curso de Linguística Geral (2004, p. 271) que “a Linguística tem por único e verdadeiro objeto a língua considerada em si e por si mesma.” Estas são as últimas palavras deste texto, que deu origem ao entendimento da Linguística enquanto ciência, ao definir seu objeto de estudo. Neste momento, era importante definir com clareza os limites deste ramo de estudo da linguagem que reclamava para si o *status* de ciência. No entanto com o advento do pragmatismo, os estudos linguísticos foram ganhando uma dimensão cada vez mais abrangente, abarcando outras áreas que também se interessam com a linguagem. Para dar conta dos novos estudos provenientes das diferentes disciplinas introduziram-se os termos **macrolinguística**, numa relação de complementação com a **microlinguística** (WEEDWOOD, 2002, p. 10-12). Embora não seja consensual a aceitação dos termos, a macrolinguística estaria relacionada aos estudos provenientes da psicolinguística, da sociolinguística, da linguística antropológica, da dialetologia, da estilística, entre outras. Já a microlinguística refere-se aos estudos interessados com a língua em si, ou seja, a fonética, fonologia, sintaxe, morfologia, semântica, lexicologia. Segundo Weedood (2002, p. 12), o termo utilizado para indicar estas áreas é “núcleo duro” do inglês *hard-core*.

Vê-se, dessa forma, que ambos, Bakhtin e Saussure tinham suas razões, dentro de suas perspectivas, sobre o que seria o objeto da Linguística. Para o primeiro, a interação verbal – que se realiza através da enunciação ou das enunciações – seria a realidade fundamental da língua, ao passo que o segundo, restringe seus estudos ao código linguístico.

Entendido o processo de comunicação, como fruto da interação entre atores sociais. Podemos agora entender melhor conceitos como alteridade, dialogismo e exotopia.

5.2 O Sujeito: o espaço de encontro do *eu* com o *outro*

Dos três conceitos, supracitados, o **dialogismo** estaria na base. A relação dialógica é o espaço de encontro entre as subjetividades, ao menos de duas, o *eu* e o *outro*. A vivência concreta do eu só é possível a partir da sua relação com o outro. O caminho para autodescoberta não é um caminho solitário, assim como a construção da subjetividade nasce do encontro com entre as individualidades. Esta construção da subjetividade é principiada desde o início da vida. Quando se dá a primeira separação, já no nascimento. O ser humano, que antes fazia parte de um mesmo corpo (o feto e o corpo da mãe), terá que enfrentar de agora em diante um processo de individuação. Daí em diante o que sucederá é uma busca irrefreável do *outro*, que antes era parte do *eu*. No entanto, nesta primeira infância, a criança vive a ilusão da união estável com a mãe, é o que em psicanálise chama “fase pré-edipiana”. Terry Eagleton, descreve bem esta fase:

Ao examinarmos a fase pré-edipiana ou imaginária, estamos examinando um registro do ser no qual não há, de fato, mais de dois termos: a própria criança e o outro corpo, que a esta altura é, via de regra, a mãe, que para ela representa sua realidade exterior. Mas ao expormos o complexo de Édipo, esta estrutura ‘diádica’ está destinada a ceder lugar a uma estrutura ‘triádica’, e isso acontece quando o pai entra em cena e perturba a harmonia. (EAGLETON, 1983, p. 176)

Sabe-se que não há consenso entre os próprios psicanalistas sobre o conceito de Complexo de Édipo e sua importância na formação do sujeito, posteriormente batizado de “situação edipiana”, por Melanie Klein (YOUNG, 2005, p. 23). Utilizemos desta tragédia, cuja autoria se deve a Sófocles, a sua expressão metafórica. Entendido desta forma, sabemos que sentimos falta do outro, assim como a criança sente falta do corpo da mãe, e vivemos a ilusão do retorno a esta fusão - como seria possível suportar esta distância? É a angústia

que nos acompanha ao longo de nossas vidas. O que a criança precisa entender é que, depois de gerada, o outro não se reduz mais à figura materna; o outro, de agora em diante, pode ser o pai; o outro é o irmãozinho, que também precisa da atenção da mãe; o *outro* é, numa dimensão maior, o *não-eu*. Tudo aquilo que está fora de mim e com que eu me relaciono. Esta elaboração, de natureza bio-psico-social, requer tempo e esforço do indivíduo que, sozinho não conseguiria passar pelas etapas do amadurecimento. Daí a importância de um terceiro personagem, na relação mãe-filho, que quebre esta pseudo unidade. Vivemos, pois, neste eterno movimento unidade, separação e busca do *outro*, assim como o movimento de sístole e diástole. É este movimento, de ruptura e busca, que permite a fluidez da vida em sociedade.

Por mais paradoxal que possa parecer, é na busca do outro que torna possível o processo de individuação. Para Bakhtin esta busca se dá na e pela palavra e o processo enunciativo é a materialização desta busca. Para usar um outro exemplo, fora do universo linguístico, citamos a alegoria judaico-cristã de Adão e Eva e o Jardim do Éden. Uma vez tendo vivido no paraíso e sendo expulsos deste, o casal leva consigo a marca deste lugar. A raça humana, seus filhos, vivem a eterna saudade e a busca deste elo perdido. Embora não estejamos mais neste grande jardim, ficou em nós a sensação de termos estado nele, uma lembrança inconsciente, por isso justifica-se nossa busca por este paraíso. Lá, assim como no corpo da mãe, não existe separação só existe o *um*, o *i-ching* dos orientais. Segundo Bakhtin nesta “sensação primitiva e natural de si, o eu e o outro se confundem. Ainda não existe egoísmo nem altruísmo” (2000, p. 388).

O sujeito psicanalítico é esta unidade diversa. Precisamos passar pelo processo de individuação, para, dessa forma, sentirmos a necessidade do reencontro com o que de mais profundo há em nós. É a vivência e a elaboração consciente e inconsciente deste processo que faz a pessoa se desenvolver de modo saudável. É o *fio de Ariadne*, em que o herói, sendo o próprio sujeito desejante, assim como Teseu, adentra o labirinto. O labirinto, aqui entendido metaforicamente, é o inconsciente. A volta do inconsciente para o consciente, ou do *discurso não oficial* para o *discurso oficial* nos termos bakhtinianos, significa a reintegração social do sujeito. E isto, em última instância, representa a solidificação do ego.

Para entender o dialogismo, na sua dimensão mais ampla, é imprescindível compreendermos esta busca. É importante não esquecer que ao referir-se à relação dialógica, Bakhtin não se restringe a “um sistema relacional de ordem lógica (ainda que dialética) ou Linguística (sintático-composicional)”. Na verdade, esta relação transcende o puro uso da língua, embora não prescindida dela. Até por que o diálogo representa uma, entre outras, das formas de realização da comunicação verbal. Isto nos leva a crer que o sujeito pode estar, numa determinada circunstância, conversando com alguém e não estabelecer uma relação dialógica, e em outra ocasião não produzir explicitamente uma conversa, mas estabelecer uma relação dialógica. Em suma, é preciso que haja uma convergência do sentido para que um autêntico dialogismo aconteça. Podemos entender este processo, também, como *identificação estética*. Para Bakhtin

A identificação estética com o participante de um evento não é ainda a consecução de uma compreensão plena do evento. Mesmo que eu conheça inteiramente uma dada pessoa, e também conheça a mim mesmo, eu ainda tenho de captar a verdade de nossa interpelação, a verdade do evento único e unitário que nos liga e do qual nós somos participantes. (Para uma filosofia do ato, p. 17)

Compreender o outro requer muito mais que apenas ouvir suas palavras, sua expressão enquanto agente e produtor de pensamentos. É preciso que haja o encontro mútuo, que se dá não só pela identificação estética com o outro, mas também, e especialmente, pela compreensão real do evento comunicativo que se desenvolve entre os interactantes. É preciso entender-se como partícipe desta arquitetônica, em que as várias vozes se cruzam como fios de um novelo, para dar forma a tessitura comunicacional. É o que se pode denominar de via de mão dupla, em que os sujeitos se constituem na arquitetônica, e a arquitetônica por sua vez está sustentada no encontro e na formulação destes sujeitos.

É este encontro íntimo e transcendente que promove e torna possível a **alteridade**, o qual, segundo Bakhtin:

É uma experiência que se pode, em certa medida, definir como um processo de assimilação, mais ou menos criativo, das palavras do outro (e não das palavras da língua). Nossa fala, isto é, nossos enunciados (que incluem as obras literárias),

estão repletos de palavras dos outros, caracterizadas, em graus variáveis, pela alteridade ou pela assimilação, caracterizadas também em graus variáveis, por um emprego consciente e decalcado. As palavras dos outros introduzem sua própria expressividade, seu tom valorativo, que assimilamos, reestruturamos, modificamos. (BAKHTIN, 2000, p. 314)

O humano é fundado por esta polifonia e dela se utiliza para expressar idéias, sentimentos e crenças. O *eu*, neste caso, não só deseja o *outro*, como dele necessita para a sedimentação sua condição humana no mundo. Partindo desta concepção, não existe, definitivamente, o indivíduo isolado. Para evitar mal entendidos a esse respeito, Bakhtin propõe uma distinção precisa entre o conceito de *indivíduo natural isolado* e o conceito de *individualidade*. O primeiro, que não se refere ao universo social, é objeto de estudo do biólogo. Já o segundo, se apresenta como uma superestrutura ideológica semiótica. O sujeito desejante da psicanálise é o sujeito significante da linguagem. O ser se revela pelo e para o outro. Em última instância, o *outro* é a única razão de existência do *eu*. É como o negativo de uma fotografia, em que se não houver a parte escura não haverá a parte clara. Entre elas não existe o vazio, mas uma zona fronteira entre o claro e o escuro. É exatamente nesta zona fronteira que se dá a comunicação verbal.

Na base desta diferenciação espacial está o princípio de exotopia. Este princípio nos alerta para o fato de que eu só consigo ver o outro, na sua plenitude, por que estou fora dele, assim como ele só, e somente só, consegue me ver, da forma como ele me vê, por estar fora de mim. De modo que, para a realização do *excedente de visão* é essencial o *estar do lado de fora*. Já que o que outro não pode ver, o que está fora de seu campo de visão, ou seja o que lhe falta, é acrescido por mim. O *eu* se completa no *outro*, assim como o *outro* só consegue ser pleno nesse reencontro com o que está fora de si. E dessa forma é possível realizar o momento da *contemplação estética* do outro. Do que há de diferente e inusitado neste outro. Segundo Bakhtin:

Um momento essencial (ainda que não o único) da contemplação estética é a identificação (empatia) com um objeto individual da visão – vê-lo de dentro de sua própria essência. Esse momento de empatia é sempre seguido pelo momento de objetivação, isto é, colocar-se *do lado de fora* da individualidade percebida pela empatia, um separar-se do objeto, um *retorno* a si mesmo. (Para filosofia de um ato, p. 14)

Só assim, por este processo de empatia, o *eu* pode se colocar no lugar do *outro*. Bakhtin alerta para o fato de que colocar-se no lugar do outro não significa a perda identidade, ou a fusão das individualidades. Visto que no momento em que há a fusão, perde-se o excedente de visão. É preciso estar de fora, e entender que o meu *eu* e o eu do *outro* é irrepetível e irreproduzível. Dessa forma, é possível ver-se na perspectiva do outro, com a sua ajuda deste outro, visto que esta perspectiva pertencerá só a este outro. A fusão das identidades resultaria numa distorção e limitação da visão. Ambos só conseguiriam ver as mesmas coisas, restringindo assim o campo de visão. Não haveria acréscimo de um para com o outro, o que impossibilitaria o excedente de visão.

O sujeito é o local de encontro entre o *eu* e o *outro*. E o *Ser evento único*, apontado por Bakhtin, é a junção das várias subjetividades presentes na sociedade. A transcendência do humano se dá na medida em que nos reconhecemos parte constituinte deste Ser. No entanto, existe uma condição indispensável para a realização desta transcendência, é achar o caminho, por mais árduo que seja, que nos leve à morada do outro. E chegando lá conhecê-lo, amá-lo, fazer parte dele. Esta é uma jornada necessária, porém perigosa. Já que o *eu*, ao extasiar-se em ver o *outro*, possa querer imiscuir-se nele, perdendo, assim sua identidade. Uma outra possibilidade, igualmente nefasta, é a deste *eu*, vendo o *outro* e percebendo sua diferença, repeli-lo. Em ambos os casos a possibilidade de comunicação é irretorquivelmente afetada.

Apesar dessas duas possibilidades estarem latentes, há uma terceira, na qual o *eu* ao ver o *outro*, não só o percebe, como compreende-o parte de *si*. O *outro* não sou *eu*, tampouco *eu* sou o *outro*, mas fazemos parte de um mesmo Ser. Aqui, sim, a relação dialógica acontece em toda sua amplitude. O verdadeiro caminho para autodescoberta nos remete, inevitavelmente, ao encontro com outro. Daí sua importância central para sairmos de nossa imanência e atingirmos a essência do ser evento único.

No contexto da assistência médica, apesar das contingências da profissão e do cotidiano de um hospital, este encontro é possível e desejável. A relação dialógica entre médico e usuário é uma condição *sine qua non* como base para um tratamento mais eficaz. É disto que trata o próximo item, da

parceria entre médico e usuário e do estabelecimento de uma conduta em que ambos sejam vistos como sujeitos do processo interativo.

5.3 Médico e paciente: o desejo da cura na alteridade

“A medicina é a ciência e a arte de curar. Esse curar pode ser desdobrado em cuidar, ou ainda diagnosticar, prognosticar e tratar” (NEVES, 2005, p. 24). Esta afirmação é de um médico, e como tal, revestindo-se de seu papel social, traça um plano de ação para medicina, cuja realização só se justifica na interação face a face. No discurso médico, o ato de *curar* é desmembrado em ações como *cuidar*, *diagnosticar*, *prognosticar* e *tratar*. Nota-se que todas estas ações apontam para a necessidade da presença e participação direta do outro, sem o qual se tornaria inviável qualquer possibilidade de um tratamento eficaz.

O contato direto com o outro no cotidiano das práticas médicas é um imperativo, o paciente, na sua interação com os profissionais de saúde, representa uma constante exigência de cuidado. Neste contexto, comunicação precisa ser clara, mas respeitando-se os limites dos envolvidos neste diálogo de carências e desejos. Entretanto, como bem afirma Nogueira-Martins:

Muitas vezes, embora o profissional tenha a intenção de estabelecer um bom contato, fatores comunicacionais tendem a afastá-lo e podem mesmo ocasionar erros profissionais. Um bom número dessas situações resulta de problemas com relação ao que foi dito (ou não) e ao que foi entendido (ou não). A doença gera, sem dúvida, um estado de tensão que torna mais difícil a compreensão dos fatos. (2001, p. 41)

O primeiro contato intenso entre médico e o portador de uma enfermidade é o contato verbal, evidentemente depois do contato visual, exceto quando um deles sofre de alguma deficiência visual grave. Daí a ênfase tão grande no aspecto comunicacional, via oralidade. Visto que o ser humano não é só razão, num momento de grande tensão não é impossível que os afetos misturem-se num emaranhado de sensações e, com isso, ocorram rupturas na comunicação. Estas rupturas podem ser fatais para o paciente e, em alguns casos, para o médico. Que os erros médicos, em grande medida, decorrem da

incompreensão do que foi dito (ou não) e do que foi entendido (ABDO, 1996), isto já não representa um mistério. Uma das questões que este fato sugere é *“Que tipo de relação é estabelecida entre os interactantes, médico e paciente, que dificulta uma real comunicação?”*. Seriam estas ocorrências uma marca do que se convencionou denominar atendimento não humanizado? Nesse aspecto, o texto oficial é direto ao afirmar que a humanização em saúde diz respeito ao ato de “resgatar o respeito à vida humana, levando-se em conta as circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas presentes em todo relacionamento humano.” Assim, os erros médicos, frutos de rupturas na comunicação, podem estar sinalizando uma falta cuidado real com o outro, nascido de uma deficiente percepção do outro. Uma atmosfera de empatia só se constrói se os interlocutores reconhecerem-se como parte do outro, com quem interagem. Se o profissional de saúde não consegue ver no paciente o seu outro, dificilmente será estabelecida uma relação satisfatória. Neves (2005), oferece-nos algumas pistas para compreender este processo de afastamento do médico para com a pessoa do paciente:

[...] no primeiro ano médico, a idealização do papel do médico tem parecido como ponto central das vivências dos alunos. No segundo ano, há uma desidealização, acompanhada de frustração e uma desilusão em relação à carreira profissional. No terceiro ano, há o predomínio de uma intensa angústia associada ao contato com o cliente real e com o hospital. (NEVES, 2005, p. 111)

Esta idealização do papel do médico, como se pode ver, representa um entrave para a construção de uma interação sólida, fundamentada em bases realistas para os atores envolvidos no contexto da assistência hospitalar. A construção social do papel do médico, ao se sustentar em bases puramente idealizadas, é nociva tanto para o paciente quanto para o próprio profissional de saúde. No paciente evidencia-se a sensação de inferioridade que, já fragilizado pela doença, vê na pessoa do médico uma instância inacessível. Para o médico, resta-lhe a frustração ao se deparar com o real cotidiano do hospital e seus desafios, sempre mais exigentes.

A preparação do profissional de saúde, ao assumir a condição de *cuidador* de pessoas, exige “além de conhecimentos científicos, uma visão certa e humana do humano” (ABDO, 1996, p. 34). Assim, é importante

tomar conhecimento do que *o médico faz pelo paciente*, mas, mais importante é *como é feito* o que se faz.

Um outro aspecto relevante desta formação é o desenvolvimento de habilidades comunicativas eficazes. A elaboração responsável de um currículo médico não pode desconsiderar os aspectos sociointeracionais para a prática da medicina. Nos Estados Unidos, já no início dos anos 1980, a preocupação com relação às habilidades comunicativas dos profissionais de saúde levou muitas escolas de medicina a estruturarem cursos de técnicas de comunicação em seus currículos. Na Europa, o mesmo se deu na metade da década de 1980. Além disso, nos cursos de pós-graduação foi incluída a disciplina nos currículos (ABDO, 1996).

Ver a formação médica de modo responsável significa o interesse real pelo outro, nas suas carências e desejos. O conhecimento científico é apenas uma parte desta preparação. Se não houver aí a percepção do *outro*, no paciente, a terapêutica apresentará sérias deficiências. E a cura, desmembrada em cuidado e tratamento, ficará apenas na retórica acadêmica.

6 A industrialização da medicina e a medicalização dos afetos na contemporaneidade

A falta de consenso, no interior e fora do meio acadêmico, no que concerne a uma definição sobre o momento atual, coloca-nos na condição de pensar como isto interfere na elaboração dos discursos. Dentro de um contexto de imprecisão dos papéis sociais, a linguagem é frequentemente afetada por uma necessidade afirmação, sob pena de uma pulverização da função dos agentes sociais.

Nesta etapa do trabalho será mostrado como a contemporaneidade no que tange à constituição dos discursos interage com a relação paciente médico. Para isto será tomado como base o conceito de **Modernidade Líquida** proposto por Zygmunt Bauman.

Várias correntes provenientes de diferentes campos do saber, tais como, a filosofia, a história, a geografia e em especial a sociologia têm mostrado um grande interesse em formular uma compreensão mais abrangente sobre nossa condição atual. Diferentes correntes teóricas intitulam nosso instante utilizando-se de conceitos e categorias distintas, em alguns casos em franca contraposição. Diante disto a expressão **pós-modernidade** se insurge com força, apesar do fato ser o alvo das críticas dos pensadores da atualidade.

Foi com esta preocupação que Jean-François Lyotard expôs suas idéias num livro lançado em 1979, intitulado “La condition postmoderne”, traduzido para o português como “A condição pós-moderna”. Se vinte e dois anos depois do lançamento, o tema ainda gera polêmica e o termo não é consensual, na época, o título mais parecia uma provocação.

Para Lyotard, o período das teorias longas, cuja função era a de ajudar o homem a se compreender enquanto espécie e explicar o fenômenos pelos quais estava passando, não fazia mais sentido para o indivíduo “pós-moderno”. Este, habituado com os produtos oferecidos em larga escala, carecia de explicações rápidas, sem aprofundamento. Construtos teóricos como o marxismo que, através dos embates entre as classes sociais e o uso do capital como moto-contínuo, pretendia explicar os infortúnios a que chegamos; as

narrativas religiosas elaboradas na intenção, nada modesta, de explicar a criação do mundo, a *via crucis* humana e sua a redenção ou condenação eterna. A própria psicanálise, com seu misto de filosofia, interagindo hoje com disciplinas, perde espaço para procedimentos terapêutico mais breves.

Este período pós-moderno rechaça essas, e outras, “metanarrativas” em favor de explicações curtas e superficiais. Os agentes envolvidos e seus papéis requerem uma reelaboração estratégica, já que

a função narrativa perde seus atores (*functeurs*), os grandes heróis os grandes perigos, os grandes périplos e o grande objetivo. Ela se dispersa em nuvens de elementos de linguagem narrativos, mas também denotativos, prescritivos, descritivos etc. (LYOTARD, 2009, p. xvi)

Essa renovação ocorre mais explicitamente durante os anos 1960, a partir de sua segunda metade. Os movimentos encabeçados pelos jovens desta época, comunidades alternativas dentre as quais encontram-se os hippies, revolução sexual feminina, passeatas contra a guerra do Vietnã, nos Estados Unidos e em outras partes do mundo. Tudo isto vai produzindo um novo sujeito, que até então se desconhecia. A luta maior das pessoas era pelo direito à liberdade de escolha, pelo direito de definir os rumos de sua própria vida. Não se aceitava mais que força externa ao indivíduo decidisse por ele. O estado perde força como o agente ordenador e é questionado quanto a sua eficiência.

Paradoxalmente a estes movimentos libertários, no hemisfério sul há uma explosão de golpes militares, estabelecendo-se uma onda de autoritarismos. Se aqui no continente sul-americano o enrijecimento do estado é alimentado pelos liberais de direita, a União Soviética só foi possível com a vitória do socialismo. Dois grandes referenciais teóricos, antagônicos nas suas bases, mas com um objetivo, cada um tenta se mostrar como a melhor escolha para dirigir o mundo de então. No entanto, na medida em que eles se fortaleciam, engendravam em seu ventre movimentos contrários. As proposições montadas por estas grandes narrativas começaram a mostrarem-se ineficazes, quando, além de cercear o direito do cidadão à livre escolha, não conseguiam solucionar problemas que prometiam resolver.

A fome, as diferenças sociais gritantes, a burocracia que inviabilizava a vida, o controle causticante do estado deixavam abertas feridas de ambos os sistemas e as promessas de uma vida melhor ganha o descrédito das pessoas. Com isso instaura-se um período de crise que se intensificou nos últimos anos. A confiança nas instituições foi, pouco a pouco, mas continuamente, sendo solapada. A ideia de que uma instituição ou pessoa pudesse falar em nome de uma verdade absoluta perdeu-se num emaranhado de outras tantas ideias. Ser o representante inequívoco de uma ordem maior deixa de ser um privilégio para poucos, já que este é um período em que se permite a contradição, o eflúvio de ideias divergentes torna-se algo absolutamente corriqueiro. Neste quadro é comum, por exemplo, médicos afirmarem categoricamente que uma substância X ou Y faz mal, e pouco tempo depois outro grupo de médicos afirmar exatamente o contrário.

Devido ao grande volume, as informações se misturam, as pesquisas se multiplicam e as verdades de longa duração são substituídas por “cápsulas” de verdades produzidas sob medida, em tamanho e forma, para agradar usuários pouco exigentes.

Essa passagem de um período em que se pensava haver encontrado a receita do sucesso da espécie humana, e sua convivência pacífica na terra, para a desilusão do paraíso terrestre é amplamente analisada na obra de Zygmunt Bauman, que é um polonês sobrevivente do holocausto. Bauman (2001) aponta a segunda guerra mundial, com seu alto poder destruição do humano e de verdades construídas, como um momento marcante do fracasso da modernidade. Assim, ser-nos-á útil sua discussão proposta em *Modernidade Líquida* (2001), livro no qual o autor aprofunda o debate sobre a pós-modernidade¹⁴ e seus efeitos na vida das pessoas.

¹⁴ A partir daqui, adotaremos o termo **modernidade líquida**, sugerido por Bauman, para discutir os efeitos sofridos pelas pessoas nos últimos quarenta anos. Essa é uma das facetas da nova ordem mundial que norteia tanto países desenvolvidos, quanto aqueles em desenvolvimento, ou mesmo as regiões mais afastadas do epicentro comercial do mundo.

6.1 A Modernidade Líquida e a nova ordem mundial

O advento da modernidade foi justificado especialmente pela promessa de construir um mundo melhor do que o que se tinha até então. Um conjunto de soluções, pautado na razão com o intuito de suprir as carências humanas. A derrocada do medievo, com seu teocentrismo, que se propunha a explicar tudo e ainda conceder uma eternidade livre de sofrimentos para os bem-aventurados, estava certa. O reino das superstições religiosas chegara ao fim, e os iluminados pela fé em deus absoluto deram lugar aos iluminados pela fé na razão. Enquanto os primeiros se contentavam com a esperança num paraíso celeste – o retorno ao Éden -, os segundos se propunham a desfrutar de um paraíso terrestre construído por mãos humanas. Um mundo cuidadosamente delineado pelos cientistas, os grandes mentores da modernidade.

No entanto, este período de pujança intelectual, que durou aproximadamente trezentos anos, começa a apresentar fissuras quando se vê diante de um estado centralizador mais preocupado com suas regras, algumas das quais, fruto de exercícios puramente intelectuais, em detrimento do elemento humano. Outro golpe neste novo modelo que se propunha perfeito, foram as duas grandes guerras, cujo poder de destruição marcaram o século dezenove. O holocausto, por sua vez, deixou abertas as chagas de uma sociedade, cujo desejo coletivo insano era o de produzir, por métodos inclusive eugênicos, um grupo social indestrutível.

Se por um lado o paradigma teocêntrico mostrou-se ineficaz para a solução de questões básicas do convívio social, do respeito à livre expressão do indivíduo; por outro lado, não foi diferente com o paradigma cientificista moderno, responsável pela geração de outros modelos de pensamento, como por exemplo, o fascismo e o nazismo.

Esta é uma das grandes contradições geradas pelo atual modelo, por um lado, produziu uma mensagem salvífica; por outro foi gerador de eventos de um incomensurável poder de letalidade. Esta contradição traz em si o germe de uma nova fase deste modelo, que alguns teóricos, de modo não consensual, denominam pós-modernidade. Zygmunt Bauman (2001) a denomina Modernidade Líquida:

Ouve-se algumas vezes a opinião de que a sociedade contemporânea (que aparece sob o nome de última sociedade moderna ou pós-moderna, a sociedade da “segunda modernidade” de Ulrich Beck ou, como prefiro chamá-la “sociedade da modernidade fluida”) [...]. (BAUMAN, 2001, p. 31)

Dado o fato de que as conceituações para o momento atual são inúmeras – e em alguns casos díspares - o que nos atrai para o tema, muito mais que uma palavra ou expressão que a defina, é o conjunto de características envolvidas e como este estado de coisas interage com as relações sociais e com a formação dos discursos. Zygmunt Bauman, embora não fuja da conceituação, aprofunda o tema fazendo uma comparação entre, o que ele denominou, Modernidade Sólida, ou primeira fase da modernidade, e a Modernidade Líquida, estado atual dos fatos. Esta fase da modernidade mais recente, teria início nos anos sessenta com o movimento dos jovens libertários, mais focados no indivíduo que no social. Isto é, as preocupações e os temas geradores de discussões eram muito mais permeados por questões existenciais do que pela preocupação em definir as fronteiras ideológicas concernentes a sistemas ideológicos e sociais.

A seguir pode-se ver um quadro que ilustra as principais distinções entre as duas etapas da modernidade, na constatação de Bauman:

Quadro 1: Diferenças entre a Modernidade Sólida e a Modernidade Líquida

Modernidade Sólida	Modernidade Líquida
Período de criação de utopias	Período de ausência de utopias
Peso (as pessoas estão presas a uma série de coisas, por exemplo, a uma empresa a que se dedicam por toda uma vida)	Leveza (exalta-se nesse momento o desapego, por exemplo, não é bem vista uma pessoa que traz no currículo a experiência de trabalho em uma única empresa, a qual tenha se dedicado por vários anos).
Referência (o ensino dos valores tinha como ponto referência a família burguesa, a igreja, a escola)	Falta de referência (a crise nas instituições levou ao seu descrédito, visto que elas próprias mostraram-se vulneráveis)
Cidadão (indivíduo de <i>facto</i>) – política-vida heteroadministrada	Indivíduo (indivíduo de <i>jure</i>) - política-vida autoadministrada
Casar-se (o casamento era uma garantia de um elo duradouro entre pessoas que se comprometiam com a procriação e a manutenção dos valores)	Coabitar (apoiados pela liberdade de escolha, as pessoas reivindicam o direito de se relacionarem com quem quiserem por quanto tempo)

reconhecidos pelo estado como positivos.)	quiserem.)
Poder territorial	Poder extraterritorial
Sociedade panóptica ¹⁵	Sociedade pós-panóptica (fim da era do engajamento mútuo)
Fordismo (repetição dos movimentos; não havia estímulo à criatividade, mas havia a certeza de uma carreira profissional por uma vida inteira)	Microsoft (a criatividade é bem-vinda, porém o funcionário inicia sua vida profissional na Microsoft não tem nenhuma garantia que se aposentará nesta mesma empresa, ou com a mesma função)
Longo prazo (período de verdades duradoras) – a fé absoluta na verdade científica	Curto prazo (não há verdades absolutas)
Ser (o ser sobrepuja o ter)	Ter (o ter sobrepuja o ser) – em muitos casos nem é preciso ser, basta parecer.
Controle do estado sobre o cidadão	Liberdade para escolhas individuais
Sociedade de produção (há um espaço de tempo maior entre a produção e consumo de produtos, a própria durabilidade dos produtos é maior); a produção se sobrepuja ao consumo	Sociedade de consumo (o tempo entre a produção e consumo precisa ser o mais reduzido possível, para satisfazer a demanda) o consumo se sobrepõe à produção
Era do <i>hardware</i> (época das máquinas pesadas e desajeitadas, fábricas de muros grandes com equipes de grande número de empregados, presos a um mesmo local e rotina)	Era do <i>software</i> (nesta época desfaz-se a barreira entre o longe e o perto, o espaço não impõe mais limites à ação e seus efeitos)
Capitalismo pesado	Capitalismo leve (o trabalho sem corpo da era do software não mais amarra o capital, permite-lhe ser extraterritorial, volátil e inconstante. A descorporificação do trabalho anuncia a ausência de peso do capital)
Era de engajamento mútuo (a modernidade pesada mantinha capital e trabalho numa gaiola de ferro de que não podiam escapar)	Era de desengajamento (na modernidade líquida mandam os mais escapadiços, os que são livres para se mover de modo imperceptível)
Líderes (devem ser seguidos)	Conselheiros (tanto podem ser contratados como podem ser demitidos)

¹⁵ Bauman explica o projeto do Panóptico de Jeremy, que Foucault utilizou como arquimetáfora do poder moderno: “No Panóptico, os internos estavam presos ao lugar e impedidos de qualquer movimento, confinados entre muros grossos, densos e bem-guardados, e fixados a suas camas, celas e bancadas. Eles não podiam se mover porque estavam sob vigilância; tinham que se ater aos lugares indicados sempre porque não sabiam, e nem tinham como saber, onde estavam no momento seus vigias, livres para mover-se à vontade.” (BAUMAN, 2001, p. 16-17)

Os aspectos ressaltados no quadro 1 têm uma relação direta com a formação de um sujeito que se encontra em estado de constante transformação. Isso interage de modo inequívoco com a elaboração dos discursos, que herdaram desta época de transição um semelhante estado de fluidez. A substituição do ter pelo ser, por exemplo, é uma marca destas mutações que marcam a construção da subjetividade. Assim, o lugar que o médico, o professor, um diretor assumem é constantemente questionado quanto a sua legitimidade e por conta disso, requer a todo momento o ato de se pensar sobre sua real constituição. Esse novo modelo de sociedade invoca desses atores a condição de ser leve, para que, assim, se possibilite a mobilidade dos corpos e do pensamento. A fluidez preconizada por esta nova ordem social, requer do indivíduo uma constante reelaboração de si e de suas potencialidades.

Cruzando termos tais como leveza, mobilidade, liquidez, Bauman constrói uma metáfora, inspirando-se num ensaio de Ralph Waldo Emerson, intitulado “Prudence”, no qual o filósofo constata já em sua época, século XIX, que “na velocidade reside nossa segurança, ao esquiar sobre uma camada fina de gelo” (EMERSON, 2005, p. 158). Na concepção baumaniana, estamos passando, não pela primavera, em que as cores são nítidas e as formas precisas, mas por um deserto de gelo, no entanto, a camada de gelo sobre a qual andamos é fina, portanto precisamos nos entregar a um movimento ininterrupto. Parar em um determinado ponto significa o risco iminente do gelo partir-se. De modo que, é na velocidade que reside a segurança. Este é o cenário que justifica a fluidez das relações interpessoais, a necessidade do uso e rápido descarte dos objetos a nossa volta.

A metáfora da liquefação dos sólidos dialoga com uma conhecida passagem do Manifesto Comunista, quando se lê:

Todas as relações fixas, enrijecidas, com seu travo de antiguidade e veneráveis preconceitos e opiniões, foram banidas: todas as novas relações se tornam antiquadas antes que cheguem a se ossificar. **Tudo que é sólido se desmancha no ar**, tudo que é sagrado é profanado, e os homens finalmente são levados a enfrentar [...] as verdadeiras condições de suas vidas e suas relações com seus companheiros humanos. (MARX *apud* BERMAN, 2007, p. 31) (grifo nosso)

O que na concepção de Marx entende-se por *desmanchar-se no ar*, verdades consideradas até então inabaláveis mostraram-se absolutamente inconsistentes; para Bauman as verdades tornaram-se líquidas, o período das ideias absolutas encontra-se em crise tal qual a modernidade sólida. As verdades, nesse novo contexto, além de ser várias, são de durabilidade bem menor que antes. Isto se deve ao caráter de mutabilidade comum a estas novas verdades. Não resistem ao tempo, antes mesmo de serem objeto de uma reflexão profunda, já são substituídas por outras que satisfaçam as necessidades imediatas de seus “consumidores” vorazes.

Esta distinção entre solidez e fluidez está na base de todas as outras variações sofridas e que geraram este novo paradigma de sociedade. Se as verdades são tão fluidas quanto nossas relações, então o sentido de um pensamento absoluto que nos redimiria perde-se em meio a um emaranhado de pequenas verdades. Daí a conclusão de que trocamos as verdades de longa duração pelas de curta duração. As teorias, neste contexto, precisam ser simples, isto é, superficiais, ou correm o risco de naufragarem num mar de esquecimento. Precisam estar prontas para o consumo, e não há tempo para a digestão lenta, nas palavras de Lyotard, de narrativas longas.

Na modernidade sólida havia uma preocupação em dedicar-se um longo tempo à produção. Uma preocupação com a excelência do que se estava produzindo, porque se esperava que o resultante fosse um produto de vida longa, isto se opõe diametralmente com o que se vê na atualidade. Os principais critérios de produção são a rapidez e a quantidade, para que se chegue à outra ponta em tempo recorde, isto é, o consumidor. Dados este fato, temos, para Bauman, uma sociedade de consumo.

Esta realidade do consumo a favor da produção tem uma repercussão direta na relação paciente-médico. No século dezenove e a primeira metade do século vinte, tivemos o advento da psicanálise, cuja principal meta era a melhora do paciente através da palavra. Através de encontros com o terapeuta, os pacientes, ano após anos, participavam de sessões em que o foco era a fala destes. Demandava-se um longo tempo, até que se encontrasse a raiz dos distúrbios. A catarse era o alvo das ações do paciente e do médico. O método cuja criação é atribuída a Freud, denominado Associação Livre, propunha o ato de auscultar o outro, neste caso o analisando. A preocupação não era com o

tempo do tratamento, mas com aqueles que o buscavam. Os sujeitos, envolvidos em suas falas, protagonizavam um jogo cujas peças eram as palavras. A movimentação dessas peças repercutia na rememoração de situações causadoras de traumas no passado. Nesse jogo, à medida que as lembranças eram trazidas à luz da consciência, o analisando reelaborava seu presente, libertando-se dos males que o afetavam e o prendiam a um passado nefasto, gerador de neuroses e outros males. Assim, numa perspectiva psicanalítica, a catarse, geradora da cura, dava-se genuinamente no encontro paciente/médico.

Na Modernidade Líquida isso é inconcebível, dadas as condições supracitadas. Em primeiro lugar, a superficialidade das relações atinge também a relação paciente-médico, não há tempo hábil para um encontro duradouro entre as partes. Se na saúde pública as condições são precárias, a falta de médicos é uma constante; quando não há a falta do profissional, há problemas com os equipamentos, ou mesmo a falta deles. No meio privado, a preocupação é com a quantidade de consultas e a rentabilidade advinda delas. O tempo de uma consulta mais aprofundada é substituído pela prescrição de inúmeros exames.

O fato é que não há tempo para tratamentos longos. A indústria farmacêutica, mais preocupada com os lucros pelas vendas dos medicamentos comercializados, soube capitalizar este aspecto desta fase da modernidade. Como exemplo disto, temos o lançamento de novas substâncias psicotrópicas e o seu consumo descontrolado. No Brasil, o Rivotril, remédio com função tranquilizante, vendido com receita médica, é o segundo mais consumido, nos últimos anos, perdendo apenas para os anticoncepcionais¹⁶. O médico apenas exerce, quando muito, a função¹⁷ de diagnosticar a doença e prescrever os fármacos. Diante dessas condições, longas e contínuas conversas tornam-se desnecessárias. Isso tornaria o tratamento caro e sem a perspectiva de uma cura imediata. Disponibilizar um tempo maior para a interação face a face do

¹⁶ Disponível em: <http://uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=787:rivotril-a-tarja-preta-mais-vendida-no-pais&catid=29:dependencia-quimica-noticias&Itemid=94>. Acesso em: 25 fev. 2011.

¹⁷ Aqui vale uma observação pertinente à função da prescrição para o uso de fármacos. É cada vez mais frequente o fato de outros profissionais, que não apenas o médico, prescreverem remédio com função tranquilizante. Sob o julgamento, algumas vezes precipitado, de depressão, são indicadas as mais variadas substâncias químicas, cuja promessa é oferecer uma melhor qualidade de vida para o paciente.

paciente com o médico é um procedimento rechaçado neste período denominado, pelo sociólogo em discussão, de Modernidade Líquida. Na fluidez das relações, evidencia-se uma carência de espaço para um envolvimento duradouro. A imagem do médico da família é um bom exemplo de uma função social em estado de fossilização. Para o paciente, o que importa é o profissional que está em evidência, especialmente quando se pode pagar por seus serviços.

Por fim, Bauman (2001, p. 37-38) aponta duas características básicas que distinguem a Modernidade Líquida da Modernidade Sólida:

1. a decrepitude e o esgotamento das ilusões propostas pela modernidade, tais como, a crença de que há um propósito para o caminho que a humanidade trilha; a certeza de um Estado, a ser alcançado, onde todas as mazelas que inferiorizam o ser humano seriam banidas; a certeza de um amanhã – próximo ano, século ou milênio – alvissareiro; a construção de um Estado perfeito, no qual houvesse uma sociedade justa eximida de conflitos, com um equilíbrio entre oferta e procura; um Estado em que as dúvidas teriam respostas exatas e transparentes, sem ambivalência e obscurantismos.

2. desregulamentação e a privatização das tarefas e deveres modernizantes. O que costumava ser considerado uma tarefa para a razão humana, vista como doação e propriedade coletiva da espécie humana, foi fragmentado, atribuído ao indivíduo e deixando-lhe à administração de seus recursos.

Esta nova ordem social atinge o sujeito na sua integridade, no que diz respeito à forma como interage com o outro, à elaboração de seu discurso e aos mecanismos de que se utiliza para se autoafirmar enquanto pertencente a um determinado grupo.

6.2 A interação usuário/médico no contexto da nova ordem mundial

Nos excertos que serão apresentados adiante, temos exemplos de como pacientes e médicos atuam neste novo cenário social e a forma como os discursos vão sendo construídos. Além disso, o princípio de autoridade médica

se fragiliza perante atos de um paciente, cuja individualidade norteia suas próprias ações. Para dar conta deste novo perfil de paciente e médico, foi possível distinguir três categorias de ações, sendo elas: 1. Solicitação de medicamento pelo paciente, 2. Prescrições de medicamento pelo médico e, por fim, 3. Insubordinação/recusa (por parte do paciente) em atender às ordens médicas e automedicação.

6.2.1 O paciente e a solicitação de medicamentos

Abaixo foram arrolados fragmentos da interação entre paciente e o profissional de saúde que apresentam momentos exatos em que os usuários solicitam ao médico a prescrição de medicamentos. As solicitações correspondem a diferentes necessidades do próprio solicitante, mas também podem corresponder à necessidade de outras pessoas que não estejam presentes na consulta. As queixas são as mais diversas, como se pode ver a seguir:

(...)

*Pac: (esse é o de outro, né doutora? para se operar) agora eu tenho que ir na maternidade falar com dona *****, vou devagarzinho (que eu estou nessa idade), sim doutora, eu queria que... **é que eu tô muito nervosa, eu queria que a senhora passasse um remédio de (controle) azepan, eu tenho medo de tudo, eu tô tão nervosa...***

Méd: mas a senhora já toma, é?

Pac: tomo, a senhora não passa pra mim? É porque, porque para pegar, (?) tem que ter a ordem médica

Méd: a senhora dorme bem à noite?

Pac: se eu durmo?

Méd: sim

Pac: não durmo, nem como bem

Méd: o diazepam, ele ajuda a dormir, mas às vezes ele pode causar muita tontura no idoso, viu? Se puder evitar, eu vou passar, mas não tome todos os dias não viu?"

(...)

(Consulta 2)

A interação se desenvolve especialmente em torno da necessidade apontada pela paciente de evitar o medo e acalmar as emoções. Os fármacos apresentam-se como a solução mais imediata. O que se evidencia, na atualidade, com a necessidade imperativa do consumo de tranquilizantes – que fazem parte de um grande grupo de remédios denominados *estabilizadores do humor* - é uma extrema carência de entorpecimento ou adormecimento dos sentidos. Esta é mais uma característica marcante de nossos tempos e se estabelece como um paradoxo para uma relação que se queira humanizada. Sentir emoções genuinamente humanas de medo, angústia, alegria intensa, ou mesmo vivenciar o luto, na perda de familiares, tem-se se tornado algo indesejado. Diante de situações semelhantes, o mercado de medicamentos ganha mais robustez e promete a solução para os supostos males da mente e do corpo.

Nos trechos seguintes as queixas dizem respeito à dor e os desconfortos do corpo. Os pedidos se apresentam na forma imperativa, denunciando a intensidade das solicitações:

(...)

“Pac: tá, **passa um remédio para essa dor**

Méd: passo, agora veja só, a medicação para essa dor ... em posto eu só tenho diclofenaco ...

Pac: eu não quero diclofenaco

Méd: eu posso passar um remédio para comprar?

Pac: pode”

(...)

(consulta 6)

(...)

“Pac: **passa um remédio para as câimbras, minha filha**

Méd: tá sentindo muitas câimbras agora é?

Pac: é

Méd: O exame da senhora deu normal, possa ser que a gente tratando dessas taxas que foram alteradas, a senhora melhorando a alimentação, a dieta, a comer, por exemplo, banana que tem mais potássio... mas o potássio da senhora não veio muito alterado não, certo?

Pac: certo

Méd: se por acaso não melhorar após esse tratamento, aí a senhora volta para mim, porque aí a gente passa uma medicação”

(...)

(Consulta 8)

(...)

Pac: ô doutora eu queria um remédio pra tosse, tem aqui? pode passar pra mim?

Méd: tá com tosse?

Pac: tô com tosse, também

Méd: a tosse é seca?

Pac: ((a paciente tosse)) não, tem catarro.

Méd: tem catarro? tá desde quando com a tosse?

Pac: ah, já faz bem um mês,

Méd: respire e solte, teve febre?

Pac: não

Méd: respire e solte... isso... tem catarro mesmo essa tosse?

Pac: tem

Méd: respire, tem... o dia todo com tosse?

Pac: não o dia todo não, às vezes

(...)

(consulta 9)

(...)

“Pac: ô doutora, e não tem como a senhora passar remédio de fezes... de vermes para mim não?

Méd: o mais importante agora não é o remédio de verme, até mesmo porque pra gente passar o remédio de verme, a gente tem que saber qual é o verme que tem, porque tem vários tipos de medicação para remédio de verme, entendesse?

Pac: mas, assim, às vezes eu tomo sem...

Méd: você pode tomar, agora não vai resolver os seus vômitos e sua diarreia

Pac: não, mas quando parar a diarreia, eu vou tomar”

(consulta 14)

(...)

“Méd: não, de coração não precisa, vamos fazer esses daqui primeiro, tá certo?

O de sangue, o de fezes, de urina, aí quando tiver os resultados, aí volta pra mim

Pac: tá certo, agora, (?) a senhora vai passar dipirona? Porque quando a dor me ataca, aí eu tomo

Méd: certo... teu número foi (quanto)?

Pac: foi cinco... obrigado, viu?"

(...)

(consulta 19)

(...)

Pac: tava morrendo de medo de (abrir o envelope com o resultado dos exames)

Méd: tava? mas, tá de parabéns, as taxas melhoraram, agora a gente precisa passar uma medicação para aquela, da prevenção, para aquela alteraçãozinha que deu no teu exame de prevenção, mas são dois comprimidos em dose única, tá certo?

Pac: eu tomo mesmo, eu tô azeda de tomar tanto remédio...

Filha da pac: esse aqui é (?)

Pac: passe dipirona para mim, viu doutora"

(...)

"Pac 1: pedir para ela colocar na receita um... diclaf... diclofenaco

Méd: mas, tá sentindo alguma coisa, tá? para tomar o diclofenaco?

Pac 1: sinto dor nas costas

Méd: porque o diclofenaco a gente passa quando as dores são muito intensas...

Pac 1: é, eu sei

Méd: porque diclofenaco não pode ser tomado de todo jeito não...

Pac 1: eu só tomo assim, quando (?)"

(...)

(consultas 15 e 16)

A situação se agrava quando os pacientes, além de solicitar remédios para o consumo próprio, passam a solicitá-los para outras pessoas, que não estão presentes na consulta médica. Isso revela a desconstrução da função da consulta médica. Nesses casos, o possível consumidor do medicamento sequer tem uma relação face a face com o médico ou faz qualquer tipo de exame. Nas duas situações o profissional se nega a atender ao pedido dos

pacientes, mas não se pode garantir que esta negação se repita, com outros sujeitos em condições diferentes. Pelo contrário, o consumo indiscriminado de medicamentos e o lucro com suas vendas demonstram uma tendência ao crescimento. E este consumo pode estar atrelado, ou não, à prescrição de um médico, que tenha permissão para fazê-la. Vejamos as situações em que as solicitações ocorrem:

(...)

“Pac: ô doutora e meu menino também, tá vomitando, ele vomita só de manhã, de manhã...”

Méd: tu dissesse que não tinha ninguém vomitando, que era só tu

*Pac: não, mas na minha casa, da macarronada ele não comeu não, ele tá vomitando, toda de manhã, **veja se a senhora pode passar um remédio para ele, ele vomita toda de manhã...***

*Méd: era interessante você trazer o seu menino... segura aqui ***** por favor*

Pac: o médico disse que era verme

Méd: mas, você precisa trazer para a gente examinar, né? (?) uma amebazinha, porque se for outra ameba, não vai pra justificar o vômito? é preciso a gente examinar, pra ver se tá bem tratado, ver a barriguinha, entendesse? tu não pode trazer ele não? sexta-feira pra mim?

*Pac: **não vai passar... porque fica muita correria pra senhora, não dá pra passar um remédio não?**”*

(...)

(consulta 14)

(...)

*“Pac: e **minha sogra pediu para senhora passar uma receita desse remédio**, o meu marido veio aqui, mas (?)*

Méd: ah, vai ter que pegar o prontuário dela ... é na tua mesma casa?

Pac: é, é minha sogra

Méd: mora contigo?

Pac: no caso aqui, não é minha sogra, é sogra dela

Méd: não entendi

Pac: a sogra da minha sogra, a mãe do... a vó do meu marido...”

(...)

(consulta 22)

Dois aspectos importantes valem ser ressaltados para o conjunto de interações apresentadas acima, um deles, já discriminado, diz respeito à solicitação de uma intervenção medicamentosa urgente pelos pacientes e o segundo refere-se ao tempo dedicado a cada consulta pelo médico. Os fragmentos de diálogos acima mostram com precisão a forma como o paciente interpreta o papel social do médico, muito mais como alguém cuja função é prescrever antibióticos, que vão desde prosaicos remédios de vermes, ao intensamente consumido diclofenaco contra dores, até os tranquilizantes.

Submetido a este papel inferior, o médico é, não raras vezes, substituído por *sites* de busca, os quais diariamente uma legião de insatisfeitos com os serviços dos profissionais de saúde consultam. As pesquisas sobre fármacos e seus efeitos na internet são frequentes, e as informações sobejam em detalhes, os quais, numa consulta médica rápida, não são possíveis de detalhar. É certo que em muitos casos as informações são obscuras, imprecisas ou mesmo contraditórias.

O acesso massificado e as pesquisas frequentes na internet sobre fármacos e procedimentos médicos evidenciam dois problemas gravíssimos no sistema de saúde brasileiro, público ou privado. O primeiro é a dificuldade de marcação de consultas, no sistema público de saúde, e em alguns casos também na rede particular. O segundo diz respeito ao tempo reduzido disponibilizado para as consultas. Este segundo problema afeta tanto o sistema público de saúde quanto o privado indistintamente.

Com relação à duração de uma consulta médica, observamos em nossa coleta de dados, que o tempo das consultas sofreu variações surpreendentes, que vão dos rápidos cinquenta e seis segundos para a consulta de número 27, aos catorze minutos e trinta e cinco segundos da consulta número 2. Abaixo pode-se observar um quadro que precisa o tempo de cada consulta e as disparidades temporárias entre elas:

Quadro 2: Tempo disponibilizado para cada consulta

Consultas	Tempo de cada consulta
1	01min06s
2	14min35s (tempo máximo)
3	05min34s
4	07min20s
5	10min09s
6	07min23s

7	02min44s
8	06min47s
9	11min10s
10	05min32s
11	04min50s
12	09min37s
13	09min06s
14	05min13s
15 e 16	15min25s
17	12min11s
18	03min09s
19	03min44s
20	05min19s
21	02min46s
22	07min40s
23 e 24	08min15s
25	01min08s
26	05min31s
27	56s (tempo mínimo)
28	04min42s
29	13min23s
30	10min25s

A discrepância de tempo disponibilizado para as consultas pode ter várias razões, inclusive técnicas, que poderiam justificar as variações. A pergunta que se faz aqui é: como estabelecer uma relação minimamente satisfatória num período tão curto de interação? Um outro fato que vale ser ressaltado é que, diante das discrepâncias quanto ao tempo dedicado às consultas, conclui-se que não há uma sistematização sobre a duração de cada consulta. O tempo para cada consulta sofre a pressão de três variáveis: as necessidades do usuário, o número de consultas, para o dia em questão, e a carga horária do médico. O desafio é o de estabelecer uma relação satisfatória e eficaz para ambos, sustentando-se nestas três variáveis.

Diante disso, em muitos os casos, resta ao paciente – e mesmo ao médico – fazer da consulta um momento para solicitação de infindáveis exames ou administração de medicamentos.

Desejosos de uma solução imediata, os sujeitos revelam isto em sua fala, na medida em que os pacientes, de forma imperativa, solicitam do médico uma substância que os salve da dor ou da falta de controle do estado mental:

“Pac: é que eu tô muito nervosa, eu queria que a senhora passasse um remédio de (controle) azepan, eu tenho medo de tudo, eu tô tão nervosa...”

“Pac: passe um remédio para essa dor”

“Pac: eu tomo mesmo, eu tô azeda de tomar tanto remédio...”

No último excerto, percebe-se a revelação do uso desmesurado de medicamentos, o que inviabiliza, inclusive, a cura para os males apontados pela paciente. A contrapartida é dada pelo médico quando cede às solicitações sem uma diagnose apropriada dos males que afetam os usuários de seus serviços.

A seguir serão apresentados registros da questão solicitação/prescrição de medicamentos, dessa vez na perspectiva do médico, na condição de prescribente.

6.2.2 O médico e a prescrição de medicamentos

Um primeiro fato a considerar é a frequência com que as prescrições medicamentosas ocorrem, numa escala bem menor daquela que o paciente aparece solicitando do médico uma solução para seus males, como se pode ver abaixo:

(...)

*“Méd: mas não se preocupe seu *****, a gente precisa primeiro, antes de tudo pedir o exame, o exame de sangue, pela... por esta ultrassom da barriga, ele deu alterado, deu um pouquinho aumentado, mas a gente precisa confirmar. Às vezes tá alterado... a ultrassom tá alterado, mas não chega a alterar o de sangue, não chore não, não se aperreie não ... **eu vou passar um remediozinho pro senhor dormir mais à noite**, viu? mas não coloque isso na cabeça não que já tá sem conseguir dormir e se aperreando é pior né?”*

(...)

(consulta 05)

.....

(...)

*“Méd: a gente vai iniciar o seu tratamento com uma outra medicação, o **rivotril vai ter que continuar de novo, o melhor que tem (?) vou passar (?) é bem fraquinho (?) para quebrar essa ansiedade e (?) vai entrar na paroxetil***

Pac: o que é isso?

Méd: é uma substância mais nova que a fluoxetina”(...

“Méd: (?) agora eu estou achando você muito ansiosa

Pac: ai doutor eu to...

Méd: por isso que eu optei pela paroxetina, das substâncias que tem atualmente, é a que vai melhor lhe (?), eu podia entrar com a fluoxetina, qualquer (?) agora o que (?) um comprimido de manhã, tá? Paroxetina, e à noite o rivotril de (?) com um mês você volta, para a gente reavaliar a sua situação, agora é importante que você tome todos os dias, não tem uma coisa (?). ou você, ou você não toma, não adianta tomar quando você quer, para (?) é importante que você faça isso, como tá novamente, a gente pode abreviar o tratamento, não vai levar dois anos”

(...)

(consulta 29)

.....

(...)

*“Méd: o rivotril não vai resolver nada... a sua insônia não é doença... a sua insônia é um sintoma de um quadro ... e a gente tem que combater o quadro... se combate o quadro de que forma? **Com a medicação, no caso o que a gente propôs foi a paroxetina...***

(...)

(consulta 30)

Das trinta consultas, em apenas três o médico aborda diretamente o paciente, prescrevendo-lhe medicamentos. São poucas as ocorrências, sobretudo se levarmos em consideração que muitos pacientes procuram a clínica movidos pelo desejo de que o médico lhe apresente uma panaceia para seus males.

Embora a discrepância na frequência entre solicitação e prescrição de medicamentos sejam evidenciados pelos dados coletados, sua relevância está na forma como é feita a solicitação e a prescrição. Com efeito, há nas ocorrências em que o médico indica os remédios a serem consumidos pelos pacientes um convite ao diálogo, isto é há um encontro intersubjetivo, como se vê nas duas últimas consultas:

*“Méd: **a gente** vai iniciar o seu tratamento com uma outra medicação, o rivotril vai ter que continuar de novo, o melhor que tem (...)”*

*“Méd: (...) e a gente tem que combater o quadro... se combate o quadro de que forma? **Com a medicação, no caso o que a gente propôs foi a paroxetina...**”*

O paciente é convidado a ser sujeito de seu próprio tratamento, na medida em que o médico *propõe* um tipo determinado de procedimento clínico. Isto sugere que, apesar de ser uma interação marcadamente assimétrica médico-paciente, há uma abertura para uma relação que busca se aproximar de uma interação menos assimétrica

É este o novo perfil interativo para onde se encaminha a relação médico-paciente. O paciente tem se tornado, numa escala evolutiva, cada vez mais ativo, assumindo junto com o médico os rumos de seu tratamento. O clínico passa ser uma fonte confiável de informações da qual o usuário faz uso na medida de suas necessidades. No entanto, se o médico se recusa, pelas razões mais diversas, a permitir que a consulta torne-se este espaço de comunicação, apenas dificultará a adesão à terapêutica. O paciente, por sua vez, sente-se desobrigado de continuar com o médico, saindo na busca de outro profissional ou recorrendo aos sites de busca.

Essa “desobrigação” que o paciente pode vir a sentir com relação ao profissional de saúde evidencia, com efeito, a fluidez nas relações humanas, grande marca da contemporaneidade. No passado, quando se tinha a concepção de um médico da família, este não era apenas mais um portador de um conhecimento científico. Na verdade, ele era a referência para a família quando se tratava de questões relacionadas ao bem-estar. A relação era permeada por uma solidez, de cujos préstimos poderia atravessar gerações de um mesma família. Na linguagem de Bauman, essa solidez se liquefaz.

Na atualidade há, inclusive, espaço para o paciente discordar do médico e de suas prescrições. O volume de informações disponíveis na rede é de tal monte que seria impossível para apenas um especialista dar conta desta quantidade. Devido a isto é freqüente pacientes ao chegarem numa clínica para uma primeira consulta, já virem munidos de informações em quantidade e qualidade jamais pensadas no passado. Na consulta número trinta, de nossa coleta, temos um exemplo bem ilustrativo desta situação: “*Pac: eu tô cheia de anotação para conversar com o senhor(...)*”.

O grande volume de informações disponível na rede sobre os mais variados problemas de saúde, que vão desde informações desconstruídas às pesquisas de ponta, dão ao paciente que as acessa a possibilidade de ir para clínica, mesmo numa primeira consulta, com uma postura previamente

assumida sobre a sua problemática. Esta elaboração prévia permite inclusive que o paciente discorde dos procedimentos propostos pelo médico. Esta discordância pode ser expressa de diferentes formas, a esta postura de discordância denominamos **insubordinação** do usuário. No item que segue ver-se-ão algumas ocorrências desta natureza.

6.2.3 Insubordinação/recusa (por parte do usuário) em atender às ordens médicas

Abaixo são apresentadas ocorrências de insubordinação de pacientes na sua interação com o médico.

(...)

Pac: porque eu tô tomando um bocado de... eu tava tomando quebra-faca, aí tava tomando semente de jerimum, que me ensinaram.

Méd: tomando o quê?

Pac: quebra-faca

Méd: o que é isso? Quebra-faca?

Pac: é um remédio

Méd: um remédio caseiro é?

Pac: é

Méd: e tem o quê? esse remédio? Esse Quebra-faca? quem ensinou a senhora?

Pac: foi um homem, lá de Santo Amaro, eu tava na fila, e ele disse que não foi operado de (vesícula) não, foi...

Méd: e tem o quê, esta...

Pac: vesícula...

Méd: (não), esta quebra-faca é o quê?

Pac: é um pau... um (caco de palheta) assim... de mato... amaiga, aí eu comecei a tomar

Méd: mas, faz o quê? Faz um chá é?

Pac: é é, faz um o chá que bota na geladeira e toma.”

(...)

(consulta 2)

.....

(...)

“Pac: eu não tomei nadinha, só tomei benzetacil mesmo lá, e...

Acompanhante: ela tomou diclofenaco para dor

Pac: não tomei não ...

*Méd: mas, **geralmente quando toma é diclofenaco, né?***

*Pac: **já tomei tanto, já tomei tanto no mundo**, que ...*

Méd: vamos dar uma olhadinha? Pra ver esse carocinho que a senhora está falando

Pac: (?) tudo que eu tomo dói, tudo que eu como sinto um queimor no o estômago”

(...)

(...)

*“Pac: **já tomei muita coisa, já tomei coisa** (pra isso) **já, já tomei Tanderil, já tomei Voltarém, já tomei é ... comprimido para dor***

Neta da pac: terça-feira ele tava bem grande o caroço

*Pac: **já tomei duas caixas de Tandrilax***

Méd: melhorou com Tandrilax?

Pac: quer dizer... melhorei um pouquinho, né? porque também quando tem diclofenaco, quando tem diclofenaco ataca muito, eu tô com um dor no estômago, quando eu como qualquer coisa eu fico com dor no estômago, qualquer coisa que eu como, fico com uma dor no estômago medonha, um queimor...”

(...)

(consulta 6)

.....

(...)

“Pac: certo... aí, ô doutora, aí eu tive uma infecção, uma dor no canal da urina tão grande (esse mês) eu tomei... esqueci o nome do remédio...

Méd: a senhora tomou remédio?

*Pac: **fui na farmácia e comprei... não fui nem ao médico**, na farmácia pedi um remédio lá a mulher, ela passou... eu tomei e melhorei, mas aí...*

*Méd: mas, quando tiver dona *****, não vá para a farmácia pegar um remédio não, procure um médico, porque se precisar ver os exames, tá certo? olhe eu vou lhe dar este papel, pra se a senhora puder ficar vindo aqui no posto medindo a pressão tá certo?”*

(...)

(consulta 9)

(...)

*“Pac: (...) **ai eu comecei a não tomar direito, regular a medicação**, ai foi quando a minha irmã descobriu e começou a me policiar, lá, o pessoal do trabalho também, ai eu comecei a tomar a medicação direitinho e em torno de um mês a mancha toda desapareceu do meu corpo, né? Que coçava, desapareceu ai eu fui dormindo melhor, só que chegou um tempo que não conseguia dormir tão bem, chorava menos, ai foi quando eu fui para doutor João levar (?) para uma revisão, ai ele viu que eu não conseguia dormir a noite inteira como antes, ai ele aumentou mais amytryl para eu tomar, olhe, eu tomava...*

Méd: (?) foi?

*Pac: foi, eu tomava o amytryl de oito horas, oito e meia quando eu estava na universidade, tomava o amytryl, que para dar tempo de eu chegar em casa de dez horas e tomar o rivotril, ai eu conseguia realmente dormir a noite inteira e aquele sono tranqüilo, ai eu fui depois de três meses, eu achava que ele ia me dar alta, não me deu, ai, e isso eu tava tendo um acompanhamento com o psicólogo doutor, doutora Joana, **ai depois de seis meses eu achava que ia ter alta, novamente ele não me deu, e com isso eu comecei a entrar em pânico a chorar, e eu já tava...** já vivia chorando, tinha diminuído mais, mas ai eu comecei a chorar, ficar nervosa, **doutora Joana conversou comigo, porque o doutor João, ele não explicava muita coisa, ele só me ouvia e passava medicamento”***

(...)

(...)

“Pac: foi ... ai ele me disse que o meu tratamento não ia ser de seis meses, ia ser de dois anos porque a minha estafa adquirida, não foi adquirida em um mês, em uma semana, foi uma estafa adquirida em frações de anos, então meu tratamento ia ser de dois anos ... realmente, depois de dois anos ai eu parei a medicação, eu parei a medicação

Méd: parou sozinha ou parou em acordo com o médico?

*Pac: **não fui mais para ele não, ai eu ... porque eu peguei uma catapora, fiquei dois dias em casa, o período de voltar para ele eu não fui”***

(...)

(consulta 29)

.....
 (...)

*“Pac: eu tô cheia de anotação para conversar com o senhor... olhe o senhor passou a medicação ... eu ... o senhor tinha passado o rivotril ... **porque eu não tive dinheiro para comprar a caixa do paroxetina, aí eu comprei só uma de vinte e fiquei tomando em dias alternados, eu queria saber se não tinha um outro mais em conta...***

Méd: você não foi na manipulação, não?

Pac: fui na manipulação...

Méd: mas também estava caro mesmo assim?

Pac: não era mais em conta, mas eu não tava com dinheiro à vista para comprar ... entendeu? Mas, tava mais ... saiu mais em conta ... mas eu não tava com dinheiro no momento para comprar, se não puder trocar, aí o senhor passe ela novamente que eu manipulo...”

(...)

(consulta 30)

A insubordinação do paciente às ordens médicas pode expressar-se especialmente de duas formas. A primeira refere-se à ação do paciente de não acatar a ordem do médico, por exemplo, não tomando as medicações de acordo com a prescrição médica, ou mesmo começando o tratamento e interrompendo-o à revelia do profissional especializado. A segunda forma de insubordinação diz respeito à automedicação. Neste caso, o paciente não só não segue as instruções médicas, como assume um comportamento autônomo, embora arriscado.

Nos registros acima, especialmente na consulta 2, percebe-se o momento em que ações deste tipo ocorrem. A automedicação representa, na verdade, uma desautorização do conhecimento formal da parte do paciente. Há, neste caso, uma adesão às velhas práticas, baseadas no senso comum. A paciente passa a ingerir um preparado de ervas, por sugestão de um desconhecido, com quem conversava na fila do banco.

Na consulta 9, a situação se agrava, não só há uma automedicação, mas a prática é levada ao excesso: **“já tomei tanto, já tomei tanto no mundo, que ...”**. A paciente lista remédios que já foram ingeridos, constatando seu insucesso. Ela confirma sua prática sem constrangimento algum ao afirmar

categoricamente **“fui na farmácia e comprei... não fui nem ao médico”**. O interesse imediato era a cura para dor que lhe acometia naquele momento exato. O médico naquele momento, talvez, fosse-lhe inacessível ou sua linguagem confusa o bastante para não gerar compreensão. O recurso do imediato é aquele que melhor atenderia suas necessidades, afinal era preciso sanar a dor, sem preocupação com sua causa ou a consequência de seu ato.

Um terceiro nível de insubordinação dar-se com a recusa ou abandono do tratamento prescrito pelo médico. A paciente da consulta 29 protagoniza esta ação ao afirmar **“(...) aí eu comecei a não tomar direito, regular a medicação, aí foi quando a minha irmã descobriu e começou a me policiar”**. A usuária relata o que pode ser uma explicação para a não adesão voluntária ao tratamento: **“(...) doutora Joana conversou comigo, porque o doutor João¹⁸, ele não explicava muita coisa, ele só me ouvia e passava medicamento”**. A carência de uma interação genuína a fez sair em busca de outra profissional que servisse como um intercâmbio entre ela e o médico. A falta de interação com médico é evidenciada na medida em que a paciente afirma ter encerrado o tratamento sem marcar novas consultas com o médico que lhe receitara os medicamentos: **“(...) não fui mais para ele não, aí eu ... porque eu peguei uma catapora, fiquei dois dias em casa, o período de voltar para ele eu não fui”**. A alegação da catapora parece inconsistente para justificar a não procura ao médico. Na verdade, a ação encobre outras razões, dentre as quais aponta-se o fato da paciente não se sentir sujeito neste processo. A forma como lhe conduzida a interação não a convocou a ser sujeito deste processo terapêutico.

Por fim, na última consulta vê-se um perfil de usuário dos serviços médicos mais freqüente na contemporaneidade, ele já inicia a consulta direcionando-a as suas necessidades comunicativas **“(...) eu tô cheia de anotação para conversar com o senhor (...)”**. Um paciente que interage, que pesquisa sobre suas afecções, que se dá, inclusive, o direito de externar sua discordância dos preceitos médicos. Há aqui a instauração do verdadeiro diálogo, havendo assim a possibilidade de um encontro genuíno entre médico e

¹⁸ Como já indicado no Capítulo sobre os Procedimentos Metodológicos, os nomes reais dos médicos envolvidos nas gravações foram substituídos por nomes fictícios.

paciente. Na verdade, o próprio termo paciente¹⁹, nesta perspectiva dialógica, merece ser questionado, já que não há aqui um sujeito que sofre meramente uma ação de outrem. Um mero receptor de informações, colocado numa posição passiva de apenas ouvir o especialista. Ele se coloca na ação, estabelecendo uma interlocução que atenda os objetivos comunicativos de ambos, análise do problema, diagnóstico e planejamento de tratamento.

6.3 Nova ordem mundial e humanização da assistência hospitalar: uma associação possível?

A observação atenta aos dados coletados, permite-nos alguns pontos de conflito o que se propõe por nova ordem social e humanização na assistência hospitalar.

Por um lado tem-se pessoas com seu histórico de perturbações emocionais, dores físicas e dúvidas para as quais nem sempre há respostas imediatas. Por outro, tem-se o especialista com suas limitações internas e externas que confrontam-se com o juramento hipocrático “em toda casa que eu vá, aí entrarei para o bem dos doentes” (HIPÓCRATES *apud* NEVES, 2005, p. 105). Os dados coletados na pesquisa permitem-nos apontar mais dois elementos que só pioram este imbróglio: a necessidade da fuga imediata da dor ou do desconforto por parte dos pacientes e o tempo diminuto destinados às consultas.

A experiência do consumo incoseqüente e incontrolável, comum aos indivíduos ditos pós-modernos, invade também o âmbito da saúde e do cuidado de si. As pessoas delegaram à indústria de medicamentos a responsabilidade pelo seu bem estar físico e psíquico. O consumo de remédios que gera lucros bilionários aos laboratórios, está sustentado na promessa da solução para todos os males. O movimento frenético comum nos espaços urbanos não colabora em nada para que se desenvolva uma postura crítica do

¹⁹ Com relação à opção pela palavra paciente, cliente ou usuário para designar a pessoa que procura a assistência hospitalar, far-se-á uma reflexão no capítulo sete, tomando por base a proposta da Cartilha do Humaniza SUS.

cidadão. A indústria “faz” sua parte produzindo em escala gigantesca para dar conta da demanda. O consumidor, por sua vez, é fiel aos ditames dos fabricantes, que estão sempre aperfeiçoando suas estratégias para fidelizá-lo. O produtor conta com os serviços da propaganda, de grande importância para a venda de seu produto. É comum anúncios em jornais, na televisão e mais recentemente na internet substituírem a função do médico. Em alguns casos, não raros, vai-se à farmácia como se fosse a um supermercado. Também não é raro relatos de pessoas que tomaram remédios por um longo tempo, até que os órgãos responsáveis proibam sua venda por provocarem sérios riscos à saúde da população.

Somado a essa busca incessante por novas substâncias (pseudo)curativas e a facilidade de acesso, tem-se a dificuldade de se marcar uma consulta com o médico; ou mesmo quando marcada a consulta o tempo disponível é bastante reduzido, como apontam os dados de nossa pesquisa. A consequência de tudo isto é uma interlocução que, ao invés de ser esclarecedora, torna-se geradora de mais dúvidas. Desse modo, como pode ser constatado acima, o usuário que procura o posto de saúde, o ambulatório ou a clínica, é levado pelo impulso de solicitar medicamentos cujos nomes já estão familiarizados e são fieis consumidores. Um outro comportamento adverso, que foge ao controle do profissional de saúde é a não adesão do paciente ao tratamento, ou ao medicamento prescrito. Esta conjunção de fatores parece dizer-nos que nessa nova ordem, dados os exemplos apresentados, a assistência humanizada configura-se mais uma expressão cuja função é apenas “embelezar” os diálogos nas rodas acadêmicas, ou em grupos fechados.

Nesse ponto em que os problemas de comunicação parecem gerar uma situação insolúvel, no qual a interação paciente-médico sofre uma clivagem, é útil debruçar-nos sobre a questão: *“Como é possível, a partir de uma concepção dialógica, promover a humanização na assistência hospitalar?”* e como isto interfere na adesão (ou não) a uma proposta terapêutica. Essa questão será objeto de reflexão no capítulo oito.

7 As escolhas lexicais no projeto HumanizaSUS e o novo paradigma em medicina

Quando escolhemos uma palavra, durante o processo de elaboração de um enunciado, nem sempre a tiramos (...) do sistema da língua, da neutralidade lexicográfica. Costumamos tirá-la de outros enunciados e, acima de tudo, de enunciados que são aparentados ao nosso pelo gênero, isto é pelo tema composição e estilo: selecionamos as palavras segundo as especificidades de um gênero.
(Bakhtin, Discurso na vida e discurso na arte)

O Humaniza-Sus, junto com a Política Nacional de Humanização (PNH), lançado em 2003, tem como principal objetivo trazer para o contexto dos serviços de saúde uma proposta humanizadora nos seus modos de gerir hospitais e cuidar da saúde da população. No Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, faz-se uma exposição das ideias que norteiam o projeto. O documento é finalizado com a inserção do Glossário HumanizaSUS. Nele é sugerido o uso de palavras com fins específicos, especialmente no que tange à mudança de comportamentos na assistência médica, palavras como **paciente**, **cliente** e **usuário**, são boas das que figuram a lista. Na verdade, essa modificação de comportamentos teria em sua base uma transformação nos valores ligados à prática dos cuidados médicos.

Essa mudança de comportamentos prenuncia uma mudança paradigmática do conceito de medicina. Neste capítulo, será apresentada um quadro comparativo em que se apontam as principais características de um modelo holístico em medicina, contrapondo-se ao newtoniano-cartesiano.

7.1 As escolhas verbais e suas implicações

A ligação entre comportamento e escolhas lexicais é estreita e revela o componente ativo da linguagem enquanto agente de mudança nas relações sociais. A palavra limita, dá contornos, funda realidades. No momento em que faz a opção por uma palavra, o enunciador abre mão de inúmeras outras. Esta escolha é determinada pelo tipo de interação que é estabelecida pelos

participantes da interlocução. As escolhas verbais e os sentidos por elas gerados são permeados pelo componente social que as antecede e as determina.

Para Bakhtin:

O componente verbal do comportamento é determinado em todos os momentos essenciais do seu conteúdo por fatores objetivo-sociais.

O meio social deu ao homem as palavras e as uniu a determinados significados e apreciações; o mesmo meio social não cessa de determinar e controlar as reações verbalizadas do homem ao longo de toda a sua vida. (BAKHTIN, 2004, p. 86)

As escolhas não são fortuitas, nem dependem de uma ação isolada do indivíduo. Pois sendo ele partícipe de uma conjuntura, é a ela que é dada a resposta quando feita uma escolha linguística. Desse modo, o grupo social ao qual pertence o sujeito é a razão, ou mesmo o detentor, dos sentidos atribuídos à palavra em uso. Os fatores *objetivo-sociais* não só norteiam como também restringem as possibilidades de elaboração dos significados.

O enunciador ao fazer uma opção verbal está sempre agindo em atendimento a uma necessidade imediata, com o intuito de manter ou finalizar um processo interativo. A manutenção ou não da conversação dependerá fatores internos e externos aos falantes. No caso de um consulta médica, por exemplo, não basta o desejo interior de um dos interlocutores, ou mesmo dos dois, querer alongar a interação, muito além do esperado, visto que o tempo para cada consulta sofre coerções externas. Há outras pessoas a serem atendidas, que trazem consigo desejos semelhantes de uma interação satisfatória.

No contexto imediato do hospital, o indivíduo assumir-se como **paciente**, **cliente** ou **usuário** pode alterar completamente seu comportamento. Uma pequena mudança lexical interfere de modo explícito nas maneiras de agir das pessoas. A autoconsciência é sempre verbal (BAKHTIN, 2004, p. 87), e a escolha verbal, por sua vez, está na ordem do social. Na medida em que o indivíduo faz suas escolhas, que geram os padrões comportamentais, ele está se colocando a si mesmo sob um regulamento social.

7.1.1 Cliente, paciente ou usuário?

As questões entre linguagem, comportamento e sociedade têm recebido progressivamente mais atenção nas últimas décadas. As novas reflexões sobre o uso da linguagem e construção identitária despertam para o fato de que os falantes estão sempre sendo questionados sobre o emprego de termos socialmente adequados ou inadequados. As discussões sobre o *politicamente correto*, no que diz respeito à linguagem, perpassam os diferentes ambientes sociais, tais quais, a escola, a vida doméstica, a igreja, as relações trabalhistas. Tomando por base essas discussões, o projeto HumanizaSUS estabelece um glossário com uma lista de palavras a serem priorizadas no contexto da assistência e gestão hospitalar.

As palavras sugeridas para denominar o sujeito que recorre aos serviços médicos ilustram bem essa preocupação em selecionar vocábulos que atendam as conveniências do mundo contemporâneo. A questão é qual a palavra que melhor se adequaria - **usuário, cliente e paciente** - para definir o indivíduo que necessita da assistência médica? O HumanizaSUS, em seu glossário, apresenta a seguinte distinção e sugestão de uso:

Usuário, cliente, paciente:

Cliente é palavra usada para designar qualquer comprador de um bem ou serviço, incluindo quem confia sua saúde a um trabalhador da saúde. O termo incorpora a idéia de poder contratual e de contrato terapêutico efetuado. Se, nos serviços de saúde, o paciente é aquele que sofre, conceito reformulado historicamente para aquele que se submete, passivamente, sem criticar o tratamento recomendado, prefere-se usar o termo cliente, pois implica em capacidade contratual, poder de decisão e equilíbrio de direitos. Usuário, isto é, aquele que usa, indica significado mais abrangente, capaz de envolver tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema. (HumanizaSUS, 2006, p. 50) (grifo nosso)

Entre as palavras **cliente** e **paciente** o texto faz uma distinção clara, porém superficial, sobre os sentidos a elas atribuídos. Propõe-se a opção pela palavra cliente, já que paciente designaria alguém que sofre, que se submete passivamente a uma terapêutica, sem aferir-lhe crítica. Ao pesquisar sobre ambas as palavras observou-se que entre elas há mais elementos em comum do que se supõe na exposição feita pelo glossário.

Vejamos o que o Dicionário Houaiss da língua portuguesa registra para os verbetes citados:

cliente *s.2g.* (1561) **1** na antiga Roma, indivíduo que estava sob a proteção de um patrono (cidadão rico e poderoso); patrocinado **2** pessoa que confia a defesa de seus interesses ou direitos a um advogado, procurador ou tabelião; constituinte **3** indivíduo que contrata serviços ou adquire mercadorias mediante pagamento; comprador, freguês **4** pessoa que consulta habitualmente o mesmo médico, dentista etc. **5** correntista de um banco **6** INF *B* componente de uma rede que utiliza os serviços de um servidor **7** SOC *B* *pej.* cada um dos indivíduos socioeconomicamente dependentes que fazem parte de uma clientela ('conjunto de indivíduos dependentes') ⊙ ETIM lat. *cliens,entis* 'protegido de um patrono, espécie de vassalo' ⊙ COL clientela, clínica, freguesia. (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 479)

E para o segundo verbe:

paciente *adj.2g.* (sXIV) **1** que tem paciência ('virtude'); sereno, conformado **2** que sabe esperar; calmo <*passageiro p.*> **3** que persiste na realização de um trabalho; perseverante <*pesquisador p.*> **4** feito com paciência <*descobertas científicas exigem observação p.*> ■ *s.2g.* **5** indivíduo doente ou sob cuidados médicos **6** réu que vai ser submetido à pena de morte; padecente **7** JUR aquele que sofre uma ação ou omissão criminosa ■ *adj.2g.s.m.* GRAM **8** que ou o que não pratica a ação expressa pelo verbo, mas a recebe, assim como os sujeitos de verbos na voz passiva (*João foi reprovado, arruinaram-se duas vidas*) e a maioria dos objetos diretos e alguns indiretos (*cortei dois tomates, lembrou-se de mim*) ■ *s.m.* FIL **9** na escolástica, ente que sofre uma ação em estado de inércia, passividade, desintencionalidade ⊙ ETIM lat. *patiēns,éntis* 'que suporta, que resiste' ⊙ SIN/VAR ver sinonímia de *resignado* ⊙ ANT agente, impaciente; ver tb. antonímia de *resignado* ⊙ HOM *paciente* (fl.pacientar). (HOUAISS; VILLAR, 2009, p. 1410)

Dois aspectos merecem ser ressaltados a respeito dos registros acima. O primeiro é a ideia de passividade que um dos verbetes assumiria. A distinção que o glossário do HumanizaSUS apresenta para as duas palavras dirige-se especialmente para a relação atividade/passividade. Enquanto o paciente

adotaria um papel de recebedor de uma ação, o cliente seria o executor de uma ação, na medida consome um produto. Estabelece-se então a relação entre sujeito e objeto. No entanto, no resgate etimológico de cada uma das palavras e no sentido fornecido pelo texto oficial, percebe-se uma semelhança importante entre ambas. Tanto uma quanto a outra remetem a uma postura de passividade, de alguém que sofre ação de outrem. O mesmo se percebe quando se debruça, numa perspectiva histórica, sobre o sentido da palavra cliente. Este resgate é apresentado no Dicionário etimológico de Antônio Geraldo da Cunha:

cliente s2g. 'constituente, em relação ao seu advogado ou procurador' 'doente, em relação ao médico' XVII. Do fr. *client*, deriv. do lat. *cliēns -entis* || **clientela** sf. 'conjunto de clientes' 1844. Do fr. *clientèle*, deriv. do lat. *cliéntela*. (CUNHA, 1986, p. 189)

Dessa forma, a solução apresentada pelo Glossário HumanizaSUS (2006, p. 50) não se evidencia como a melhor escolha, já que a palavra **cliente** traz em sua memória uma relação de vassalagem e dependência a alguém que lhe é superior. Se a palavra **paciente** é preterida por trazer em si a ideia de submissão passiva, a palavra cliente não está longe disto.

Outro aspecto importante concernente ao termo cliente, refere-se à postura de subserviência às leis de mercado. Numa sociedade pautada pelo lucro, que estimula o consumo a qualquer custo. Faz-se necessário a produção rápida e constante de novos produtos que fascinem e alimentem o prazer da compra e da posse.

Os serviços de saúde e tudo o que eles envolvem dão forma a uma indústria bilionária. Desde a adesão aos planos de saúde mais simples aos mais caros, consultas particulares, cirurgias plásticas, exames – nem sempre necessários –, consumo descontrolado de medicamentos, tudo isto alimenta e é retroalimentado por um sistema que está muito mais comprometido com a grande lucratividade do que com o bem-estar do cidadão.

Os discursos, repetidos em uníssono, dão conta de que a medicina moderna tem como única preocupação a saúde das pessoas. No entanto, o que se constata é o interesse em formar uma clientela fiel e ávida por novidades. O máximo de transgressão que se pode haver é substituir o produto de uma marca por outra. A relação de uso e descarte, tão presente em outras

áreas, ocorre também no contexto dos serviços de saúde. A fluidez das relações, sobre a qual Bauman adverte, ao se referir à Modernidade Líquida, perpassa os diferentes âmbitos sociais, inclusive este.

Ao transformar paciente em cliente, pouca coisa foi alterada. Ambos têm uma postura passiva diante da realidade que os cerca. Se para um, o bem-estar era algo que se esperava vir da solidariedade de alguém; para o outro este bem-estar é algo comprável, seja em parcela única, ou em parcelas a perder de vista. Se para o paciente só resta esperar, para o cliente resta um prazer, garantido pelo mercado, a satisfação imediata quando sai de uma farmácia ou supermercado, levando consigo uma sacola abarrotada de medicamentos.

Situação incômoda encontra-se aquele que não se entende como paciente, pois reclama para si uma posição ativa, mas também não pode colocar-se na condição de cliente, já que não tem recursos para pagar pelos serviços médicos. Via de regra, estes são os esquecidos, jogados para o espaço da exclusão, prova viva da falibilidade do estado. De modo que, o sistema, ao invés de gerar saúde, torna-se um gerador de doenças.

Uma terceira opção apresentada pelo Glossário HumanizaSUS é recorrer à palavra **usuário**. Todavia, a palavra usuário, de acordo com o Glossário (2006, p. 50), representa “tanto o cliente como o acompanhante do cliente, o familiar do cliente, o trabalhador da instituição, o gerente da instituição e o gestor do sistema”. Com esta abrangência de possibilidades de sentidos sugeridos, a resultante é uma imprecisão no uso da palavra. O cliente é apenas mais um tipo de usuário, talvez o mais interessado no processo de cura.

Como é possível tratar o indivíduo de uma forma holística, se a palavra proposta para denominá-lo é tomada de uma maneira claramente seccionada? O indivíduo que está diante do médico deve ser tratado como paciente, cliente ou usuário? Que garantias há para o indivíduo que sendo tratado de uma dessas formas, interferirá positivamente no quadro clínico? Ou negativamente? Se a mudança de comportamento afeta e é afetado pelas escolhas linguísticas que o falante faz, há que se alertar para a elaboração, mais precisa, de um vocabulário que abarque novos conceitos, e novas posturas dos profissionais

de saúde. As novas escolhas têm que priorizar os sujeitos envolvidos no processo interativo, ou se configurará apenas como modismos.

No item a seguir será apresentada uma tabela que expõe as principais características de uma medicina que se propõe à construção de uma relação holística.

7.2 Novos paradigmas em medicina

A sociedade passa por mudanças de grandes proporções em sua organização e seus efeitos são irrevogáveis. A medicina moderna, e tudo o que está em seu entorno, incorpora estas mudanças, na proporção em que modifica definitivamente as relações construídas entre seus agentes. A introdução de novos conceitos sobre bem-estar e tratamento médico foi necessária para traduzir um conjunto de comportamentos em que o indivíduo passa a ser o centro das atenções. Inaugura-se, assim, um novo paradigma para o campo da medicina e do cuidado com o outro e cuidado de si. Intitulado paradigma holístico²⁰, ele perpassa os vários campos do saber e tem como fundamento o ser humano em sua integralidade.

A medicina contemporânea é um dos campos tocados por este novo paradigma. Weil (2009, p. 295-297) condensa as principais características dos dois modelos, o newtoniano-cartesiano e o holístico, em um quadro, no qual apresenta conceitos, sistemas de valores, atitudes e comportamento do médico:

Quadro 3: Diferenças de paradigmas na medicina

Paradigma newtoniano-cartesiano	Paradigma holístico
1. Visão separada e especializada de partes do corpo humano	Corpo visto como um organismo vivo cujos sistemas são interligados independentemente
2. Corpo visto como entidade material	Corpo visto como sistema energético
3. Separação corpo-espírito	Integração e interação corpo-espírito, ambos vistos como feitos da mesma

²⁰ O paradigma holístico emerge de uma crise da ciência, de uma crise do paradigma cartesiano-newtoniano, que postula a racionalidade, a objetividade e a quantificação como únicos meios de se chegar ao conhecimento. Esse paradigma busca uma nova visão, que deverá ser responsável em dissolver toda espécie de reducionismo. A holística força um novo debate no âmbito das diversas ciências e promove novas construções e atitudes. (TEIXEIRA, 1996, p. 286)

	energia
4. Corpo visto como sistema independente do meio ambiente	Interação constante e integração do sistema psicobiofísico individual com os sistemas sociais, físicos e vitais externos
5. Separatividade médico-paciente	Interação médico-paciente, vista como processo energético profundo e amoroso
6. Paciente visto como objeto de diagnóstico e tratamento e como um mecanismo a consertar	Consciência plena da importância da energia do afeto e do amor na relação médico-paciente, além da eficiência do diagnóstico e do tratamento
7. Médico responsável pela cura	Cura vista como fruto da cooperação médico-paciente
8. Doença vista como tendo causa específica	Doença vista como resultado de uma desarmonia global, além das causas específicas.
9. Doença vista como negativa	Doença vista como oportunidade de restabelecer equilíbrio e harmonia.
10. Paciente visto como cliente ou objeto de diagnóstico e tratamento	Paciente visto como pessoa.
11. Saúde vista como ausência de doença	Saúde vista como estado de harmonia com a natureza interior e exterior.
12. Normalidade vista sob o critério estatístico.	Normalidade vista como estado ótimo de bem-estar, alegria de viver, amor altruísta e consciência plena.
13. Cérebro visto como órgão secretor da mente, e mente vista como epifenômeno.	Cérebro visto como órgão planejado e executado pela mente e cuja função é a emissão e recepção de energias mentais cósmicas.
14. Morte vista como o término da vida.	Morte vista como transformação do corpo e do espírito.
15. Afastamento do médico na hora da morte.	Acompanhamento e preparo da pessoa para a passagem.
16. Predomínio do especialista	Trabalho de equipe interdisciplinar, coordenado por um clínico geral.
17. Estresse visto como causa da doença.	A causa do estresse vista como residindo na fantasia da separatividade ²¹ , no apego e no ódio.
18. Perturbações psicossomáticas percebidas como imaginadas e pouco reais.	Perturbações psicossomáticas vistas como produto da interação corpo-mente-ambiente.
19. A medicina considerada como um ramo independente da ciência.	A medicina como dependendo de informações de todos os ramos da ciência, da filosofia, da arte e da tradição

²¹ Fantasia de separatividade: termo técnico utilizado pelo autor para expressar a fonte da “neurose de paraíso perdido”, na qual estão inclusos sentimentos como raiva e agressão, ciúme e inveja, orgulho paranóico, o apego e a possessividade, o medo e a angústia, a tristeza e a depressão.

20. O médico percebido como um intelectual, com habilidades e conhecimentos técnicos.	O médico concebido como uma pessoa, tendo desenvolvido harmoniosamente a razão e a intuição e o sentimento, a inteligência e a sabedoria, as qualidades da mente e do coração.
---	--

(WEIL, 2009, p. 295-297)

O quadro acima mostra o declínio de um modelo e a ascensão de outro. O processo de queda e criação de novos modelos paradigmáticos, como mostrado por Kuhn (2006), indica a saturação de antigas formas de interpretação do real.

A necessidade de se desenvolver uma nova compreensão do humano impõe à sociedade colocar na sua agenda de debates a reflexão sobre conceitos, valores e comportamento até então aceitos como corretos e a construção de novos valores. O quadro comparativo, embora resumido, alerta para a necessidade de mudança de postura no que se refere à prática do cuidado dirigido ao outro e a si mesmo. Já que o eu e o outro, nesta concepção, fazem parte de uma integralidade. O portador de uma enfermidade não deve mais ser visto como um objeto distante de análise e diagnóstico. Neste novo modelo, se não houver um envolvimento integral de ambas as partes, na busca do bem-estar, o tratamento é ineficiente. Não há cuidado com o outro que não passe, antes de tudo, pelo cuidado consigo mesmo.

A palavra holismo, na sua raiz grega (*holos* = completo, total, inteiro) é revelação da necessidade de se ir além do elemento puramente racional do ser humano. Isto porque “[...] a racionalidade corre o risco constante, caso não mantenha vigilante autocrítica quanto a cair na ilusão racionalizadora” (MORIN, 2002, p. 24). Como se pode observar, Morin apresenta-se como um dos que fazem a crítica a uma racionalidade redutora que conduziu o pensamento ocidental por séculos.

Entre os tópicos 1 e 4 do quadro o foco recai sobre as questões do corpo nos paradigmas. Há a evidência das disparidades que marcam cada um dos modelos. Enquanto no modelo newtoniano-cartesiano o corpo reduz-se a uma maquinaria que apresenta defeitos, no modelo holístico este mesmo corpo é percebido como sistema energético, em que há a integração constante do sistema psicobiofísico individual com os sistemas sociais, físicos e vitais

externos. Observa-se um cuidado especial, nesse novo modelo, com a interação médico-paciente. Não há nesta perspectiva a relação sujeito-objeto ou sujeito-doença. Isto é explicitado no tópico 6, onde se lê: “Consciência plena da importância da energia e do afeto e do amor na relação médico-paciente, além da eficiência do diagnóstico e do tratamento”.

No tópico 10 do quadro aparece a questão, já focada no item 7.1.1, sobre uso das palavras paciente e cliente. Nele, o autor aponta a palavra cliente como um marcador do antigo paradigma, “paciente visto como cliente ou objeto de diagnóstico e tratamento.” Embora o autor não adentre as questões de nomenclatura, fica evidente sua predileção pelo termo paciente.

Dada a falta de consenso com relação à melhor opção, se cliente, paciente ou usuário, entende-se que, numa visão mais integradora, um mesmo indivíduo assume, a partir de suas práticas discursivas, os diferentes papéis. Seu comportamento, as escolhas linguísticas e o tipo de interação estabelecida, entre ele e o médico, determinarão se estamos diante de um paciente, cliente ou usuário dos serviços médicos. Ressalte-se o fato de que uma possibilidade não exclui as outras. Um indivíduo pode desempenhar o papel de cliente **ou** paciente, mas pode também apresentar-se simultaneamente como paciente **e** cliente.

Se paciente e cliente, como já observado, apresentam predominantemente uma postura de passividade com seu entorno, seja sofrendo uma ação ou apenas consumindo um produto, o mesmo não ocorre com a palavra usuário, que pressupõe uma atitude participativa, integrada com o meio e responsiva diante da vida. É natural que a palavra usuário apresenta o inconveniente de ser muito abrangente, o que pode tornar seu sentido algo vago.

Diante dessas incompatibilidades e por falta de um termo mais exato e consensual, admitimos o uso das três palavras, ressaltando que a escolha vai ser determinada pelo comportamento assumido diante do outro. É o papel vivenciado na interação que dará as pistas se o indivíduo está sendo um cliente, um paciente ou usuário.

Embora a reflexão sobre as escolhas verbais e a mudança de paradigma esteja na ordem do dia, de pouco adiantará as discussões se estas estiverem limitadas apenas ao meio acadêmico. É necessário que se avance para além

dos muros da academia e a palavra siga o seu rumo natural, que é transformar-se em ação, ser ação. O paradigma holístico e suas consequências para as ciências já vem sendo objeto de discussões e análises há algumas décadas. O uso massificado da palavra, especialmente pelas ciências médicas a esvaziou de sentido. Apesar desse uso frequente, lamentavelmente “o humano continua esquartejado, partido como pedaços de um quebra-cabeça ao qual falta uma peça” (MORIN, 2002, p. 47-48). A humanização só é concebível a partir de uma parceria multilateral e multidisciplinar. Só assim é possível dar ao corpo o *status* de sistema e reintegrá-lo, despertando suas potencialidades até então adormecidas.

8 A consulta médica: humanização e alteridade

Sem perceber que, embora o racional nos diferencie dos outros animais, o humano se constitui quando surge a linguagem, na conservação de um modo particular de viver no entrelaçamento de nossos fazeres e emoções que é conversar.
(Maturana e Dávila)

Os dados coletados que dão subsídios a esta pesquisa, provenientes do registro da interação face a face entre médico e usuários dos serviços de saúde, foram sistematizados, priorizando-se ações verbais como: prescrições médicas, solicitações de medicamentos pelos pacientes, insubordinação do paciente às ordens médicas. Interessa-nos, neste capítulo, refletir sobre uma questão essencial para uma proposta que se intitule humanizada: “*Como é possível, a partir de uma concepção dialógica, promover a humanização na assistência hospitalar?*” e como isto interfere na adesão do usuário ao tratamento proposto pelo profissional de saúde. Para ampliar esta reflexão lançou-se mão de dois conceitos, que nos ajudarão entender melhor a razão das questões: o conceito de *footing* (GOFFMAN) e alteridade (BAKHTIN). Com a aplicação desses conceitos ao contexto da interação médico-paciente, percebe-se que é possível aprimorar e dar contornos mais precisos ao debate sobre a humanização na assistência hospitalar.

8.1 A interação usuário-médico e as motivações para as escolhas linguísticas

O uso do imperativo verbal é uma marca determinante para indicar as diferenças hierárquicas nas interações sociais. É certo que a ação do “mando” não está limitada ao uso desta afirmação verbal, o contexto em que estão inseridos os enunciados e o papel social dos sujeitos envolvidos são marcadores essenciais para indicar se estamos diante de uma ordem, ou de uma solicitação, por exemplo. Dois conceitos são necessários para entendermos melhor como se dá esse processo. O primeiro é o de *enquadre*,

que funciona como um indicador dos sentidos implícitos construídos na mensagem. Assim, o enquadre, no que diz respeito à interação, refere-se

à definição do que está acontecendo em uma interação, sem a qual nenhuma elocução (ou movimento ou gesto) poderia ser interpretado. Para Usarmos o exemplo clássico de Bateson, um macaco precisa saber se uma mordida de um outro macaco deve ser entendida dentro do enquadre de brincadeira ou do enquadre da luta. As pessoas constantemente se deparam com esta mesma tarefa interpretativa. Para compreender qualquer elocução, um ouvinte (e um falante) deve saber dentro de qual enquadre ela foi composta: por exemplo, é uma piada? É uma discussão? (TANNEN; WALLAT, 2002, p. 188)

Esta noção de enquadre é útil, sobretudo porque serve como referência de qual atividade está sendo vivenciada num momento de interlocução e quais as expectativas possíveis. Numa consulta médica os interactantes já têm bem definidos quais os papéis a ser desempenhados e quais as ações a eles atribuídas. Ações como prescrições medicamentosas, autorização para exames e permissão para procedimentos cirúrgicos não podem ser esperadas por outro agente, que não o médico. O segundo conceito, que, na verdade, funciona como um complemento ao conceito de enquadre, é o *footing*. Para Ribeiro e Garcez (2002, p. 107), *footing* “representa o alinhamento, a postura, a posição, a projeção do ‘eu’ de um participante na sua relação com outro, consigo próprio e com o discurso em construção”. De modo que, é esse último o aspecto dinâmico dos enquadres. Há, ao longo da interação face a face, algumas mudanças permitidas pela interlocução e que são negociadas pelos falantes. Dessa forma, os “*footings* são introduzidos, negociados, ratificados, (ou não), co-sustentados e modificados na interação” (RIBEIRO; GARCEZ, 2002, p. 108).

O cruzamento desses dois conceitos torna possível compreender que no contexto da sala de aula, por exemplo, o professor, revestido de seu papel social, tem direitos e deveres que só dizem respeito a ele e naquele espaço. Da mesma forma, o aluno precisa aprender a cumprir alguns rituais para que o evento aula transcorra de maneira satisfatória. Isso não garante que as mesmas regras que regem o interior da sala de aula se repetirão fora do espaço escolar. Isso porque, a mudança do lugar social no *mundo sócio-subjetivo* (BRONCKART, 1999) provoca a alteração dos papéis sociais. Os

papéis de pai, professor, aluno, paciente são vivenciados e se alternam de acordo com o contexto imediato em que o sujeito está inserido.

No entanto, as trocas não ocorrem apenas quando há uma mudança de lugar social. Num mesmo no evento pode haver pequenas alternâncias na forma de agir dos interactantes, denominadas por Goffman como mudanças de *footings*. Na interação aluno-aluno, por exemplo, o mesmo aluno pode se comportar ora como aprendiz, ora como didata. Da mesma forma o professor pode transitar nas ações de ensinar e aprender.

Outro aspecto importante, frequente durante a consulta médica, é a mudança de registro²², que diz respeito às escolhas verbais a fim de estabelecer uma aproximação entre falante e ouvinte, estas mudanças podem ser percebidas nos trechos que seguem:

“Méd: bom dia

Pac: bom dia doutora

*Méd: o nome do senhor **** *? né?*

Pac: é sim senhora

*Méd: qual a idade do senhor, seu *****?*

Pac: meia sete

Méd: o senhor toma remédio para pressão ou diabete?”

(Consulta 5)

Aqui temos uma introdução típica de uma consulta médica, na qual os interlocutores se apresentam, deixando transparecer, na linguagem, os papéis sociais desempenhados por cada um deles. As perguntas que a médica faz são amplamente generalizadas e são feitas, com pequenas alterações, a cada nova consulta. No entanto, à medida que os relatos dos pacientes vão sendo elaborados e informações sobre resultados de exames, apresentados, as escolhas lexicais podem ser alteradas. Isto se percebe na sequência abaixo, extraída da mesa consulta:

*“Méd: porque deu uma **alteraçãozinha** aqui, no seu **exame**, na **ultrassom**, esses **exames que se faz do abdome, da barriga**,*

²² A noção de *registro* será usada, neste trabalho, de acordo com a definição de Ferguson (*apud* TANNEN; WALLAT, 2002, p. 194.): “Registro é simplesmente ‘variação condicionada pelo uso’: convenções para escolhas lexicais, sintáticas e prosódicas consideradas apropriadas para o cenário e para a plateia.”

que só... justo... seria justificado por este verme que o senhor já teve, mas já tratou não foi? já tomou os comprimidos?

Pac: tomei na maternidade

*Méd: o senhor já fez o **exame de psa? aquele exame que faz de sangue para ver... pra ver como é que está a próstata?***

Pac: já, já fiz exame de sangue, de urina

Méd: trouxe para mim alguma vez?

Pac: hum?

Méd: já trouxe para mim alguma vez?

Pac: o exame de quê?

*Méd: **o de sangue para ver a próstata?***

Pac: quer dizer que agora mesmo eu fiz exame sangue, de fezes e de urina

*Méd: mas **o exame de sangue específico para ver a próstata, já fez? nunca fez não?***

Pac: fiz”

(...)

*Méd: **a próstata só está um pouquinho aumentada, um pouquinho grande**, a gente precisa pedir outro exame de sangue do senhor certo?*

(Consulta 5)

Ouvir do médico que os resultados dos exames solicitados apresentaram alteração, a depender do tipo de exame, pode mexer profundamente com o estado emocional do paciente. Daí a escolha da médica pelas formas **alteraçãozinha** e da sentença **“a próstata só está um pouquinho alterada, um pouquinho grande”**, que, semanticamente, diminuiriam a força da palavra (alteração/alterada/grande). As escolhas seguintes têm o intuito de aproximar falante do ouvinte, assim:

“exame → ultrassom → exames que se faz do abdome → da barriga”

A médica, na tentativa de ser melhor compreendida, opta por palavras que estariam mais presentes no universo de seu interlocutor. Numa outra sequência, há a tentativa de amenizar o impacto sobre o tipo de exame

solicitado, especialmente para a faixa etária na qual se encontra este paciente (sessenta e sete anos):

“exame de psa → aquele exame que faz de sangue para ver pra ver como é que está a próstata → o de sangue para ver a próstata → o exame de sangue específico para ver a próstata”

Nas duas sequências acima, as escolhas lexicais vão sofrendo alterações com objetivos diferentes. Se na primeira, a médica adapta a sua linguagem ao universo de seu paciente, com o objetivo expresso de facilitar a compreensão do que está sendo dito. Na segunda sequência, a preocupação é com a reação do paciente ao associar **alteraçãozinha** ↔ **próstata um pouquinho aumentada, um pouquinho grande** ↔ **exame de psa**. O resultado da empreitada da médica, no entanto, não foram suficientes para conter o choro do paciente, como se pode conferir:

Pac: tá ((o paciente esboça um choro))

“Méd: não se aperreie não.

(...)

*Méd: mas não se preocupe seu *****? a gente precisa primeiro, antes de tudo pedir o exame, o exame de sangue, pela, por esta ultrassom da barriga, ele deu alterado, deu um pouquinho aumentado, mas a gente precisa confirmar. Às vezes tá alterado... a ultrassom tá alterado, mas não chega a alterar o de sangue, não chore não, não se aperreie não ... eu vou passar um remediozinho pro senhor dormir mais à noite, viu? mas não coloque isso na cabeça não que já tá sem conseguir dormir e se aperreando é pior, né?*

(Consulta 5)

A formalidade com que é iniciada a consulta médica, a partir das escolhas lexicais feitas, especialmente pela médica, é redirecionada, e dá espaço para uma relação mais informal. Isto permite uma aproximação mais intensa entre os interlocutores. A linguagem torna possível esta proximidade de acordo com a força que as palavras ganham nesta sequência **“não se aperreie não → não se preocupe → não chore não, não se aperreie não → se**

aperreando é pior, né?”. A médica assume um papel de conselheira, já que as tentativas de redução de impacto, ao informar o paciente sobre os resultados dos exames, não foram suficientes para contê-lo de um estado de melancolia. A reação do paciente promove, na interação, um redirecionamento na relação paciente-médico, o lugar social é o mesmo, mas os papéis sofrem pequenas alterações. A situação de interlocução apresentada acima revela uma *mudança de footing* que, para Goffman,

implica uma mudança no alinhamento que assumimos para nós mesmos e para os outros presentes, expressa na maneira como conduzimos a produção ou a recepção de uma elocução. Uma mudança em nosso *footing* é um outro modo de falar de uma mudança em nosso enquadre dos eventos. [...] a mudança de *footing* está muito comumente vinculada à linguagem; quando tal não for o caso, ao menos podemos afirmar que os marcadores paralinguísticos estarão presentes. (2002, p. 113-114)

O choro exerce, neste momento preciso da interação, a função de uma pista paralinguística²³, enviada pelo paciente para a médica. A médica, por sua vez, entende a mensagem implícita contida naquela pista e aceita a possibilidade de uma mudança de enquadre. A mudança é veiculada especialmente através da fala. Há aqui, portanto, a passagem de uma relação mais formal, caracterizado pelo distanciamento entre os interlocutores para uma aproximação, em que se percebe uma cooperação. Tudo isso ocorre sem um planejamento prévio e de modo rápido. A “dança” social entre os falantes só é possível porque há um encontro que possibilita a comunicação entre os sujeitos. Ambos estão preocupados em entenderem e fazerem-se entendidos pelo outro.

Com o exemplo da interação face a face acima é possível afirmar que a linguagem é o elo entre o *eu* e o *outro*. A palavra se confirma em sua dimensão máxima como a ponte que une as duas polaridades *eu* ↔ *outro*. O dialogismo bakhtiniano já apontava para este fato. Conduzidos por suas necessidades e valores, os interlocutores organizam seus enunciados de acordo com o contexto de fala em que estão inseridos. Todavia, esta adequação, ou mesmo

²³ A noção de *pistas paralinguísticas* (ou marcadores paralinguísticos, como fora utilizado por Goffman) está de acordo com a proposta por Gumperz (2002, p. 152-154), relacionando-as ao valor das pausas, o tempo da fala e às hesitações que ocorrem durante uma conversação.

as escolhas linguísticas, não são fruto da mente individual, mas das relações intersubjetivas construídas na interação. O ambiente social é elemento determinante para que a comunicação transcorra de maneira eficaz, pois é ele que legitima o comportamento dos sujeitos.

Este é um ponto crucial para o nosso entendimento do que se concebe como humanização. Não basta os hospitais investirem em recursos materiais, com tecnologia de última geração (quando há esta possibilidade) se os supostos beneficiados ainda são compreendidos como objetos; meros partícipes de uma engrenagem extremamente rentável.

O Novo Código do Conselho de Medicina, apresentado à sociedade civil em abril de 2009, no capítulo sobre os Direitos Humanos, apresenta algumas restrições com relação à prática médica. O artigo vinte e três toca no tema das relações entre o profissional de saúde e os usuários de seus serviços, ao afirmar que é vedado ao médico “tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade ou discriminá-lo de qualquer forma ou sob qualquer pretexto” (BRASIL, 2009, p. 8).

O enunciado do artigo vinte e três é apresentado de uma forma muito genérica quando se refere à proibição de desrespeitar a dignidade humana. O fato é que, para aqueles que estudam a linguagem numa perspectiva socializadora, o reconhecimento da dignidade do outro significa estabelecer, antes de qualquer coisa, um ambiente dialógico, isto é um espaço de parceria entre falante(s)-ouvinte(s). Esta parceria tem como gérmen a palavra e todas as suas circunstâncias que a delimitam e a expandem. O uso que se faz do verbo pode determinar uma relação conflituosa ou harmônica, já que

A palavra é interindividual. [...] A palavra não pode ser entregue apenas ao falante. O autor (falante) tem os seus direitos inalienáveis sobre a palavra, mas o ouvinte também tem os seus direitos; têm também os direitos aqueles cujas vozes estão na palavra encontrada de antemão pelo autor (porque não há palavra sem dono). A palavra é uma drama do qual participam três personagens (não um dueto, mas um trio). (BAKHTIN, 2008)

“Tratar o ser humano sem civilidade ou consideração, desrespeitar sua dignidade”, numa perspectiva sociológica da linguagem se dá toda vez que lhe é negado o direito de ser tratado como sujeito ativo da interação. O reconhecimento da interindividualidade desperta para o fato de que o diálogo

nunca se dá apenas entre dois falantes, visto que cada um deles traz consigo todas as outras vozes que os atravessam.

O médico, respaldado pela academia e com a permissão de seus pares, assume o discurso científico. A palavra ao ser usada lhe pertence, mas pertence também a toda uma tradição médica. Ele não fala em seu próprio nome, mas em nome desta tradição que lhe é anterior. Esta é a imagem socialmente construída para este profissional. No entanto, nada o impede de trazer para sua clínica outras vozes, nem sempre consonantes com o que se espera dele. Esse profissional pode falar em nome de uma rede, com interesses puramente comerciais; fazer de sua clínica um espaço para publicidade de novos fármacos, de novos tratamentos, apenas para satisfazer sua vaidade e fortalecer os ganhos de seus patrocinadores. A disputa das grandes redes de hospitais por novos clientes obriga-os a estarem constantemente adquirindo novas maquinarias que façam os olhos de seus consumidores brilharem. Os hospitais, ao assumirem o princípio do lucro pelo lucro, oferecem produtos e não serviços médicos. Um pacote de produtos, para quem tem condições financeiras de pagar por eles, pode incluir um atendimento vip, com tratamento, cirurgia e acomodação de luxo.

O indivíduo que necessita dos serviços é estimulado diariamente pela propaganda dos planos de saúde, com cláusulas ininteligíveis e promessas que não se cumprem. Se puder pagar pelos produtos oferecidos, assume o papel de cliente, contratando uma carência médica. Na possibilidade de sentir-se lesado pelo plano, adota o discurso de consumidor traído e procura as vias legais para a solução do problema. O processo judicial pode durar um tempo que sua saúde não pode esperar gera desgaste emocional e sentimento de indignação. Quando o indivíduo não pode pagar por um plano de saúde, situação comum a uma enorme parcela da população, é forçado a submeter-se ao serviço público de saúde, que demonstra incapacidade de atender o volume de pessoas que procuram diariamente seus serviços.

Percebe-se então que, tanto o médico quanto o indivíduo que necessita de seus serviços podem assumir diferentes posturas, voluntária ou involuntariamente. Ao fazer isto, adotam diferentes discursos que são atravessados por vozes diferentes e, em alguns casos, discrepantes.

8.2 Humanização e alteridade

O reconhecimento de si no outro é o ponto de partida para qualquer tentativa de solução de conflitos. Diante disto, não há como abordar o tema da humanização, em suas variadas dimensões, se este não for permeado por uma reflexão do uso da linguagem numa perspectiva sócio-dicursiva. O PNH percebe essa necessidade ao propor, no texto do projeto, um glossário com o intuito de promover uma comunicação eficaz entre os sujeitos envolvidos.

Palavras como alteridade, protagonismo e sujeito/subjetividade estão inseridas no Glossário HumanizaSUS. Ao apresentar uma definição de **alteridade** como “experiência internalizada da existência do outro, não como um objeto, mas como um outro sujeito co-presente no mundo das relações intersubjetivas” (HUMANIZASUS, 2006, p. 35), o documento prioriza os comportamentos dos sujeitos envolvidos na interação. Bakhtin (2000) desenvolve este conceito no âmbito da linguagem, apresentando-o como “uma experiência que se pode, em certa medida, definir como um processo de assimilação, mais ou menos criativo, das palavras do outro (e não das palavras da língua).” Enquanto a primeira definição está voltada apenas para o campo da ação, a segunda perspectiva vai um pouco além ampliando-a e completando-a. Deste modo, linguagem e ação formam a dupla face da palavra.

Na medida em que assimilamos a palavra do outro, modificando-a ou acrescentando-lhe novos sentidos, transformamos a interação social num momento de encontro entre sujeitos, com potenciais criativos. Humanizar ou estabelecer uma relação de humanização, nesta perspectiva, é a capacidade dialógica, permitida prioritariamente pela linguagem, de encontrar no *outro* aspectos do *eu*.

A assistência hospitalar humaniza-se, na medida em que o profissional de saúde trata o usuário de seus serviços como sujeito, e não como um objeto de análise e diagnóstico. A adequação da fala do médico às condições de seu interlocutor e a compreensão das pistas fornecidas pelos interactantes demonstram o grau de envolvimento estabelecido no consultório. O usuário, por sua vez, tende a aderir ao tratamento, com menos resistência, quando se sente parte ativa desse processo. Assim, ele não procura a clínica apenas para

ouvir e atender, ou não, às ordens médicas, mas para fazer parte de um processo do qual também é sujeito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora no mundo contemporâneo - Modernidade Líquida, nos termos de Bauman - as contradições tenham se exacerbado, as crises institucionais, a maquinização do homem e a corrida pelo lucro imediato deem o tom nos contatos sociais, nesse trabalho mostrou-se que é possível estabelecer uma relação humanizadora de cuidado com outro e de cuidado de si. Ao fazer isto, evidenciou que é através do uso da palavra que nasce a política de ação e transformação dos comportamentos. Sua principal contribuição teórica foi construir um aparato de análise multidisciplinar, fazendo uma interface entre sociologia, psicanálise e a comunicação face a face, priorizando uma abordagem interacionista sócio-discursiva da linguagem.

O contexto imediato da pesquisa foi o da assistência médica, as questões centrais nasceram de uma inquietação frente ao tema da humanização da assistência hospitalar. A partir de um programa desenvolvido pelo Ministério da Saúde intitulado Política Nacional de Humanização, que visa construir uma atmosfera de respeito e atenção àqueles que procuram o serviço público de saúde.

O ponto de partida para o enriquecimento das questões aqui levantadas deu-se respeitando alguns passos. Primeiro, foi apresentada a perspectiva comunicacional da pesquisa, permeada por uma visão sociodiscursiva da linguagem, o conceito de mundo sociossubjetivo (BRONCKART, 1999). A seguir (capítulo três) focou-se no projeto de Ministério da Saúde e sua proposta de desenvolver a prática da humanização na assistência hospitalar. Nesta etapa do trabalho, foram apresentadas as bases do programa e seus objetivos. O capítulo seguinte deparou-se com o tema da ciência e suas incertezas, fazendo-se uma interface com os conceitos de humano e transhumano.

No capítulo cinco foram propostas as bases de um aparato analítico para tratamento do tema da humanização. Os conceitos de dialogismo e alteridade (BAKHTIN, 2000, 2004a) são vistos como basilares para a compreensão do que ocorre na interação médico-paciente. A análise do material coletado esteve presente nos capítulos seis, sete e oito. Neles, foram feitos cruzamentos entre os conceitos já citados e outros que se fizeram necessários para as análises: conceitos como os de Modernidade Líquida (BAUMAN, 2001, 2011) e o de

footing (GOFFMAN, 2002) complementam o aparato teórico sugerido. Como adiantado, a perspectiva adotada no trabalho é indutiva, metodologia em que a teoria vai sendo construída a partir dos dados. Daí a preferência de inserir as categorias complementares ao longo dos capítulos analíticos.

O paralelo estabelecido entre o tema da humanização e o contexto social *stricto sensu*, a clínica médica, e *lato sensu*, a contemporaneidade, deu-se para que pudéssemos ampliar o debate proposto. A inserção dos conceitos de estudos da linguagem deveu-se à necessidade de fazer uma aproximação entre discurso e ação, principal meta desta pesquisa.

Os resultados confirmam as contradições que há entre a proposta de humanização na assistência médica e os acontecimentos que se desenvolvem na clínica e fora dela. Três aspectos dessa contradição foram apresentados e analisados neste trabalho: o excesso de medicamentos solicitados pelos pacientes na clínica, as prescrições médicas e, por fim, a insubordinação às ordens médicas por parte do usuário. Nos dois primeiros casos, constata-se o quanto a interação médico-paciente torna-se fragmentada na medida em que a preocupação em solicitar/prescrever medicamentos é o ponto principal a consulta. A qualidade da interlocução fica mais comprometida quando se é levado em consideração a economia de tempo disponibilizado para cada consulta. Esse agravante é frequente tanto na rede pública quanto no serviço privado. No primeiro caso, há a carência de médico para o atendimento à população. Já no segundo caso, a preocupação é em atender todos os clientes, mesmo que seja num curto espaço de tempo, evitando as reclamações aos planos de saúde.

Entre o paciente e o cliente insurge-se o usuário. Este último se permite concordar ou discordar do médico. Ele traz para o consultório a possibilidade de uma interlocução real, na medida em que se coloca como sujeito, junto com o clínico. Não é apenas um paciente que ouve e atende as ordens médicas, nem é apenas um cliente, consumidor dos produtos à venda em abundância no mercado dos serviços de saúde. Na relação médico-usuário há a possibilidade da aprendizagem mútua, nesta situação não temos apenas um receptor e um emissor, ocupando funções distintas e estanques. Há aqui a inauguração do espaço da intersubjetividade, no qual ambos os atores sentem-se parte ativa de um processo de construção de significados.

No capítulo oito, em que foi tratada a questão da humanização e alteridade na consulta médica, mostrou-se como é possível construir este ambiente propício a uma interação que facilite o tratamento. Nele, demonstrou-se que as escolhas lexicais tanto podem afastar como aproximar os interactantes. Utilizando-se de estratégias simples os interlocutores criam uma atmosfera de cooperação, através da qual se comprove a possibilidade de promover, de fato, a assistência humanizada hospitalar.

Humanizar, na perspectiva aqui apresentada, não é um mero ato de generosidade, nem se limita ao ato de escuta do especialista, cuja função, em muitos casos, limita-se a receitar medicamentos. Humanizar é, não só perceber, mas tornar o *outro* sujeito da interação junto com o *eu*. Esta, talvez, seja a nova utopia, construir um ambiente em que o humano possa se desenvolver com suas potencialidades e tornar-se, de fato, humanizado nas suas relações gregárias. Embora na Modernidade Líquida anuncie-se o fim das utopias modernas, há sempre o componente desejante, que nos conduz à projeção de novas crenças de uma vida melhor no futuro.

Devido à imprecisão do conceito de “humano” e, por consequência, o ato de humanizar, há riscos de se provocar divergências quanto à interpretação do termo, promovendo, assim, ações controversas. Na perspectiva do médico, por exemplo, humanizar pode corresponder a tratar o paciente com generosidade, ouvindo suas queixas, intervindo, quando necessário, prescrevendo remédios ou solicitando exames periódicos. Já na perspectiva do usuário, este pode interpretar que recebeu um atendimento humanizado, quando se sentiu ouvido nas suas queixas e atendido nas solicitações de prescrição para o uso de medicamentos. Para o gestor, por sua vez, oferecer uma assistência humanizada pode ser munir o hospital com equipamentos de última geração, modernizar suas instalações e dependências, para o conforto de seus clientes. As interpretações são diversas e é importante que seja assim.

A posição que se assume aqui é a de que a humanização é uma prática que não se limita à generosidade do médico, ao atendimento às solicitações dos usuários sobre medicamentos, nem mesmo ao aprimoramento dos hospitais com equipamentos e acomodações de luxo. Todas estas variáveis podem acontecer, em conjunto ou separadamente, sem que isto garanta que ali esteja ocorrendo uma relação humanizada. O inverso também não é

obrigatório, isto é, num ambiente em que possa haver carência de equipamentos ultramodernos e a acomodação não seja tão sofisticada não é uma garantia que ali é impossível a assistência humanizada. Não se quer com isso fazer uma apologia às condições precárias em que se encontram grande parte dos hospitais que servem à população brasileira. O que se quer é afirmar é que os elementos essenciais para se estabelecer a humanização são os sujeitos da interação, ou seja, médico, usuários e todos os que estão no entorno destes. O ponto axial nesta compreensão é que os envolvidos na interação entendam-se como sujeitos, e como tais, capazes de, a partir do papel social que assumem, promover uma relação efetivamente dialógica.

Na verdade, o que se pode constatar, a partir da análise dos dados, é que, apesar das pressões internas e externas ao consultório médico, é possível estabelecer uma assistência humanizada, desde que nesta se privilegie uma relação intersubjetiva. Além disso, os dados evidenciam que é *na e pela* linguagem que se dão as primeiras modificações no comportamento social e que através dela a relação médico-paciente pode tornar-se um encontro, de fato, entre sujeito-sujeito.

A intersubjetividade constrói-se na medida em que os sujeitos, na sua atividade discursiva, conseguem promover um espaço de cooperação mútua. Nessa condição, médico e usuário, tendo na sua base o mundo sócio-subjetivo que os liga, colocam em prática os objetivos propostos pela Política Nacional de Humanização (PNH). Assim, quando nos referimos ao *discurso humanizado*, queremos nos reportar ao diálogo que se estabelece entre os sujeitos e as práticas sociais. A interação que se estabelece entre a médica e o paciente na consulta 5 (cf. 8.1) ilustra bem isto que estamos definindo por discurso humanizado. À medida que o diálogo vai ganhando forma, os sujeitos assumem seus papéis e as escolhas verbais vão sendo delineadas. Há aqui uma compreensão das condições do outro, com suas limitações, angústias e conflitos. Isto não torna um impedimento para a interlocução, pelo contrário, oferece subsídios para os arranjos internos das falas. Apesar do ambiente sem grandes sofisticações e as diferenças culturais, foi possível haver uma cooperação mútua, facilitando a compreensão entre os sujeitos.

Esta é a concepção deste trabalho para a assistência humanizada. Embora as pressões externas - tempo diminuto para as consultas, devido à

demanda, equipamentos e acomodação sem grandes sofisticções - e as pressões internas – diferenças socioculturais, medos, conflitos interiores - há a possibilidade de se promover o real encontro entres os sujeitos.

Neste cenário não se constrói para a figura do médico apenas alguém que tem o poder e a autorização oficial de prescrever medicamentos com promessas de cura ou amenização das dores físicas ou psíquicas de seus pacientes. O usuário, por seu turno, não assume o papel do indivíduo que procura a clínica em busca apenas de uma panaceia para os seus males. Médico e paciente, nesta perspectiva de assistência hospitalar, são cuidadores de si e do outro.

A partir da análise dos dados, norteadas pelos aportes teóricos utilizados, espera-se, com esse trabalho, ter contribuído para a ampliação do debate sobre o tema proposto. A inserção da Linguística, numa perspectiva macro, confirma o quanto esta área tem uma contribuição, na busca de respostas, para as questões sociais que permeiam a vida na atualidade. Mediante esta proposta interdisciplinar, observa-se que, o que a uma primeira vista parece contraditório, “humanizar o humano”, passa a, não só fazer sentido, como convocar-nos para uma mudança de hábitos.

REFERÊNCIAS

ABDO, Carmita Helena Najjar. 1996. *Armadilhas da Comunicação. O médico, o paciente e o diálogo*. São Paulo: Lemos Editorial

AINSWORTH-VAUGHN, Nancy. The Discourse of Medical Encounters. In: SHIFFRIN, Deborah; TANNEN, Deborah; HAMILTON, Heidi. (Orgs). 2003. *The Handbook of Discourse Analysis*. USA: Blackwell Publishing.

ALTHUSSER, Louis. 1998. *Aparelhos Ideológicos de Estado*. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal.

AMORIM, Marília. Ato versus objetivação e outras oposições fundamentais no pensamento bakhtiniano. In: FARACO, Carlos Alberto et al. (Orgs). 2006. *Vinte ensaios sobre Mikhail Bakhtin*. Rio de Janeiro: Vozes.

_____. 2003. A contribuição de Mikhail Bakhtin: a tripla articulação ética, estética e epistemológica. In: FREITAS, Maria Teresa et al (Orgs). *Ciências Humanas e Pesquisa: Leituras de Mikhail Bakhtin*. São Paulo, Cortez.

BACHELARD, Gastón. 1996. *A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento*. Rio de Janeiro: Contraponto.

BAKHTIN, Mikhail. 2000. *Estética da criação verbal*. 3. ed. Trad. do francês de Maria Ermantina Galvão G. Pereira. São Paulo: Martins Fontes.

_____. 2004a. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. 11. ed. Trad. Michel Lahud e Yara Frateschi Viera. São Paulo: Editora Hucitec.

_____. 2004b. *O Freudismo*. São Paulo: Editora Perspectiva.

_____. 2008. *Problemas da Poética de Dostoiévski*. Tradução de Paulo Bezerra. Rio de Janeiro: Forense Universitária

_____. *Para uma filosofia do ato*. Trad. Carlos Alberto Faraco e Cristóvão Tezza. (mimeo)

BAUMAN, Zygmunt. 2001. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Zahar.

_____. 2011. *Bauman sobre Bauman: diálogos com Keith Tester*. Rio de Janeiro: Zahar

BATESON, Gregory. Uma teoria sobre brincadeira e fantasia. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). 2002. *Sociolinguística Interacional: Antropologia Linguística e sociologia em análise do discurso*. 2 ed. Porto Alegre: AGE

BENVENISTE, Émile. 2005. *Problemas de Linguística Geral I*. 5. ed. Campinas, SP: Pontes Editores.

BERMAN, Marshall. 2007. *Tudo que é sólido se desmancha no ar: a aventura da modernidade*. São Paulo: Companhia das Letras.

BIBER, Douglas. 1998. *Variation Across speech and Writing*. Cambridge: Cambridge University Press.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2000. *Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar*. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2000a. *Manual do PNHAH*. Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. 2006. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.

BRASIL. 2009. *NOVO Código de Ética Médica* / Conselho Regional de Medicina do Paraná e Conselho Federal de Medicina. Curitiba.

BRONCKART, Jean-Paul. 1999. *Atividade de linguagem, textos e discursos: Por um interacionismo sócio-discursivo*. São Paulo: Educ.

CAFFI, Claudia. 1999. On mitigation. *Jornal of Pragmatics* 4, p. 882-909.

CARDOSO, Gessi Maria et al. Paciente – Cliente ou Cidadão? In: *Seminário Nacional: Estado e Políticas Sociais no Brasil*. Disponível em: http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/71gessi_mariacardoso.pdf, acesso em: 15/06/2011

CHARAUDEAU, Patrick; MAINGUENEAU Dominique. 2006. *Dicionário de Análise do Discurso*. 2 ed. São Paulo: Contexto.

CHARAUDEAU, Patrick. 2008. *Linguagem e discurso: modos de organização*. São Paulo: Contexto.

CUNHA, Antônio Geraldo da. 1986. *Dicionário etimológico Nova Fronteira da língua portuguesa*. 2 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

DANTAS, Maria Tereza Lopes. 2002. Identidade e discurso: análise de narrativas de uma paciente psiquiátrica. *Palavra* 8. PUC – Rio, IPUB – UFRJ.

DECLARAÇÃO Universal dos Direitos Humanos. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em: 21 out. 2009.

DIONÍSIO, Ângela Paiva. Análise da Conversação. In: MUSSALIM, Fernanda; BENTES, Anna Cristina. 2006. *Introdução à Linguística: domínios e fronteiras*. V. 2. 5. ed. São Paulo: Cortez.

DUBOIS, Jean et al. 1973. Humano. In: *Dicionário de Linguística*. São Paulo: Cultrix. p. 327.

- EAGLETON, Terry. 1983. *Teoria da Literatura*. São Paulo: Martins Fontes.
- EMERSON, Ralph Waldo. 2005. *Ensaio*. São Paulo: Editora Martin Claret. (Coleção "A Obra-Prima de Cada Autor" – Tradução de Jean Melville)
- FLEISCHMAN, Suzanne. Language and Medicine. In: SHIFFRIN, Deborah; TANNEN, Deborah; HAMILTON, Heidi. (Orgs). 2003. *The Handbook of Discourse Analysis*. USA: Blackwell Publishing.
- FOUCAULT, Michel. 2006. *O Nascimento da Clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- _____. 1996. *A ordem do discurso*. (trad. L. F. Sampaio) São Paulo: Edições Loyola.
- FREUD, S. *O mal-estar na civilização*. 2010 [1930]. São Paulo: Companhia das Letras
- FREITAS, Maria Teresa de Assunção. 2003. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento. In: FREITAS, Maria Teresa et al (Orgs). *Ciências Humanas e Pesquisa: Leituras de Mikhail Bakhtin*. São Paulo, Cortez.
- GARCEZ, Lúcia Helena do Carmo. 1998. *A escrita e o outro*. Brasília: Editora da UNB.
- GOFFMAN, Erving. 1967. *Interactional Ritual essays on Face to Face Behavior*. New York: Pantheon.
- _____. 1974. *Frame Analysis*. New York, Harper and Row.
- _____. 1980. A Elaboração da Face. Uma Análise dos Elementos Rituais na Interação Social. In: FIGUEIRA, S. (Org). *Psicanálise e Ciências Sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. 2001. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Trad. M. Cecília Santos Raposo. 9. ed. Petrópolis: Vozes.
- _____. Footing. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). 2002. *Sociolinguística Interacional*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola.
- GRICE, H. Paul. Lógica e Conversação. In: M. DASCAL, (Org). 1982. *Fundamentos Metodológicos da Linguagem: Vol. IV – Pragmática – Problemas, Críticas, Perspectivas da Linguística*. São Paulo: Global, pp. 81-103.
- GUMPERZ, John J. 1982. *Language and Social Identity*. Cambridge: Cambridge Univ. Press.
- _____. 1982. *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge Unif. Press.

_____. *Covenções de Contextualização*. In: RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Org.). 2002. *Sociolinguística Interacional*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola.

GÜNTHER, Harmut. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa: Esta é a Questão. In: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Vol. 22 n. 2, Mai-Ago 2006, p. 201-210. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2011.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. 2009. *Dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

HUTCHBY, Ian; WOOFITT, Robin. 1998. *Conversation analysis*. Cambridge: Polity.

JAKOBSON, Roman. 1969. *Linguística e comunicação*. São Paulo: Cultrix.

JUBRAN, Clélia et al. 1993. Organização tópica da conversação. In: ILARI, R. (Org.) *Gramática do português falado: níveis de análise linguística*. Campinas: Editora da Unicamp.

KOCH, I. G. V. 1999. Digressão e Relevância Conversacional. *Cadernos de Estudos Lingüísticos*. (37). p. 81 – 91, Jul/Dez.

KUHN, Thomas S. 2006. *Estrutura das Revoluções Científicas*. 9. ed. São Paulo: Perspectiva.

KURZWEIL, Ray. 2007. *Era das máquinas espirituais*. São Paulo: Editora Aleph.

LABOV, Willian & FANSHEL, D. 1977. *Therapeutic Discourse: Psychotherapy as Conversation*. New York: Academic Press.

LADEIRA, Wânia Terezinha. 2007. Teoria e métodos de pesquisa qualitativa em Sociolinguística Interacional. *Revista de Ciências Humanas*, Vol. 7, no. 1, jan./jun.

LATOUR, Bruno. 2009. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. 2. ed. São Paulo: Editora 34.

LELOUP, Jean-Yves. Cartas aos terapeutas. In: PELIZZOLI, Marcelo; LIIMAA, Wallace (Orgs). 2009. *O Ponto de Mutação da Saúde: A integração Mente-Corpo*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.

LEECH, Geoffrey M. 1983. *Principles of Pragmatics*. London: Longman.

LUNA FILHO, Eury Pereira. Internet no Brasil e o Direito no ciberespaço. *Jus Navigandi*, Teresina, ano 4, n. 32, 1 jun. 1999. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/1773>>. Acesso em: 15 ago. 2010.

MARCUSCHI, L. Antônio. 2003. *Análise da Conversação*. 5. ed. São Paulo: Ática.

MARCONDES, Danilo. Sentido, Verdade e Argumentação. *Cadernos de Estudos Linguísticos*. n. 35, jul/dez, 1998, p. 49 – 54.

MATURANA, Humberto & DÁVILA, Ximena. O grande, o pequeno, o humano – reflexões prévias à saúde. In: PELIZZOLI, Marcelo; LIIMAA, Wallace (Orgs). 2009. *O Ponto de Mutação da Saúde: A integração Mente-Corpo*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.

MOSÉ, Viviane. 2011. *Nietzsche e a grande política da linguagem*. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira.

MORIN, Edgard. 2002. *Os sete saberes necessários à educação do futuro*. 5. ed. São Paulo: Cortez.

MULHOLLAND, Joan. 1991. *The Language of Negotiation: a handbook of practical strategies for improving communication*. London: Routledge.

NASCIMENTO, Carlos A. 1993. *A conversação na psicose infantil*. Recife: UFPE. Dissertação de Mestrado.

NEVES, Afonso Carlos. 2005. *A Humanização da medicina e seus mitos*. São Paulo: Companhia Ilimitada.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini. 2001. *Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de saúde*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

PELIZZOLI, Marcelo. Saúde e mudança de paradigma – Desafios da medicina tecnológica e da cura natural. In: PELIZZOLI, Marcelo; LIIMAA, Wallace (Orgs). 2009. *O Ponto de Mutação da Saúde: A integração Mente-Corpo*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.

PEREIRA, Maria das Graças. 1993. *Estratégias de Interação no Discurso Acadêmico Falado: Análise do XI Encontro Nacional de Linguística*. Rio de Janeiro: PUC – Rio. (Tese de Doutorado)

PINTO, Diana. S. 1995. *A percepção da Loucura: análise do Discurso de pacientes internadas em uma instituição psiquiátrica*. UFRJ. Dissertação de Mestrado em Letras Germânicas.

_____. 2000. *A Construção da referência no discurso de uma paciente psiquiátrica: análise linguística para distúrbios de pensamento, fala e comunicação*. UFRJ: Instituto de Psiquiatria. Tese de Doutorado.

_____. 2000. A Construção da referência no discurso de uma paciente psiquiátrica: análise linguística para distúrbios de pensamento, fala e comunicação. UFRJ: Instituto de Psiquiatria. Tese de Doutorado.

PINTO, Diana; RIBEIRO, Branca M. T. 2002. A Digressão na Entrevista Psiquiátrica. In: BARROS, Kazue Saito Monteiro de (Org.). *Atividades de Interação Verbal: Estratégias e Organização*. Natal: Programa de Pós-Graduação em Estudos da Linguagem/Imprensa Universitária, UFRPE, p. 9-24.

PIVATTO, Stefano Pergentino. Visão de homem na educação e o problema da humanização. *Educação*. Porto Alegre/RS, ano XXX, n. 2 (62), p. 337-363, maio/ago. 2007. disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/viewFile/562/392>>. Acesso em: 15 mai. 2011.

PONDÉ, Luiz Felipe. 2009. *O Diagnóstico de Zygmunt Bauman para a Pós-modernidade: uma agenda para o inverno – ambivalência, medo e coragem*. Disponível em: <<http://www.cpfcultura.com.br/2009/02/26/o-diagnostico-de-zygmunt-bauman-para-a-pos-modernidade-uma-agenda-para-o-inverno-ambivalencia-medo-e-coragem-luiz-felipe-ponde/>>. Acesso em: 15 out. 2009.

QUINODOZ, Jean-Michel. 2007. *Ler Freud: Guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed.

QUENTAL, Lúcia. O Ato de Interpretar: Um estudo de Sociolinguística Interacional. *Cadernos do IPUB / Instituto de Psiquiatria da UFRJ*. Vol. 1, n. 1. Rio de Janeiro: UFRJ, 1997.

_____. 1991. Alinhamentos e Estrutura de Participação em uma entrevista terapêutica. *Cadernos de Estudos Linguísticos*. n. 20, jan/jun. p. 91 – 112.

REMEN, Rachel Naomi. 1993. *O paciente como ser humano*. São Paulo: Summus.

RIBEIRO, Branca. T. 1994. *Coherence in psychotic discourse*. New York. Oxford, Oxford University Press.

RIBEIRO, Branca Telles; PINTO, Diana. 2000. Análise do Discurso e Psiquiatria: Processos de contextualização e comunicação. In: M. J. Monteiro (Org.) *Práticas discursivas: Instituição, tradução e literatura*. Rio de Janeiro: UFRJ.

RIBEIRO, Branca Telles; PINTO, Diana de Souza; DANTAS, Maria Tereza Lopes. 2002. A Noção de Pessoa no Discurso de Pacientes Psiquiátricos. *Palavra* 8. Rio de Janeiro, n. 8, p. 127-141.

RIBEIRO, Branca Telles; GARCEZ, Pedro M. (Orgs.). 2002. *Sociolinguística Interacional*. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola.

ROUANET, Sérgio Paulo. A filosofia do século XXI e a Pós-modernidade. In: *Curso Livre de Humanidades*, Módulo I, TV Cultura.

SANTOS, Boaventura de Sousa. 2003. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez.

_____. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: SANTOS, Boaventura Sousa (Org.). 2003. *Reconhecer para libertar: Os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Editora Civilização brasileira.

SAUSSURE, Ferdinand. 2004. *Curso de Linguística Geral*. 26. ed. São Paulo: Editora Cultrix.

SEARLE, J. Rogers. 1984. *Actos de Fala*. Coimbra: Livraria Almedina.

SHIFFRIN, D. 1987. *Discourse Marks*. Cambridge: Cambridge University Press.

SILVA, Valmir Adamor. *Dicionário de Psicologia*. Ed. Tecnoprint, 1988.

SOBRAL, Adail. Ato/atividade e evento. 2005. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin: Conceitos-chave*. São Paulo: Contexto.

_____. 2005. Ético e estético na vida, na arte e na pesquisa em Ciência Humanas. In: BRAIT, Beth. *Bakhtin: Conceitos-chave*. São Paulo: Contexto.

TANNEN, Deborah; WALLAT, Cynthia. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: Exemplos de um exame/ consulta médica. In *Sociolinguística Interacional*. 2002. RIBEIRO; GARCEZ (Orgs). 2. ed. São Paulo: Edições Loyola.

TEIXEIRA, Elizabeth. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. *Rev. Esc. Enf. USP*, v. 3, n. 2, ago. 1996

WEIL, Pierre. Novos paradigmas em ciência e medicina. In: PELIZZOLI, Marcelo; LIIMAA, Wallace (Orgs). 2009. *O Ponto de Mutação da Saúde: A integração Mente-Corpo*. Recife: Ed. Universitária da UFPE.

WEEDOOD, Barbara. 2000. *História da Linguística*. São Paulo: Parábola Editorial.

YOUNG, Robert M. 2005. *Complexo de Édipo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará: Ediouro: Segmento Duetto.

ANEXOS

Consulta 1

Mulher

Início da consulta: 8:34

Méd: bom dia, diz o teu nome

Pac 1: ***** ***** *****

Méd: ***** ***** ***** , veio fazer previsão é *****?

Pac: hum?

Méd: veio fazer previsão?

Pac 1: não... oi? Não (?)

Méd: tu queres o quê?

Pac 1: (eu não sei) tá com anemia, né? Tá com anemia

Méd: taxa, glicose, né?

Pac 1: é

Méd: tu nunca, faz tempo mesmo que tu fizesse o exame?

Pac 1: é

Méd: queres fazer um checkupzinho é?

Pac 1: é (?)

Méd: mas tu não é diabética não, né?

Pac 1: não, não

Méd: tá, então vou pedir assim... para ver se tem anemia, pra ver as taxas de gordura, colesterol, triglicérides, tá? Vai querer só sangue?

Pac 1: só (?)

Méd: tá sentido alguma coisa na urina?

Pac 1: não, não, nadinha

Méd: ardendo saindo alguma?

Pac 1: não, não

Méd: então, (vou pedir, tá)? Hoje é dezenove, né?

Pac 1: dezenove... hoje eu amanheci com pressão baixa

Fim da consulta: 9:50

Consulta 2

Mulher

Início da consulta: 9:53

Méd: bom dia

Pac: (bom dia)

Méd: a senhora fecha a porta?

Pac: (?)

Méd: sente um pouquinho, é dona **** ***** *****?

Pac: é ***** ***** *****

Méd: qual é a idade da senhora, dona *****

Pac: (sessenta) e dois, eu tirei minha pressão deu catorze por nove

Méd: tá com... o cartãozinho para ver

Pac: tô

Méd: ô, dona ***** ***** , qual a idade mesmo, que a senhora falou?

Pac: sessenta e dois, né? Nasci em quarenta e oito

Méd: a senhora toma remédio para pressão?

Pac: tomo

Méd: e pra diabetes? Tem diabetes?

Pac: não, tenho não senhora, agora meu remédio de pressão é comprado doutora, no Recife, porque (?) aí, não pude me operar (modo de) alteração no coração, aí passaram eu pra (dr. ****) (?) trinta e oito por dezessete, aí eu tomei um hoje, destes trinta e oito, aí quando eu chegar eu tomo outro, aí (?)

Méd: certo, aí passou Enalapril

Pac: é é

Méd: um comprimido antes do café, no jantar, aí o outro é só de manhã, né?

Pac: é

Méd: a senhora tem a caixinha?

Pac: tá em casa, eu trouxe a receita

Méd: mas, tomou hoje?

Pac: tomei já, um desse que é trinta e oito, só tomo um por dia...

Méd: certo

Pac: e aqui,

Méd: agora a pressão hoje tá catorze por nove, né?

Pac: é (?) dá dezenove, dezoito, vinte, eu não sei porquê?

Méd: foi? Mas, a senhora quando chegou já foi aferir... já foi medir a pressão?

Pac: já

Méd: ou esperou um pouquinho para medir?

Pac: eu (esperei) ... quando eu cheguei aqui, porque não tinha ninguém

Méd: certo

Pac: aí... agora... só que deu catorze por oito

Méd: (pelo seu cartãozinho) do controle, a pressão tava dando direitinho... doze por nove, três por nove, catorze por nove é um pouquinho alta, mas também não é muito alta não, tá certo?

Pac: agora...

Méd: Mas a senhora precisa continuar a ficar vindo aqui no posto para colocar... pra sempre colocar a data e a pressão

Pac: eu (?) hoje... dezenove, dezoito, vinte

Méd: mesmo tomando esta medicação?

Pac: não

Méd: ah...

Pac: (esta medicação dá asia)

Méd: ah, entendi, por isso que trocou né?

Pac: foi, foi, lá no Recife... aí eu tomei...

Méd: certo

Pac: graças a Deus eu (não sei se vai precisar ou não)

Méd: certo

Pac: porque eu tô tomando um bocado de... eu tava tomando quebra-faca, aí tava tomando semente de jerimum, que me ensinaram.

Méd: tomando o quê?

Pac: quebra-faca

Méd: o que é isso? Quebra-faca?

Pac: é um remédio

Méd: um remédio caseiro é?

Pac: é

Méd: e tem o quê? esse remédio? Esse Quebra-faca? quem ensinou a senhora?

Pac: foi um homem, lá de Santo Amaro, eu tava na fila, e ele disse que não foi operado de (vesícula) não, foi...

Méd: e tem o que, esta...

Pac: vesícula...

Méd: (não), esta quebra-faca é o quê?

Pac: é um pau... um (caco de palheta) assim... de mato... amaiga, aí eu comecei a tomar

Méd: mas, faz o quê? Faz um chá é?

Pac: é é, faz um o chá que bota na geladeira e toma.

Méd: mas, ô dona *****, a senhora... desde quando que a senhora tá tomando este chá?

Pac: eu parei doutora, depois que eu tirei este (abdome), não tomei mais não, eu vou ver agora se vai continuar assim

Méd: certo...

Pac: se vai operar ou não

Méd: que a senhora da última vez que veio para mim, disse que tinha pedra na vesícula, por isso que a gente pediu a ultrassom não foi?

Pac: foi

Méd: agora este ultrassom que a senhora tá me mostrando, tem também pedra na vesícula

Pac: olha aí!

Méd: esses chás, essas coisas caseiras (não funcionam) não, pedra na vesícula tem que operar

Pac: é

Méd: só resolve operando, viu?

Pac: é

Méd: deixe eu dar uma (olhada) no seu exame

Pac: aí na hora que o médico tava (chegando), (eu disse) “ô doutor tem muita” aí, ele disse que não tem muita (?) aí eu disse oxente, eu vou parar (não precisa) marcar não, (ter) fé em Deus, fazer qualquer coisa para me operar, né doutora?

Méd: é, às vezes não adianta ficar fazendo estes chás não, viu? Às vezes, tem coisas que realmente precisa operar, e pedra na vesícula tem que operar

Pac: tem de operar para (por modo de)...

Méd: a senhora fez os exames solicitados, já tem algum exame de sangue, alguma coisa?

Pac: eu tenho aquele que lhe mostrei naquele tempo

Méd: foi, foi em janeiro, não foi?

Pac: foi

Méd: que a senhora mostrou pra mim, né?

Pac: foi... agora para me operar, precisa fazer outro não é?

Méd: precisa, precisa fazer... vou solicitar de novo, porque precisa fazer aqueles que a senhora me mostrou, mas para a cirurgia precisa também de outros, tá certo?

Pac: certo

Méd: e precisa também ir para o cardiologista, que é o médico do coração, que é para ele examinar e liberar para cirurgia, tá certo?

Pac: certo... aí eu tava dizendo... (cuidar) enquanto a minha idade ta menos, né doutora? Porque sessenta e dois anos...

Méd: sessenta e? dois né?

Pac: dois... aí, eu tenho também doutora (?) eu passei por uma radioterapia, aí...

Méd: radioterapia?

Pac: aí eu falei com a doutora ****, ela disse “nãão, você (pode) se operar, não tem problema não, entregue isso aqui a doutora, aí faz...”

Méd: foi o de... de útero, foi? problema na senhora?

Pac: foi no colo útero

Méd: colo do útero, né? Mas foi em mil novecentos e noventa e sete, né?

Pac: foi, agora fiquei boa, graças a Deus, todo ano eu faço a minha previsão, não tem problema

Méd: mas, chegou a tirar o útero?

Pac: não, foi com (medicamento), aí tive no médico (sobre) disso.

Méd: a senhora tá fazendo prevenção?

Pac: tô fazendo prevenção...

Méd: aquele exame que faz aqui no posto? O exame ginecológico, aquele que coloca o espécuro, que faz aqui no posto, ou fez fora?

Pac: (eu faço lá)

Méd: ah, já faz lá, né?

Pac: todos anos eu faço minha (revisão) e faço os exames, aí ela não deixou eu trazer não, deixou lá, aí eu falando com ela, sobre esta pedra na vesícula, ela disse assim “minha filha, isso aí é no estômago, não tem problema não...”

Méd: é é tem problema não...

Pac: ela disse, tá tudo bom...

Méd: se tiver tudo ok, seus exames, não tem problema não por conta dessa história, porque foi em noventa e sete, né?

Pac: essa pedra não vai ficar boa com remédio passado por ... por comprimido nem nada não, agora doutora, sinto tanta dor nas pernas...

Méd: tá com muitas varizes?

Pac: e então! Olhe...

Méd: a gente vai dar uma olhadinha, deixa eu solicitar o exame da senhora, viu?

Pac: uhum... aí eu tava dizendo (?) agora, eu acho que não tem muita, demais não viu doutora

Méd: aqui não diz a quantidade não, mas tem, independente de quantos seja, tem que operar

Pac: aqui não diz não né doutora? Aqui atrás...

Méd: na imagem né? Porque... assim a gente vê a imagem, mas ... por aqui não dá para a gente contar não, viu?

Pac: agora, aqueles enjoos e aquelas má (?), aquele negócio que eu não podia comer, aquilo acabou, eu como tudo, mas não como farinha, eu não como essas coisas oleosas, eu como arroz, macarrão, verdura...

Méd: aqui, esse é o primeiro, é a solicitação para a senhora ir para o cardiologista, para o médico de coração

Pac: tá certo

Méd: esse médico vai fazer o exame e vai dizer se a senhora pode ou não se operar, tá certo?

Pac: tá certo

Méd: eu vou encaminhar também a senhora, já para o cirurgião viu?

Pac: tá certo

Méd: porque quando for para o médico cirurgião, já tem os exames prontos

Pac: tenho fé em Deus Jesus... eu não tenho medo não, seja o que Deus quiser, pior eu já passei no (?), mas eu tenho ... o meu coração tava (operado), aí eu fiz o eco, queria ir para Vitória, aí ele me mandou para Recife, para doutor *****, agora só que ele disse “você tem vontade de se operar?” eu disse, eu tenho doutor, para tirar esse mal, porque, a gente que mal (tem) fazer o quê? Agora tem dias doutora que quando olhava para (as roupas), mas eu não gosto de tirar do tanque e botar no arame não, tem que passar o sabãozinho e ajeitar, mas eu fico tão cansada...

Méd: esse é o encaminhamento pro cirurgião, pode guardar seu exame, viu?

Pac: o (cirurgião) é aqui mesmo?

Méd: a senhora tem que ir lá na ação social, pra marcar, acho de dona ***** marca

Pac: é é

Méd: aqui em ***** não faz não, mas deve fazer em Vitória, viu?

Pac: em Vitória, é é, aqui é meu exame de coração, aí tem que ir para lá, né?

Méd: isso, tem que ir lá na maternidade para marcar, tá certo?

Pac: tá certo... e agora esse daqui é pra encaminhar para a assistente social, lá em cima, né?

Méd: é

Pac: mas, dona ***** resolve, né doutora?

Méd: resolve, deve resolver, procure ela viu?

Pac: (meu) menino trabalha lá, (meu menino é de lá) ajudar, aí eu (?) fazer (?) porque corre tudo melhor, né doutora? Porque, não tem o SUS, né?

Méd: (mas, consegue) se operar, viu?

Pac: é é, né melhor?

Méd: pronto, aqui tá uma solicitação do exame de sangue, eu vou dar a outra, viu?

Pac: tá certo... (tem gente) que não cuida mesmo, né? Sim, e ela disse que eu tenho uma hérnia, a senhora acha que eu tenho um hérnia?,

Méd: a hérnia não dá para ver por aqui não, por este exame não viu? vamos dar uma olhadinha na senhora agora, nas pernas da senhora agora? Cadê a perna das varizes que a senhora tava dizendo? vire um pouquinho pra cá, eita é grande mesmo né?

Pac: é doutora, dói, queima...

Méd: essa hérnia... essa varize já tá muito grande viu? Tem que examinar também o médico vascular, o médico de varizes, porque às vezes também é preciso operar

Pac: Ave Maria... e eu aguento (duas)?

Méd: mas não vai fazer agora as duas não, mas pelo menos fica sendo acompanhada, viu?

Pac: sei, aí... olhe... sei não doutora, tem dias que eu não posso nem dormir, eu fico olhando para a cama, eu tenho também problema aqui da urina, de vez em quando me dá essa crise na urina, não sei é porque eu botei sonda, quando eu fiz a minha cirurgia (de períneo) (?) aí eu tenho que ir em frente agora...

Méd: vamos fazer por etapas né?

Pac: é

Méd: para não fazer tudo de um vez viu?

Pac: fazer a de vesícula logo, né doutora?

Méd: é é, não é a que lhe incomodando?

Pac: é o estômago

Méd: aqui é um encaminhamento para o vascular, viu? pro médico de varizes, tá certo?

Pac: tá certo

Méd: tá certo? pronto, pode guardar todos os seus papéis, quando precisar, vir aqui no posto para medir a pressão, tá certo?

Pac: tá certo... a urina, não vai passar remédio não, né doutora?

Méd: a senhora fez exame de urina recente?

Pac: tá em casa, eu não trouxe não

Méd: me dê aí o papel do exame, que eu solicito, se tiver... depois do resultado do exame, se tiver infecção urinária, deixe eu fazer outro, se tiver infecção urinária também a gente trata viu?

Pac: (esse é o de outro, né doutora? para se operar) agora eu tenho que ir na maternidade falar com dona ***** , vou devagarzinho (que eu estou nessa idade), sim doutora, eu queria que... é que eu tô muito nervosa, eu queria que a senhora um remédio de (controle) *azepan*, eu tenho medo de tudo, eu tô tão nervosa...

Méd: mas a senhora já toma, é?

Pac: tomo, a senhora não passa pra mim? É porque, porque para pegar, (?) tem que ter a ordem médica

Méd: a senhora dorme bem à noite?

Pac: se eu durmo?
Méd: sim
Pac: não durmo, nem como bem
Méd: o diazepam, ele ajuda a dormir, mas às vezes ele pode causar muita tontura no idoso, viu? Se puder evitar, eu vou passar, mas não tome todos os dias não viu?
Pac: tá certo... eu vou lá em dona ***** agora, dia de hoje ela tá, né?
Méd: deve tá, só a senhora indo lá para saber
Pac: já fui lá em Vitória (?) terça-feira, tem que marcar a consulta né doutora?
Méd: tem, todos os médicos precisa marcar
Pac: tenho fé em Deus ... (que Deus vai me ajudar)
Méd: a senhora tá com aquela fichinha?
Pac: que eu (?)
Méd: aquela fichinha que ***** lhe deu, na recepção?
Pac: tá aqui doutora
Méd: pronto
Pac: (?) tem que operar, não tem mais jeito
Méd: pronto dona *****
Pac: tá certo
Méd: tudo ok né?
Pac: aí eu só volto para senhora...
Méd: com o resultado dos exames
Pac: ainda bem que eu vou em dona ***** , se ela mandar assim, mandar a senhora pra cirurgião, aí eu não venho para senhora mais não, né?
Méd: aí a senhora tem que fazer os exames.... só vai para o cirurgião depois que fizer os exames, viu? porque aí leva juntos, já adianta, tá bom?
Pac: tá certo
Méd: até mais, viu?
Pac: até, obrigada viu
Méd: de nada
Pac: não vai passar remédio para urina não né? É pra trazer exame né?
Méd: faça o exame e traga pra mim
Pac: tá certo

Fim da consulta: 24:28

(A médica conversa com a atendente.)

Consulta 3 – mulher

Início da consulta: 29:16

Méd: olá, bom dia
Pac: bom dia
Méd: sente um pouquinho, é Dona ***** , né?
Pac: é
Méd: qual a idade da senhora?
Pac: (sessenta) e nove
Méd: a senhora toma remédio para pressão ou diabetes dona *****?
Pac: só para pressão
Méd: não é diabética não, né?
Pac: eu fiz uns exames agora... esse mês...
Méd: e aí como esta aquela história do corrimento?
Pac: tá melhor, agora...
Méd: aquela... quando a gente encaminhou a senhora... quando meu Deus... hoje é...
Pac: terça-feira
Méd: terça-feira, não foi? Eu já achei melhor viu
Pac: e agora... agora não.... agora não tá nada não, porque eu botei o creme ontem
Méd: botou o creme não foi? Quer dizer que... é... não, mas não precisa olhar hoje não, porque a gente viu há dois dias atrás, né?
Pac: é

Méd: mas tá usando aquele creme?

Pac: tô usando, na mesma hora eu fui na... eu trouxe o dinheiro para pagar, ali, o negócio... um negócio aí de (mutuário), aí fui na farmácia e comprei

Méd: não tem aqui no posto não?

Pac: não

Méd: tentou ver em outro posto

Pac: eu não olhei em outro posto não, eu comprei...

Méd: comprou logo...

Pac: comprei logo

Méd: e fez o exame de urina, né?

Pac: fiz

Méd: tá ardendo a urina?

Pac: tá doutora, assim... dá aquela dor

Méd: a sua infecção urinária é grande viu

Pac: agora eu (fiz) e o médico não ... deu remédio, não passou remédio pra mim

Méd: a gente vai precisar fazer já o antibiótico viu? Tá bem grande a infecção da senhora

Pac: ai meu Deus, mas vai sarar vai?

Méd: vaai, deixe eu ver se tem este remédio aqui viu? (deixa eu ver o que tem aqui) que a gente já passa o que tiver aqui viu? Eu vou fazer o seguinte, eu vou passar duas receitinhas para senhora, a senhora vai ver se outro posto tem essa medicação, e essa seria a primeira escolha, a principal, se não tiver aí a senhora volta aqui e pega este outro remédio, tá certo? Entendeu direitinho?

Pac: entendi, (vai botar aí) tudinho, né?

Méd: vou, vou escrever e explico para senhora viu?

Pac: eu vou agorinha pro posto

Méd: aí, essa medicação tinha aqui no posto, mas algumas medicações acabaram, tá chegando aos pouquinhos, mas se não tiver neste, pode ser que tenha no outro, se não tiver a senhora vai na maternidade

Pac: eu vou pra maternidade mesmo, agora, o posto é... vixe Maria é longe demais

Méd: é porque quando a gente não tem no posto, mas tem na maternidade né?

Pac: mas, se compra, né?

Méd: se puder

Pac: mas, vai ficar muito caro, né?

Méd: não, não é muito caro não, eu não sei dizer pra senhora exatamente quanto é, mas não é muito caro não... ó, este aqui, é um comprimido de manhã e um de noite por dez dias, tá certo?

Pac: esse daqui eu vou (pegar) no posto, né?

Méd: que vai tentar ver se consegue lá na maternidade

Pac: na maternidade

Méd: isto, agora eu vou... se a senhora não conseguir esse, eu já vou deixar o outro, tá certo? Esse outro tem aqui no posto, tá certo?

Pac: aqui tem esse aí?

Méd: tem, a senhora vai tentar este, só se não conseguir este é que vai pegar...

Pac: tá certo, aí vem pegar esse aqui

Méd: aí vem pegar esse aqui, dois comprimidos de manhã e dois à noite por dez dias, tá certo?

Pac: tá certo

Méd: entendeu direitinho dona *****?

Pac: entendi, esse aqui eu vou pegar lá no posto, esse aqui é pra tomar um de manhã e um de noite, dois por dia

Méd: é, isso

Pac: e esse aí é pra tomar...

Méd: dois de manhã e dois de noite, quatro por dia

Pac: tá bom, entendi

Méd: mas qual é que a senhora vai dar preferência pra pegar na maternidade?

Pac: esse

Méd: muito bem

Pac: eu já vou...

Méd: já tá com a marquinha, né? A senhora sabe ler?

Pac: sei

Méd: sabe?

Pac: sei

Méd: mas, já tá marcado aqui, tá certo? Já deixa separado, para não misturar, pronto

Pac: obrigada
 Méd: de nada, qualquer coisa volte, viu?
 Pac: vai cuidar bem de mim, né? A Deus querer.
 Méd: oi?
 Pac: vai cuidar bem de mim, né?
 Méd: claro, a gente não tá fazendo isto né?
 Pac: é

Fim da consulta: 34:50

 Consulta 4 – mulher

Início da consulta: 35:00

Pac: bom dia

Méd: bom dia senhora, sente um pouquinho, veio mostrar os exames hoje?

Pac: foi

Méd: certo

Pac: esse eu peguei segunda-feira

Méd: certo, a gente vai olhar todos, é dona ***** né?

Pac: é

Méd: qual a idade da senhora, dona *****?

Pac: sessenta e seis

Méd: a senhora toma remédio para pressão?

Pac: não, porque minha pressão é baixa

Méd: é

Pac: agora tomo remédio pra...

Méd: pra diabetes?

Pac: não, diabetes tenho não

Méd: nem pressão alta, nem diabetes né?

Pac: não, o meu só aquele negócio que não pode comer (?)

Méd: labirintite?

Pac: é, e eu tava tomando um e perdi o meu remédio, não sei onde foi... a caixa no mato, tomava um por dia

Méd: e ficou melhor daquele corrimento, tomou o comprimido, tomou?

Pac: sim doutora, esse ficou... esse aqui, a receita, essa aqui é nova, né? O mesmo remédio que a senhora passou pra eu... aqui, achei, o mesmo remédio que a senhora passou pra mim, a minha menina leu e disse que é de lá do hospital, tinha tomado não fazia nem oito dias, repare, viu... dois, eu tomei dois de uma vez viu, sem (?)

Méd: pronto...

Pac: eu passei três noites, cada um, um, nera?

Méd: isso, veja só, eu passei esse aqui, que foi dois comprimidos de dose única, eu passei semana passada, no dia doze de março

Pac: eu tinha tomado este na outra semana

Méd: ah, tá, porque a senhora não tinha me mostrado este

Pac: este aqui a senhora passou três, cada noite um, não foi?

Méd: foi

Pac: e esse aqui ela passou para eu tomar dois de uma vez

Méd: pronto, tá certo

Pac: aí, minha menina disse, mão não (carece mais tomar não)

Méd: pronto

Pac: deixa passar mais uns dias, né?

Méd: é é, não precisa mais não

Pac: não precisa mais não né?

Méd: é que quando eu passei eu não tinha visto na receita da senhora, que a senhora já tinha tomado

Pac: foii

Méd: a medicação que eu passei é a mesma medicação...

Pac: foii

Méd: que o outro médico passou, tá certo?

Pac: foi, lá do hospital

Méd: isso, certo, mas melhorou o corrimento?
Pac: melhorei, melhorei
Méd: aí, a senhora veio mostrar quais exames hoje?
Pac: eu vim mostrar esse exame que eu peguei na maternidade, aqui na maternidade, daqui da barriga, peguei na sexta-feira, segunda-feira né? O novo, né?
Méd: esse aqui foi o que a gente viu, não foi?
Pac: foi
Méd: esse aqui é o daquela citologia, colposcopia, que é aquela prevenção que a mulher faz
Pac: fiz, é o que eu peguei na maternidade, da barriga
Méd: é esse aqui
Pac: segunda-feira
Méd: esse aqui é o ultrassom, tá certo?
Pac: isso,
Méd: que é o da, da barriga
Pac: esse aqui, né? Eu pedi, a senhora me deu, agora eu não sei...
Méd: deu normal, viu?
Pac: deu normal, né?
Méd: deu, não deu nenhuma alteração não, tá tudo direitinho, viu?
Pac: não sei o que (?) (acho que é) os pontos pretos da operação
Méd: uma operação de que a senhora fez?
Pac: de vesícula
Méd: mas aqui tá tudo direitinho, normal, viu?
Pac: isso aqui, mas dói, dói tanto que... ô doutora e o rim, tá tudo bem?
Méd: tudo direitinho, tudo normal, e esse aqui é de qual?
Pac: é de lá
Méd: a endoscopia?
Pac: é, é de lá do hospital que eu estou me tratando, foi que eu peguei, mandei meu menino pegar, tem o novo e tem o mais velho, né?
Méd: ah, fui eu quem pedi este?
Pac: a senhora me pediu para eu trazer, pra ver o que eu fiz lá não foi?
Méd: ah, sim, que (eu já tinha feito, não foi?),
Pac: foi
Méd: não fui que tinha...
Pac: não, não, a minha menina foi e pegou, aí eu disse a senhora (?)
Méd: mas a senhora fez esse exame por quê?
Pac: problema no intestino, né?
Méd: no intestino, isso
Pac: é, aí eu tenho o intestino seco
Méd: mas a senhora é acompanhada por algum médico, dona *****?
Pac: agora pela doutora *****, não tem aí? A médica do hospital, doutora ***** , o nome dela, lá do Recife
Méd: certo
Pac: eu já fiz três exames com ela
Méd: deixe eu anotar aqui no seu prontuário viu?
Pac: agora deu tudo bem, agora
Méd: quando é que a senhora tem consulta com sua médica do Recife?
Pac: (?) agora só depois de uma ano, sabe?
Méd: a última vez que a senhora foi, foi quando?
Pac: a última vez?
Méd: sim
Pac: foi em fevereiro
Méd: ah, foi agora pouco, né?
Pac: fevereiro, não, foi janeiro, viu? foi no dia três de janeiro
Méd: ela é gastro é? ela cuida do estômago? essa médica que a senhora foi?
Pac: é... é um negócio que ela enfia a borracha pelo reto
Méd: a borracha pelo reto né? ela é proctologista?
Pac: é, aí eu faço hoje cinco meses, eu venho tomando este chá (?), quando é amanhã eu vou fazer este exame lá pela tarde, de manhã eu tomo três soros de lá do hospital ...
Méd: pra lavar, né?

Pac: pra botar a quantidade... aí ele limpa, ele limpa a barriga mesmo, que tem certas coisas que o médico não faz não viu?

Méd: faz não... se não, não dá pra ver

Pac: eu já fiz três vezes, a primeira vez foi em Vitória, particular, aí o médico foi (cismou) mandou pra o hospital, eu tô ele até hoje, graças a Deus

Méd: pronto, mas aí, pra isso a senhora já está sendo acompanhada pelo especialista viu?

Pac: é, to (?) aí ela deu uma lista do que eu posso comer e o que não posso, sabe? Porque o meu intestino é seco

Méd: a última vez que a senhora evacuou, fez cocô, foi quando?

Pac: que eu fiz? ontem

Méd: faz todo dia

Pac: não

Méd: faz não, né?

Pac: tenho que tomar remédio

Méd: mas tem que melhorar a alimentação viu? comer mais mamão, tomar muita água

Pac: tomar mais água

Méd: aveia, papa de aveia, pelo menos não ressecar as fezes

Pac: não posso comer batata doce

Méd: pode não, ela explicou direitinho para senhora

Pac: teve uma coisa lá que ela me deu (?)

Méd: pronto, este aqui é o exame da senhora viu... tá tudo direitinho

Pac: não vou precisar de tomar remédio nenhum né?

Méd: não, não precisa não, o exame da senhora deu normal viu, deu tudo direitinho, qualquer coisa a senhora retorna, tá bom?

Pac: agora, vou ver se tão fazendo exame de coração aí, né? será que estão fazendo hein, na maternidade?

Méd: procure saber Sá

Pac: eu vou pedir exame de coração e exame de sangue

Méd: pronto, procure ver lá, tá certo? Porque o de coração é só lá na maternidade

Pac: mas sempre marca, né?

Méd: tem o dia de marcar, procure saber lá viu.

Pac: até mais viu

Méd: até mais Dona *****?

Pac: qualquer coisa... eu vou procurar saber viu?

Méd: tá certo.

Pac: fazer exame de coração e de sangue

Fim da consulta: 42:20

Consulta 5 - homem

Início da consulta: 42:28

Méd: bom dia

Pac: bom dia doutora

Méd: o nome do senhor **** * * * * * * * * * * ? né?

Pac: é sim senhora

Méd: qual a idade do senhor seu * * * * * * * * * * ?

Pac: meia sete

Méd: o senhor toma remédio para pressão ou diabete?

Pac: não, pra diabete não, eu sempre tomo para pressão, a pressão está dez por oito, né doutora

Méd: tá controlada né, da última vez estava doze por oito, em janeiro estava onze por oito, doze por sete, está sempre controlada né, e aquele remédio (que eu receitei pro senhor)? ...

Pac: o que a senhora passou para eu tomar, tomei, passei a noite todinha com o olho vidrado, entendeu, (?) sem dormir

Méd: sem dormir, com esse aqui

Pac: sim, na maternidade não tinha, eu comprei por vinte e três reais, comprei fiado, na maternidade, ali no Mané Magalhães

Méd: certo

Pac: e tomei dois, olhe, foi o mesmo que...

Méd: quando veio para mim, disse que estava sem conseguir dormir, não foi?
Pac: foi, o dia todo, ainda tô
Méd: estava com insônia, estava irritado, constantemente não foi?
Pac: naturalmente doutora, naturalmente
Méd: e não melhorou nadinha não? o senhor tomou quantos, só tomou isso?
Pac: só tomei dois, porque no começo não deu em nada, né? aí não convém tomar...
Méd: tá tomando quantos por dia
Pac: é um, a senhora não disse?
Méd: só um
Pac: é para tomar de dia ou é de noite
Méd: aí o senhor só tomou dois comprimidos, um num dia e outro no outro dia?
Pac: naturalmente
Méd: e nesses dois dias não ficou... não sentiu-se melhor não?
Pac: não
Méd: mas também é muito recente né? e não dormiu nada?
Pac: não doutora, não. Passei a noite de olhos vidrados, entendeu?
Méd: dorme muito durante o dia?
Pac: nada não, nem uma madorna, confie na minha palavra
Méd: nenhum cochilo durante o dia, depois do almoço?
Pac: nadinha doutora, confie na minha palavra, confie em Deus primeiramente né? e segundo no que eu tô dizendo
Méd: mas ainda continua muito irritado?
Pac: não doutora, porque é ... sem dormir né doutora? de qualquer maneira (?) agora mesmo, tô com a cabeça doendo né?
Méd: a gente acrescenta viu? a medicação. Esses aqui são os exames do senhor?
Pac: é, é doutora, é.
Méd: tá com dois vermezinhos viu?
Pac: tá né?
Méd: tá... a gente vai precisar passar a medicação viu? a urina está ardendo?
Pac: tá não
Méd: vamos dar uma olhada nesse outro... o de urina tá direitinho, tá normal, viu? agora o de fezes deu uma alteraçãozinha, que a gente precisa passar um remédio, deu dois vermezinhos, mas a verme é comum é normal, não é daquele da barriga d'água, do rio não viu.
Pac: certo
Méd: o senhor já teve problema com aquele do rio já? com aquele do caramujo? Que o nome é schistosoma
Pac: não, já fiz exame já.
Méd: mas deu, antigamente deu aquele vermezinho do rio?
Pac: deu schistosoma né? mas eu tomei comprimido aqui, lá da maternidade
Méd: e faz quanto tempo?
Pac: faz mais ou menos uns três ou quatro meses
Méd: ah faz pouco tempo, é?
Pac: faz doutora (?)
Méd: porque deu uma alteraçãozinha aqui, no seu exame, na ultrassom, esses exames que se faz do abdome, da barriga, que só... justo... seria justificado por este verme que o senhor já teve, mas já tratou não foi? já tomou os comprimidos?
Pac: tomei na maternidade
Méd: o senhor já fez o exame de psa? aquele exame que faz de sangue para ver pra ver como é que está a próstata?
Pac: já, já fiz exame de sangue de urina
Méd: trouxe para mim alguma vez?
Pac: hum?
Méd: já trouxe para mim alguma vez?
Pac: o exame de quê?
Méd: o de sangue para ver a próstata?
Pac: quer dizer que agora mesmo eu fiz exame sangue, de fezes e de urina
Méd: mas o exame de sangue específico para a ver a próstata, já fez? nunca fez não?
Pac: fiz
Méd: mas já trouxe para mim alguma vez?
Pac: não, porque foi o outro...

Méd: foi o outro médico ainda né?

Pac: foi sim

Méd: a próstata só está um pouquinho aumentada, um pouquinho grande, a gente precisa pedir outro exame de sangue do senhor certo?

Pac: Ave Maria...

Méd: mas não tá muito grande não viu, a gente precisa pedir, tá certo?

Pac: tá ((o paciente esboça um choro))

Méd: não se aperreie não.

Pac: porque eu urino bem né doutora, tudinho, como é isto?

Méd: vamos pedir o exame e a gente vê tá certo? esse aqui é o exame de sangue, pode guardar estes viu?

Pac: tá

Méd: a solicitação do exame de sangue para ver como é que está a próstata. O do verme são dois comprimidos certo? dois tipos de medicação, mas é dose única... um é um comprimido só, tomou já tratou, e o outro são dois comprimidos, tá certo?

Pac: tá

Méd: então ao todo são três. E é pra tomar os três no mesmo dia, entendeu? tá aperreado?

Pac: não doutora, é a questão destes problemas (já não tinha pregado o olho já)

Méd: mas não se preocupe seu *****? a gente precisa primeiro, antes de tudo pedir o exame, o exame de sangue, pela.. por esta ultrassom da barriga, ele deu alterado, deu um pouquinho aumentado, mas a gente precisa confirmar. Às vezes tá alterado... a ultrassom tá alterado, mas não chega a alterar o de sangue, não chore não, não se aperreie não ... eu vou passar um remediozinho pro senhor dormir mais à noite, viu? mas não coloque isso na cabeça não que já tá sem conseguir dormir e se aperreando é pior né?

Pac: ô doutora esse comprimido aqui é para tomar de dia ou à noite?

Méd: o senhor vai tomar este dia, e o que eu vou passar agora, o senhor toma à noite, certo? esse aqui é o do vermezinho que deu naquele exame do senhor, o primeiro... o senhor sabe ler?

Pac: sei não

Méd: sabe não, mas eu explico direitinho, são dois tipos de remédio, o primeiro é só um comprimido que é dose única e o outro são dois comprimidos que são doses únicas é para tomar num mesmo dia, toma um desse e os dois desse e pronto, tratou aquele verme

Pac: é pra comprar doutora?

Méd: não, é medicação de posto, veja se tem aqui, se não tiver aqui, o senhor tenta ou no outro posto ou então na maternidade, precisa não tá certo?

Pac: tá

Méd: e esse aqui pra dormir, o senhor vai tomar à noite, entendeu direitinho seu ***?

Pac: entendi, tô com a cabeça me doendo, com tanta coisa, mais esse (?) não é doutora? Eu tô pensando isso, né?

Méd: pronto, quando tiver o resultado do exame aí o senhor volta para mim para ver como é que está viu? o exame de sangue...

Pac: de sangue... tá certo

Méd: entendeu direitinho?

Pac: entendi

Méd: pronto se aperreie não

Pac: hoje eu já posso tomar um comprimido desse ou não

Méd: quando?

Pac: hoje

Méd: o de qual?

Pac: desse aí

Méd: pode, pode tomar e o outro é só à noite

Pac: (tchau)

Méd: tchau

Fim da consulta: 52:37

Consulta 6: mulher

Início da consulta: 54:44

(a paciente veio acompanhada de mais uma pessoa)

Méd: pode entrar viu senhora, sente um pouquinho

(A médica sai para falar com a recepcionista)

Méd: bom dia, dona ***** ***** ***** , não é? quantos anos a senhora tem? Dona *****

Pac: eu tenho setenta e dois vou completar setenta e três em dezembro

Méd: e a senhora toma remédio para pressão?

Pac: tomo, todo dia

Méd: é diabética?

Pac: não, nunca fui não

Méd: é a primeira vez que a senhora pra mim, não é?

Pac: é, é porque eu tô com muita dor de (artrose) no meu joelho, tô com muita dor de artrose e também tô com caroço na virilha, tá doendo muito, demais, (?) anteontem (?) e ontem, aí acabou mais a dor, mais ainda tá (?)...

Méd: a gente vai ver, a dor que a senhora sente é no joelho, é?

Pac: é, o joelho esquerdo é o mais que dói, já fiz muito raio x, dá tudo artrose...

Méd: artrose, né?

Neta da pac: acho que ela tem problema no joelho...

Méd: e toma medicação para a dor?

Pac: eu tomo... olhe, na sexta feira, não sei que dia foi, eu tomei uma benzetacil, que eu tava em São

Paulo, segunda feira, a minha filha me levou num posto, eu tomei a benzetacil ...

Méd: pra dor?

Pac: para dor de artrose

Méd: mas bezetacil é antibiótico, não é só medicação para dor não... aí eu queria saber o que a senhora tá tomando para dor

Pac: eu não tomei nadinha, só tomei benzetacil mesmo lá, e...

Acompanhante: ela tomou diclofenaco para dor

Pac: não tomei não ...

Méd: mas, geralmente quando toma é diclofenaco, né?

Pac: já tomei tanto, já tomei tanto no mundo, que ...

Méd: vamos dar uma olhadinha? Pra ver esse carocinho que a senhora está falando

Pac: (?) tudo que eu tomo dói, tudo que eu como sinto um queimor no o estômago

Méd: quer deitar aqui ou dar pra ver assim?

Pac: dá pra ver assim mesmo... é aqui assim, olhe, aqui assim

Méd: deixe eu pegar uma luvinha, viu

Neta da pac: saiu pus, saiu pus, vovó?

Pac: saiu pus não, não

Pac: isso começou de sexta-feira pra cá...

Méd: teve febre?

Pac: não, começou dar primeiro uma coceira ... uma coceira na virilha... uma coceira, uma coceira

Méd: não tô conseguindo ver direito não

Neta da paciente: levante vovó a blusa

Méd: deite aqui, é melhor a senhora deitar né?

Neta da paciente: levante a blusa para ela ver(?)

Pac: pra lá ou pra cá?

Méd: venha mais para cá, e a cabeça da senhora fica para cá, agora aqui tem uma buracozinho, a senhora põe o bumbum aqui, quer tirar a bermuda não? Pra gente ver.

Pac: (?)

Méd: né melhor a senhora tirar a bermuda não?

Pac: peraf

Neta da pac: cuidado vovô para não cair aqui.

Méd: era melhor ter tirado a bermuda, dona *****

Pac: quero ver qual é o mistério desta perna.

Méd: me mostre onde é a dor

Pac: é aqui assim, aqui assim na virilha, na virilha, aqui assim, aqui assim, aqui assim

Neta da paciente: tire a mão vovó, para ela ver

Méd: é aqui? é isso? é esse carocinho aqui, é isso

Neta da paciente: ah, tava maior doutora

Pac: tava maior

Méd: é isso aqui?

Neta da pac: aqui assim, olhe, mesmo aqui

Méd: tu viu antes como é que estava?
 Neta da pac: tava duro, tava alto...
 Méd: agora tá bem pequenininho
 Neta da pac: tava assim, olhe... tava assim, olhe...
 Pac: tava maior, tava doendo mais ainda (?)
 Neta da pac: agora tá todo estourado
 Méd: agora tá bem pequenininho
 Neta: oxe, tava assim, olhe...
 Pac: tava maior, tava ardendo mais ainda, agora que eu fiz (?) até que parou um pouquinho
 Neta da pac: está todo estourado
 Méd: dá licença, deixe eu ver aqui, porque se não, não dar pra gente ver viu? é isso aqui?
 Pac: é nesse canto, aí.
 Neta da pac: é, é, tava maior, agora ta todo estourado, agora.
 Méd: mas tá bem pequenininho, né?
 Pac: era maior
 Méd: pode levantar
 Pac: pode sair?
 Méd: pode
 Pac: era maior, tava maior, tava mais maior ainda ... peraí, deixa eu te segurar, a perna
 Neta da pac: cuidado vovó ... oxente, ele estourou
 Pac: ele melhorou bastante, porque ele estava muito grande...
 Acompanhante da pac: então foi o (?) que a senhora tomou, tava mais grande doutora
 Pac: porque o (?) é do mais forte que tem
 Neta da pac: tava grande doutora
 Méd: foi?
 Neta da pac: oxe, porque eu estranhei, vovô (?) doutora
 Méd: tá bem pequenininho agora né? Se foi isso que ela está me mostrando, né?
 Pac: (?)
 Méd: pelo que a senhora passou...
 Neta da pac: eu achei estranho, porque ... acho que ele estourou ...
 Pac: ela é minha neta
 Méd: é sua neta, é? veja só dona *****?, a gente tá passando uma pomadazinha, não vou passar nenhuma medicação não, porque ele está praticamente sequinho, muito pequeno, eu vou passar...
 Pac: (estourou), acho que foi o saculejo (?)
 Méd: a não ser que eu não tenha visto porque a senhora ficou sem tirar o shorte e não abriu direito, pelo que a senhora me mostrou ...
 Pac: é na virilha, é na virilha
 Méd: é nessa virilha, pelo que a senhora me mostrou que a gente viu juntas, eu e a sua neta, só deu para ver bem pequenininho como se estivesse estourado, para isto a gente vai passar uma pomadazinha tá certo?
 Pac: tá, passe um remédio para essa dor
 Méd: passo, agora veja só, a medicação para essa dor ... em posto eu só tenho diclofenaco ...
 Pac: eu não quero diclofenaco
 Méd: eu posso passar um remédio para comprar?
 Pac: pode
 Méd: pronto
 Pac: já tomei muita coisa, já tomei coisa (pra isso) já, já tomei Tanderil, já tomei Voltarém, já tomei é ... comprimido para dor
 Neta da pac: terça-feira ele tava bem grande o caroço
 Pac: já tomei duas caixas de Tandrilax
 Méd: melhorou com Tandrilax?
 Pac: quer dizer... melhorei um pouquinho, né? porque também quando tem diclofenaco, quando tem diclofenaco ataca muito, eu tô com um dor no estômago, quando eu como qualquer coisa eu fico com dor no estômago, qualquer coisa que eu como, fico com uma dor no estômago medonha, um queimor
 Méd: a pomadazinha vai colocar na virilha tá certo, na região inguinal duas vezes ao dia, tá certo?
 Pac: me deu um coceira, me coçando, me coçando, eu vim de São Paulo, eu não tava com isso não, foi de terça-feira pra cá, esse caroço ...
 Méd: e o comprimido para dor, a senhora pode tomar um de manhã e um de noite, agora só vai tomar quando tiver sentindo dor, tá certo? não é medicação para estar fazendo assim ... se não sentir dor, não precisa tomar, não é medicação para estar fazendo sempre, tá certo?

Pac: tá certo

Acompanhante da pac: e aquele (?) não tem nada a ver não né doutora?

Méd: não.

Acompanhante da pac: porque foi um negócio que estourou né, doutora, porque terça-feira tava (?)

Méd: foi? pronto aqui tem a pomada e o comprimido, o comprimido de manhã ou de noite se tiver sentido dor, ok?

Pac: brigado

Acompanhante da pac: se voltar o (caroço)?

Méd: traga pra gente ver, viu?

Fim da consulta: 1:02:07

Consulta 7 – mulher

Início da consulta: 1:02:28

Méd: bom dia

Pac: bom dia (?)

Méd: a receita né?

Pac: é

Méd: é ***** ***** ***** né? é a senhora mesmo?

Pac: é eu mesma

Méd: qual a idade da senhora?

Pac: setenta e seis,

Méd: a senhora toma remédio para pressão ou diabete?

Pac: tomo pra pressão (?) mais não

Méd: certo

Pac: para fechar (?) o negócio da pele, já andei muito, mas não resolvi nada, hoje mandei pegar uma ficha, quando terminar aqui vou para lá na maternidade

Méd: lembro, que a senhora veio para mim, não foi?

Pac: foi

Méd: como é que tá agora? não conseguiu não marcar, pra fazer o tratamento lá?

Pac: consegui não

Méd: mas, falou com dona *****?

Pac: eu passei, eu mandei pegar uma ficha hoje, agora eu vou para lá.

Méd: quando sair daqui né?

Pac: é

Méd: mas tem o encaminhamento, não tem?

Pac: encaminhamento?

Méd: o papelzinho que eu mandei?

Pac: sim, tenho o papelzinho que a senhora me deu

Méd: já tem né?

Pac? (daqui eu vou pra lá)

Méd: tá levando muito sol não né? era só quando a senhora trabalhava nera?

Pac: é, é, só pego um sol assim ... lavando uma roupa não, que eu lavo na sombra, estendo uma roupa, quando eu saio...

Méd: mas não pode mais não viu, tem que evitar o máximo possível levar sol, por conta dessa pele da senhora, tá muito manchada, a senhora precisa tá fazendo um tratamento direitinho, a senhora é muito branquinha, cabelo claro, aí a pele é muito branca

Pac: e as pernas, eu não posso coçar, quando eu coço, olhe...

Méd: a senhora já tem uma fragilidade, e branca desse jeito ... a senhora toma quantos por dia?

Pac: só tomo um, felizmente

Méd: pronto

Pac: muito obrigada

Méd: de nada, até a próxima, me diga alguma coisa depois que conseguir

Pac: tá ... quando eu tiver o coisa, eu trago

Méd: tá certo

Fim da consulta: 1:05:12

Consulta 8 – mulher

Início da consulta: 1:05:26

Pac: bom dia

Méd: bom dia senhora

Pac: trouxe os exames que a senhora pediu ...

Méd: feche a porta ali por favor ... sente um pouquinho, é dona ***** *****?

Pac: é.

Méd: qual a idade da senhora?

Pac: é, sessenta e nove.

Méd: e a senhora toma remédio para pressão ou diabetes?

Pac: não, eu só tomo remédio para pressão.

Méd: pra pressão, né?

Pac: é, pra pressão

Méd: mediu a pressão hoje?

Pac: medi e tava boa, graças a Deus

Méd: tava quanto?

Pac: a moça disse que tava boa, só foi o que ela disse

Méd: e veio mostrar os exames, não foi?

Pac: cada dia minhas câimbras estão piorando, ontem me deu uma câimbra que eu pensei que ia morrer ... é câimbra mesmo, câimbra de dar aqui assim olhe no estômago, que eu fico estataladinha

Méd: câimbra dá no estômago, dona *****?

Pac: siim, dá aqui assim olhe, que eu fico estaladinha ...

Méd: é dor que a senhora sente

Pac: oh, minha filha é dor, quando dá nos dedos meus dedos ficam assim, olhe, um em cima do outro, por que? Nas pernas ...

Méd: câimbra mesmo não dá no estômago não ...

Pac: olhe, ainda ontem mesmo era uma dor que dá aqui no estômago, dá nas costas no pescoço, nesse braço aí, dá que eu fico, eu não suporto

Méd: e tá sentindo dor agora

Pac: agora não, agora só tô sentindo dor aqui, porque ontem deu uma dor nesse braço aqui minha filha, que eu nem pude levantar este braço, eu trouxe os exames para ver o que é que é isto, meu Deus

Méd: deixe eu lhe explicar uma coisa, esse aqui tá normal, não deu anemia, não deu infecção, o hemograma está direitinho

Pac: esse aqui é o de fezes, é?

Méd: não, este aqui é o de sangue, o outro de sangue, a senhora não é diabética, a única alteração que deu foi as taxas de triglicérides ... o que é isso? É massa no sangue, a senhora anda comendo muito pão, macarrão, massas?

Pac: olhe, eu não gosto de macarrão, gosto de arroz ...

Méd: e come muito pão?

Pac: agora pão eu como, eu não vou mentir, como pão

Méd: tem que diminuir a massa, tá certo? Eu já recomendar remédio para a senhora ... vamos ver o de fezes ... deu um vermezinho que a gente vai precisar tratar viu? A urina tá ardendo?

Pac: a urina não, não tá ardendo não

Méd: tá com uma infecçãozinha urinária, não é muito grande não, mas já tá com (irrite) viu ... colheu direitinho, quando foi levar a urina?

Pac: colhi

Méd: lavou? lavou as partes, lavou as mãos?

Pac: lavei

Méd: fez direitinho mesmo, não tocou na urina dentro do potezinho não né?

Pac: não

Méd: posso confiar né?

Pac: confie, pode confiar

Méd: e esse aqui é...?

Pac: esse foi de ...

Méd: (potássio) pode ir guardando esse, que foi que pediu esse?

Pac: esse foi o doutor lá do pos ... lá da maternidade

Méd: por conta dessas câimbras, não foi?

Pac: foi

Méd: deu normal viu?

Pac: tá vendo, meu Deus

Méd: esse aqui é o de potássio, que poderia tá alterado, que a senhora fica falando que fica tendo essas câimbras

Pac: tenho minha filha, eu tenho

.....

A consulta é interrompida pela atendente para informar algo a médica:

.....

Atendente: doutora...

Méd: oi,

Atendente: ela disse que não tem suco de graviola não, tem de pinha, açaí, maracujá ...

Méd: manda trazer um de pinha

Atendente: tem de pinha né? (a atendente fala com alguém de fora do consultório)

Méd: oh, *****, *****? chegou? Ele tá atendendo?

Atendente: (...)

Méd: ele tá atendendo? Diz que eu quero falar com ele visse?

.....

Méd: só de potássio, que poderia (pensar) por causa dessas câimbras da senhora, tá normal ... esse aqui também?

Pac: é

Méd: pode guardar esse ...

Pac: tem hora que eu perco o sono, eu deito, eu me levanto, eu não aguento estas câimbras, não sei Jesus, porque isto

Méd: a senhora me dá um segundinho, que eu preciso falar com ele aqui viu?

Pac: tá, vá

.....

(a consulta é interrompida aos 1:10:07 por alguém, com quem a médica precisava falar)

.....

(a médica retoma a consulta aos 1:12:13)

.....

Méd: pronto, voltei, vamos dar uma olhada nesse outro né, que é o ultrassom né?

Pac: é

Méd: aquele da barriga, tá certo? ... tá normal viu? A ultrassom. não deu alteração não, a única coisa que a senho... que a gente precisa tratar e ter cuidado é com essas taxas da senhora, que estão alteradas, tá certo?

Pac: sei

Méd: Eu já vou começar a parte da medicação, mas a senhora tem que ver se melhora a alimentação

Pac: sei

Méd: nada de fritura, gordura, evitar massa, tá certo e, se puder, qual a idade da senhora mesmo? Sessenta e nove

Pac: sessenta e nove

Méd: a senhora poderia começar a fazer uma caminhada, algum exercício durante o dia?

Pac: (eu já amanheço) fazendo caminhada...

Méd: anda? Mora em sítio é?

Pac: moro aqui em *****, na rua *****, mas tenho um sítio, eu vou para o sítio

Méd: pronto, aí já caminha né? Pronto, isto faz bem viu

Pac: é

Méd: e o remezinho pro verme, também viu

Pac: passe um remédio para as câimbras, minha filha

Méd: tá sentindo muitas câimbras agora é?

Pac: é

Méd: O exame da senhora deu normal, possa ser que a gente tratando dessas taxas que foram alteradas, a senhora melhorando a alimentação, a dieta, a comer, por exemplo, banana que tem mais potássio... mas o potássio da senhora não veio muito alterado não, certo?

Pac: certo

Méd: se por acaso não melhorar após esse tratamento, aí a senhora volta para mim, porque aí a gente passa uma medicação

Pac: tá certo, tá
 Méd: deixe eu ver se tem esse remédio aqui viu?
 Pac: sim, senhora
 Méd: só um segundo, viu?
 Pac: tá certo
 Méd: tem
 Pac: graças a Deus, meu Deus
 Méd: essa para as taxas da senhora, a senhora vai ficar tomando um comprimido por dia viu? Depois do almoço... o do vermezinho, é um comprimido só, dose única viu?
 Pac: sim, senhora, tomo pela manhã né?
 Méd: o do verme?
 Pac: sim?
 Méd: o do verme pode ser em qualquer horário, não tem problema não

(a atendente bate na porta e interrompe a consulta)

Atendente: ele tá perguntando se a senhora quer coxinha, que chegou coxinha agora

Méd: então manda, que danado de (?) obrigada, *****?

Méd: então, tem o das taxas, que é um por dia depois do almoço, e o outro é uma dose só, um comprimido só

Pac: sim, senhora

Méd: eu só vou deixar solicitado um sumário de urina

Pac: sim, senhora

Méd: para a senhora fazer novamente, certo?

Pac: sim, senhora

Méd: porque deu um iniciozinho de infecção, mas como não tá... a senhora disse que não tá ardendo

Pac: não tá ardendo ainda não

Méd: a gente precisa controlar viu, para ver se vai continuar ... daqui a mais ou menos um mês, quando a senhora continuar essas caminhadas, os exercícios que a senhor diz que já faz, já tomar esses remédios desse jeito que eu lhe expliquei ... e melhorar a dieta, aí a senhora volta para mim, daqui a um mês, para a gente pedir outro exame ... entendeu direitinho?

Pac: entendi ...

Méd: esse é a receita, e esse é o exame de urina que a senhora vai fazer, daqui a quinze dias um mês, tá certo, porque quanto trazer para mim a gente vê...

Pac: tá certo

Méd: (?) o nome da medicação (?) pronto dona *****

Pac: esse comprimido, eu pego aqui ou no posto?

Méd: pega no posto

Pac: tá certo...

Méd: é medicação de posto, se não tiver aqui, a senhora pega em outro, mas tem, não precisa comprar não viu?

Pac: ô minha filha muito obrigada viu?

Méd: de nada

Pac: porque, olhe eu tô com tanta câimbra, que só Deus tem misericórdia ...

Méd: mas a gente vai tratar, vamos tentar melhorar pelo menos as taxas, se não melhorar as câimbras, aí a gente passa a medicação

Pac: tá certo, tá

Méd: viu... até mais dona *****?

Pac: até mais

Méd: muito obrigada...

Pac: de nada

Fim da consulta: 1:17:28

Consulta 9 – mulher

Início da consulta: 1:17:44

Pac: bom dia doutora

Méd: bom dia
Pac: primeira vez que eu estou aqui
Méd: sente um pouquinho... tem esta fichinha aqui, tem?
Pac: aqui...
Méd: pronto... o nome da senhora é *****?
Pac: ***** *****
Méd: qual a idade da senhora?
Pac: oitenta
Méd: nem parece, oitenta é?
Pac: é... pra semana vou fazer oitenta e um
Méd: eita, coisa boa, me diga uma coisa, a senhora toma remédio para pressão?
Pac: tomo
Méd: toma o quê?
Pac: olha, tomo Captopril...
Méd: Captopril é? É daqui do posto
Pac: é daqui do posto
Méd: quantos por dia?
Pac: tomo seis por dia...
Méd: dois de manhã
Pac: dois de meio ...
Méd: e dois de noite ... toma mais algum, além desse?
Pac: (?toconazol)
Méd: quantos por dia?
Pac: três
Méd: eita, tá fazendo é medicação né?
Pac: um aas e uma, peraf deixa eu ver esse nome aqui...
Méd: tá com os nomes?
Pac: tô
Méd: sua pressão tá alta hoje né?
Pac: minha pressão tá alta
Méd: tomou hoje?
Pac: tomei, tomei duas captoprim, tomei uma (dessa) e tomei um (?) e ainda tô com pressão alta, eu não sei porque, tava chovendo e água entrou dentro de casa... olhe...
Méd: se aperreou?
Pac: aí eu fiquei preocupada, né?
Méd: é a primeira vez que vem pra mim, né?
Pac: é, é a primeira vez, o nome da senhora é ***** , é?
Méd: é
Pac: o meu é ***** também
Méd: não tem como esquecer, não é?
Pac: é
Méd: deixe eu pegar aqui, que é para medir a pressão da senhora de novo, viu?
Pac: tá certo

(A médica sai pra pegar o aferidor de pressão aos: 1:19:29 e retorna aos: 1:20:58)

Méd: vamos medir a pressão?
Pac: vamos
Méd: bote a mão pra cá... teve algum aperreio, teve?
Pac: não, só tive preocupação...
Méd: ontem à noite, que a senhora disse né?
Pac: é, por causa da chuva, pra não entrar água dentro de casa ... tava chovendo, fiquei preocupada...
Méd: tá mais alta...
Pac: o que é que a gente faz?
Méd: tá um pouco mais alta... tava quinze por dez, né? Agora ela tá dezesseis, quase dezessete por dez
Pac: tá?
Méd: e já tomou os remédios hoje?
Pac: já tomei um hoje
Méd: A senhora mora aqui perto do posto?
Pac: moro

Méd: mora onde?

Pac: na rua *****?

Méd: é pertinho?

Pac: não é muito perto não

Méd: mas, consegue vir ao posto, pelo menos duas vezes por semana, para a gente ficar medindo esta pressão da senhora?

Pac: consigo

Méd: consegue né? Eu vou anotar a (agenda) para senhora

Pac: é porque semana passada eu vim tava doze por sete, já pensasse?

Méd: isso deve ter sido por conta dos aperreios que a senhora teve, certo? Tá sentindo alguma dor agora?

Pac: não, não tô sentindo nada (?) porque o médico mandou eu fazer um exame de sangue, o médico do coração, particular, como eu não tinha condições de pagar, eu fui na maternidade, quando eu fui levar para ele olhar, ele disse que nem abria para ver, que não precisava olhar, para ver esses exames e dar o remédio...

Méd: o de sangue?

Pac: o de sangue, porque uma coisa (é fazer particular), aí não sei (?)

Méd: mas, o de sangue né?

Pac: é

.....

(alguém bate na porta)

Méd: certo... (a médica fala com alguém que entra no consultório) *****? obrigada,

Rapaz que entrou no consultório, trazendo algo para a médica: demorou, mas chegou

Méd: vou tomar agora... vou fazer o seguinte, eu vou atender ela e paro...

((Rapaz que entrou no consultório, trazendo algo para a médica))

Méd: e depois (?)

Pac: a senhora acha que a taxa está alta, tá?

Méd: vamos ver juntos... aí ele disse que não ia ver não, é?

Pac: não, porque foi feito aqui na maternidade e ele não confiava no exame que foi feito aqui na maternidade.

Méd: que médico disse isso? Qual foi?

Pac: (?) não sei, não conheço não, foi a primeira vez...

Méd: mas foi o médico do coração?

Pac: o médico do coração... (eu tive dois enfartes já, me tratei em Agamenon, com doutora ***** *****

Méd: é, e a pressão da senhora tá alta, quando foi que a senhora foi para este médico, do coração, pro cardiologista?

Pac: ah, já faz bem uns seis meses, ele mandou fazer em Vitória, lá numa casa (considerada séria), mas eu não podia pagar particular, eu disse, vou fazer por aqui mesmo, aí eu peguei perguntei, se eu tivesse feito aqui, se (tivesse feito no

Recife) não tem problema nenhum

Méd: os seus exames estão normais, viu? tá tudo normal, não deu anemia, não deu sinal de infecção, a única coisa que deu um pouquinho, no limite, alterado, que ainda não precisa tomar medicação para isso foi a glicose, que é açúcar no sangue...

pac: isso eu não tenho...

Méd: não tem não, né, diabete, agora tem que ter um pouquinho de cuidado com o açúcar, mas não precisa, com essa taxa não precisa começar a medicação não, ter cuidado mais com a dieta, mas o restante não foi tão alterado não, entendeu, só tem que ter cuidado com dieta, evitar um pouquinho massa, frituras, mas com essas taxas não precisa recomendar um remédio para senhora não.

Pac: certo... aí, ô doutora, aí eu tive uma infecção, uma dor no canal da urina tão grande (esse mês) eu tomei... esqueci o nome do remédio...

Méd: a senhora tomou remédio?

Pac: fui na farmácia e comprei... não fui nem ao médico, na farmácia pedi um remédio lá a mulher, ela passou... eu tomei e melhorei, mas aí...

Méd: mas, quando tiver dona ***** , não vá para a farmácia pegar um remédio não, procure um médico, porque se precisar ver os exames, tá certo? olhe eu vou lhe dar este papel, pra se a senhora puder ficar vindo aqui no posto medindo a pressão tá certo? toda vez que a senhora vier a senhora vai dar este papel para a auxiliar, para ***** , ela vai colocar a data como eu vou colocar hoje, hoje é dezoito de três do dois mil e dez, aí a senhora vem para medir, possa ser que essa pressão tenha alterado porque a senhora teve essa contrariedade...

Pac: foi...

Méd: mas se ela continuar assim, a senhora já tá tomando muita medicação para pressão e não tá controlando, se continuar assim, a gente vai precisar trocar este remédio...

Pac: faz mais de (quinze) anos que eu tomo este remédio...

Méd: é... ela agora tá quinze por dez, dezesseis por dez, então não tá conseguindo controlar, diminua o sal, tá certo? e fique vindo aqui no posto com este papel, e toda vez que vier, ela vai colocar a data que conferiu esta pressão, tá certo?

Pac: ô doutora eu queria um remédio pra tosse, tem aqui? pode passar pra mim?

Méd: tá com tosse?

Pac: tô com tosse, também

Méd: a tosse é seca?

Pac: (a paciente tosse) não, tem catarro.

Méd: tem catarro? tá desde quando com a tosse?

Pac: ah, já faz bem um mês,

Méd: respire e solte, teve febre?

Pac: não

Méd: respire e solte... isso... tem catarro mesmo essa tosse?

Pac: tem

Méd: respire, tem... o dia todo com tosse?

Pac: não o dia todo não, às vezes

Méd: é de vez em quando?

Pac: de vez em quando...

Méd: o pulmão da senhora tá limpo, não tá com secreção não. Não precisa administrar antibiótico, nem todo xarope a senhora vai poder usar, porque sua glicose deu um pouquinho alta, deu no limite, então por enquanto não há necessidade d'a gente fazer medicação, mas se for uma tosse que piore, eu vou passar um xarope para senhora que é feito para diabético, pra quem tem glicose alta, só que tem que comprar...

Pac: tá certo...

Méd: tá certo? por enquanto é só ingerir uma boa quantidade de líquido é uma tosse que é de vez em quando e o pulmão tá limpo, tá sem febre, não precisa de a gente passar não, tá bom?

Pac: tá bom

Méd: pronto dona ***** e fique vindo aqui no posto, medindo a pressão

Pac: tá certo, segunda-feira eu venho, eu venho (?) medir a pressão (?) eu ia pro dentista, mas minha pressão ta alta...

Méd: é... não pode

Pac: e eu sou hipertensa e o médico tem um medo medonho de extrair meu dente

Méd: é, com pressão alta não pode não, tem que controlar esta pressão primeiro

Pac: o papel que eu levo comigo é esse daqui é?

Méd: é esse daqui, é... tá bom?

Pac: bom fim de semana para senhora

Fim da consulta: 1:28:54

Consulta 10

Méd: sente aqui um pouquinho, a senhora espera cinco minutinhos para eu tomar só um suco? sente aqui um pouquinho, que eu não tomei café hoje, sente um pouquinho, que eu vou (?), só um pouquinho viu?

Pac: tá bom...

Méd: só um segundo viu?

Pac: tá, doutora tem vexame não, pode ficar à vontade (a médica sai, deixando a paciente na sala de consulta)

Início da consulta: 1:35:10

Méd: pronto...

Pac: (não se preocupe não doutora) eu espero...

Méd: vamos lá... eu saí de casa e não tomei café...

Pac: já é dez horas, né?

Méd: qual é o nome da senhora?

Pac: ***** ***** *****

Méd: ***** ***** ***** , qual a idade da senhora dona *****?

Pac: setenta e quatro

Méd: a senhora toma remédio para pressão ou diabetes?

Pac: diabete... não senhora
Méd: a senhora veio pra mim em janeiro, não foi?
Pac: foi
Méd: ainda continua com dificuldade de evacuar, de obrar?
Pac: não doutora, até que tá...
Méd: melhorou um pouquinho?
Pac: eu melhorei (graças a Deus)
Méd: e hoje, em que é que posso ajudar?
Pac: (?) eu tô assim, com umas... na coluna, sabe? (?) se eu me curvar eu não me aguento de dor
Méd: ela piora quando a senhora se meche é? a dor
Pac: quando eu tô assim parada, não dói não, quando eu me levanto assim, (?) Jesus (?)
Méd: e é só de um lado?
Pac: é, é mais de um lado doutora
Méd: qual o lado?
Pac: o lado esquerdo, quer dizer (?) das costas né? mais aqui, esta parte aqui
Méd: certo, e está desde quando com essas dores?
Pac: doutora desde (?) dói direto, porque, você sabe né?
Méd: e a senhora tá um pouquinho com excesso de peso né? um pouquinho mais gordinha, mais gorda?
Pac: eu acho doutora, mas disse que eu (?) não sei o quê...
Méd: e tá muito tempo com esta dor né?
Pac: (?) de uns dias pra cá, ela aumentou mais...
Méd: quinze dias?
Pac: é
Méd: tomou alguma medicação em casa para essa dor?
Pac: eu tomo dipirona
Méd: melhora só com dipirona?
Pac: às vezes passa um pouquinho, às vezes não passa...
Méd: a senhora pega muito peso?
Pac: pego, porque quando às vezes (?)
Méd: levar água?
Pac: com balde...
Méd: pega balde de água, pega?
Pac: pego
Méd: e sempre pega de que lado?
Pac: pego muito desse lado, né?
Méd: certo
Pac: (?) nem pra levantar eu posso
Méd: (?) seus exames é?
Pac: (?) eu esqueci de (?)
Méd: aqui? janeiro, é o de janeiro este, né? esse é da tireoide... tá normal... tá normal viu? não tem nenhuma alteração no da senhora não, tem problema na tireoide não viu
Pac: sim senhora
Méd: a urina tá ardendo?
Pac: tá não
Méd: tá não né? eu vou passar um remediozinho para esta dor na coluna que a senhora sente, a senhora pode comprar? ou prefere medicação do posto?
Pac: doutora, se não for muito caro né?
Méd: a medicação no posto que a gente tem é só o diclofenaco
Pac: mas (esse aí) é muito caro é?
Méd: não é muito caro não, eu posso passar os dois, aí se a senhora se puder, compra, se não puder pega o diclofenaco do posto, tá certo?
Pac: tá certo doutora
Méd: na mesma receitinha eu vou botar os dois, tá certo?
Pac: tá
Méd: o que... se a senhora for comprar, a senhora vai tomar um de manhã, e um de noite, tá certo?
Pac: tá certo
Méd: enquanto tiver sentindo dor, agora se a senhora for pegar o diclofenaco, aqui no posto, a senhora pode tomar, até, um de manhã, um de tarde e um de noite
Pac: tá bom (aqui mesmo tem, né)?
Méd: veja se tem, se não tiver aqui, a senhora tenta na maternidade, ou em outro posto

Pac: tá certo
 Méd: só quando tiver sentindo dor, tá certo? entendeu direitinho dona *****?
 Pac: entendi doutora
 Méd: pronto
 Pac: muito obrigado,
 Méd: de nada
 Pac: e um bom fim de semana pra senhora
 Méd: (obrigada) também
 Pac: (o próximo vem) agora?
 Méd: vem pode chamar o próximo

Fim da consulta: 1:40:42

Consulta 11
 Homem
 Início da consulta: 1:40:54

Pac: bom dia
 Méd: bom dia

(a médica fala com a auxiliar, sobre um outro paciente e alguns exames que ela precisa conferir)

.....
 Méd: é seu ***** , né?
 Pac: é, o problema é o mau cheiro na urina
 Méd: na urina
 Pac: é é, olhe!
 Méd: quantos anos o senhor tem seu *****?
 Pac: eu tenho sessenta e oito, o pessoal lá em casa tá tudo nervoso
 Méd: setenta e oito?
 Pac: é meia oito... meia sete
 Méd: ah, sessenta e sete?
 Pac: meia...
 Méd: meia sete, né?
 Pac: é
 Méd: o senhor tem pressão alta?
 Pac: tenho pressão alta...
 Méd: toma remédio? toma remédio para pressão?
 Pac: tomo
 Méd: é diabético?
 Pac: não
 Méd: seu problema é com a urina é?
 Pac: é, é o mau cheiro da urina, e sinto assim... com uma dor (puxada)
 Méd: desde quando que está com esta urina... esta urina com o mau cheiro?
 Pac: há muito tempo, eu faço exame não acusa nada
 Méd: fez dois foi? ah não, é o mesmo, né?
 Pac: é o mesmo, fizeram dois exames
 Méd: é, tem dois exames aqui de urina, os dois são sumários... é por seus exames não tem infecção urinária não, agora o que a gente pode pedir é um outro exame, que chama-se urocultura, para a gente ver se tem algum tipo de bactéria que esteja na sua urina, e que não é detectado nesses exames, entendeu? não tá ardendo?
 Pac: como é?
 Méd: não tá ardendo não, né?
 Pac: tenho... tenho umas dorzinhas, que é por (?)
 Méd: mas arde a urina? sente dor, quando vai urinar?
 Pac: não, não
 Méd: não sente não?
 Pac: é, somente uma dorzinha pequena
 Méd: e o cheiro, então o senhor tá percebendo que tá muito forte é? o cheiro da urina que tá muito forte...
 Pac: o mau cheiro...

Méd: o mau cheiro né? eu vou pedir um outro exame pro senhor, que é pra ver se por acaso tem alguma bactéria na sua urina, tá certo?

Pac: tá certo

Méd: tá certo, mas esse aqui, o sumário, tá normal, tá certo?

Pac: tá tudo normal

Méd: tá, tá tudo normal...

Pac: problema (tem)...

Méd: ah, seu *****, esses dois exames que o senhor tá me mostrando, os dois sumários de urinas, um deles deu normal, um é do senhor e o outro é de *****?

Pac: ah, é de ***** , ela me deu os dois...

Méd: quem é *****?

Pac: me deu os dois, me deu os dois, é minha esposa...

Méd: ah, é então por isso, mas o dela também deu normal

Pac: o dela deu normal...

Méd: deu, não é porque o senhor fez dois não, agora que eu vi, viu?

Pac: ela... (tava fechado)

Méd: tava fechado, né?

Pac: é, é

Méd: é, um do senhor e um da sua esposa,

Pac: de *****

Méd: é ***** ***** ***** , não é? eu vou pedir uma urocultura, viu?

Pac: certo

Méd: pronto, guarde, esse aqui é o do senhor, essa aqui é a solicitação, quando estiver pronta, aí o senhor volta pra mim, porque esse aí tá normal

Pac: a senhora não vai passar medicamento, não?

Méd: não, eu só vou passar o remédio, se os outros exames que o senhor me trouxer der alguma alteração, porque esse tá normal

Pac: tá certo, obrigado

Méd: de nada, até a próxima

Fim da consulta: 1:45:44

Consulta 12

Homem

Início da consulta: 1:45:58

Méd: opa! Não consegue entrar não, né?

Pac: ***** ***** *****

Méd: ***** ***** ***** , lembro, acho que a cadeira de rodas não consegue não, né?

Pac: não...

Méd: eu vou aí, se preocupe não, a porta é menor né?

Pac: os exames...

Méd: é os exames, né?

Pac: é sim senhora

Méd: certo, tô dando uma olhada viu, seu *****?

Pac: tá certo... o que tiver a senhora me diga

Méd: oi?

Pac: (o paciente fala com a médica da porta do consultório, por não poder entrar na sala, já que a porta é mais estreita que a largura a cadeira de rodas) - o que tiver aí a senhora me diga

Méd: pronto, vou olhar agora viu? Deixe eu pegar o seu prontuário, só um segundo... a urina tá ardendo?

Pac: o quê?

Méd: a urina tá ardendo?

Pac: a urina?

Méd: sim

Pac: sempre arde

Méd: sempre arde?

(a médica fala com um dos funcionários do posto)

Méd: oh ***** , vê se tu consegue colocar pra cá... acho que não entra não por causa da porta né?

Funcionário: peraí, olha o pé...

Méd: é a roda, né? que não entra?

Funcionário: (?) tira a mão, tira a mão, devagarzinho a gente

Méd: olha aí, tá passando... pronto... tá ótimo, aí daqui a pouco tu vem pegar

Funcionário: tá...

Méd: chegasse a fazer aquele outro exame? que a gente pediu, que ainda tava precisando da documentação? o daquele papel que era maior, que tu tava sem documento, que precisava preencher, tu lembra?

Pac: lembro, sim

Méd: chegasse a fazer?

Pac: que (tipo)?

Méd: o do HIV?

Pac: fiz (?)

Méd: deu negativo?

Pac: negativo

Méd: tá com ele aí?

Pac: não

Méd: já recebeu, né?

Pac: (?)

Méd: oi?

Pac: tá guardado lá em casa de uma colega... de um colega meu...

Méd: porque no dia que eu pedi este, pediu o outro também, não foi? quando tu puder traz pra mim, porque a gente já deixa no teu prontuário, se possível, tá certo?

Pac: tem alguma coisa aí?

Méd: vamos conversar sobre isso, não tem diabetes, as taxas de colesterol, triglicerídeos, taxas de gordura de massa no sangue também tá normal, não tem anemia, não tem sinal de infecção, o de urina também normal, não tem infecção de nada, agora o de fezes deu alteração, uma delas eu vou... a gente pode passar comprimido, que é uma dose única, só que deu dois tipos de vermes, no teu exame de fezes, um foi aquele schistosoma, que é aquela doença que a gente pega no rio, com o caramujo, na água, que a gente precisa, além de tratar, de dar a medicação, a gente precisa notificar, o que é notificar? é preencher um formulário com o teu nome e te dar a medicação, porque quando tem este tipo de vermezinho, precisa ser, é... precisa entrar em contato com ***** que é da epidemiologia, que é para ela passar a medicação para este verme que é específico, que é o schistosoma, já ouviu falar, já conhece né?

Pac: (?)

Méd: não, câncer a gente não vê nestes exames não, tá certo? câncer a gente não vê em exames de urina, de fezes não... tem vários tipos de cânceres, câncer de pulmão, câncer de fígado, câncer de estômago, tem vários tipos de câncer... quando tem alguma queixa, algum tipo de alteração, a gente pode investigar, mas não é os resultado desses exames (que a gente coletou) que vai ver câncer não, tá certo?

Pac: (tem que tirar sangue de novo para fazer exame)?

Méd: não, não é sangue... câncer não se vê... só através do exame de sangue, alguns vê, alguns específicos que é o (?) tem alguns tipos de exames que vê, mas não é só o exame de sangue que vê, entendeste? às vezes se tiver alguma mancha, tem que fazer endoscopia, fazer ultrassom, fazer alguma coisa, dependendo da queixa, não é só o exame de sangue não

Pac: (o que eu fiz não deu nada?)

Méd: oi?

Pac: (?)

Méd: não teve nada não, né?

Pac: (?)

Méd: tirou não foi?

Pac: tava meio ruim... (?) no outro (?)

Méd: mas como é que te chamam mesmo?

Pac: ***** (o paciente indica um nome feminino)

Méd: de *****, né? mas teu nome de registro é *****?

Pac: ***** *****

Méd: ***** ***** , certo... eu já tô fazendo viu... tu és da área de ***** , né?

Pac: é (?)

Méd: de qual? de qual? de fezes?

Pac: (sim)

Méd: não, a gente só vai passar uma medicação

Pac: (?)

Méd: oi? é verdade, é parecida né?
Pac: é... (?)
Méd: é mesmo?
Pac: (?) é diferente, meu trabalho...
Méd: tu fazes o quê?
Pac: trabalho com magia
Méd: trabalha com magia?... aqui mesmo em *****?
Pac: (?)
Méd: tudo isto? de todo canto?
Pac: de todo canto...
Méd: fazendo magia?
Pac: (?)
Méd: oi?, ah entendi, eles te chamam como, ***** (nome masculino) ou de ***** (nome feminino)?
Pac: ***** (nome feminino)
Méd: de *****?, vê só ***** , essa medicação que a gente vai te dar agora, que é um comprimido de dose única, tu vai pegar aqui no posto, o outro comprimido que é para o schistosoma, eu não tenho como te dar agora, porque a gente precisa pedir para o Estado mandar para a gente, depois da notificação, tu entendesse? então tu vais ficar com esse aqui, é a receita, e o teu resultado do exame, certo? e segunda-feira, eu vou pedir para ***** ou então para a enfermeira ***** já fazer a notificação e pedir seu comprimido para o schistosoma, entendido?
Pac: eu vou receber o comprimido agora, tomar agora ou tomar em casa?
Méd: como? não entendi
Pac: posso tomar agora?
Méd: pode tomar agora, ou em casa se você quiser
Pac: ô doutora e o resguardo desse aqui?
Méd: o quê?
Pac: o resguardo
Méd: não tem... resguardo, você falou? o que é descanso, é?
Pac: não (?)
Méd: não, não tem problema não, porque é um comprimido só, é dose única, pra esse verme, agora o outro que tu vai tomar e tem mais comprimidos, aí tu vai ter que ficar de observação, pra vê se tem alguma mal estar, de vômito, de enjoos, entendesse? mas este não tem como te dar agora, a gente tem que notificar para o estado mandar pra gente, entendesse direitinho? pronto... agora se você puder traga o resultado HIV, para eu botar na sua ficha, entendeu *****? deixa eu chamar o rapaz para puxar tua cadeira de rodas, tá?
Méd: (falando para o funcionário): ***** tá aí?
Funcionário: tá não
Méd: (falando para o paciente) eu mando por ela, tá certo?
Pac: (?)
Méd: eu mando

Fim da consulta: 1:55:35

(a médica fala com a atendente)

Consulta 13

Início da consulta: 1:58:25

Mulher

Pac: bom dia

Méd: bom dia senhora, a senhora fecha a porta? é dona ***** , né?

Pac: é...

Méd: sente um pouquinho... ***** ** *

Pac: é, é

Méd: qual é a idade da senhora?

Pac: eu vou fazer sessenta anos (eu não sei nem quando é que faz)

Méd: a senhora teve aqui quando, mesmo?

Pac: (e eu não sei não minha filha)

Méd: faz um tempinho, né?

Pac: é...

Méd: eu lhe vi agora pouco?

Pac: hum?

Méd: eu lhe vi agora pouco, um dia desses? foi alguma visita na casa?

Pac: não

Méd: foi aqui mesmo no posto, que a senhora veio a última vez, não foi?

Pac: foi

Méd: veio trazer os exames hoje?

Pac: foi

Méd: foi pro ginecologista?

Pac: hum?

Méd: foi pro ginecologista?

Pac: fui

Méd: a senhora fez aquele exame de escarro?

Pac: fiz, trouxe pra senhora

Méd: pois é, é por isso que eu (?) deixe eu ver se tem outra ficha a, porque o último atendimento da senhora foi em novembro... deixe eu ver... foi negativo, não foi?

Pac: foi

Méd: ah, tá aqui, foi agora em fevereiro... por isso que eu digo... oxente eu lembro, porque não estavam juntas as fichas, mas está o atendimento viu?... ***** *****, é?

Pac: é

Méd: só um segundo viu, foi negativo, não foi? e aquela coceirinha que estava nas costas?

Pac: (?) ainda coça...

Méd: mas tomou o remédio?

Pac: tomei

Méd: o comprimido?

Pac: tomei

Méd: eram quantos comprimidos?

Pac: dois

Méd: muito bem, tomou não foi?

Pac: foi

Méd: a ultrassom da senhora deu pedra na vesícula, a senhora já sabia que tinha?

Pac: sabia

Méd: pedra na vesícula tem que operar...

Pac: não existe remédio, não?

Méd: não... aí, eu vou ter que encaminhá-la já para o cirurgião, tá certo? pra ir fazer os exames pré-operatórios

Pac: eu já fiz tantos exames pra me operar, mas por causa dessa tosse eu não operei

Méd: ah, foi?

Pac: foi... já fui pras clínicas (?) eu fiz exames, que quando...

Méd: eu lembro que a senhora tava com tosse, a gente passou antibiótico, não foi?

Pac: foi

Méd: tomou aquele xarope, que é um pozinho que dissolve na água?

Pac: não, aquele não... que quando eu fui entregar, a doutora lá disse que eu não podia, por causa que deu sopro no coração, eu tome remédio pra isso, aí fui pra o doutor *****, o cirurgião, ele disse que não podia operar por causa da tosse

Méd: um dos exames que precisa para se operar é o exame de coração, e o médico do coração precisa liberar a senhora para a cirurgia

Pac: eu tenho...

Méd: aí se tiver algum tipo de sopro que não seja, tão ... tão grande, ele opera, ele libera sem problema para operar, mas a senhora tá com tosse?

Pac: continuo essa semana eu (?) aí eu começo... (paciente simula sua tosse, demonstrando para a médica o tipo de sua tosse)

Méd: esse antibiótico que a senhora tomou, foi aquele que é um só todo dia?

Pac: virgem Maria, eu nem me lembro

Méd: lembra não?

Pac: lembro não

Méd: lembra não, né? respire e solte (levante) um pouquinho a camisa... respire e solte... de novo... a senhora já trouxe o raio x do pulmão? O raio x de tórax? trouxe? Trouxe, não foi?

Pac: trouxe

Méd: trouxe, foi em outubro que a senhora trouxe, aí tava com a tosse a gente passou antibiótico, não é isso?
Pac: é
Méd: e a senhora continua com tosse?
Pac: continuo, e essa semana, foi que ela repitiu...
Méd: e tem catarro dona *****?
Pac: tem catarro
Méd: febre?
Pac: não, eu não sinto febre não
Méd: perdeu peso?
Pac: eu não sei, porque eu não pesei mais...
Méd: de noite tem muito suor, quando chega o final de tarde, de noite?
Pac: (?) suor de noite, por causa do calor...
Méd: mas, sua normal, né?
Pac: é, é...
Méd: não é aquele suor intenso não, né?
Pac: não
Méd: eu vou encaminhar a senhora para um pneumologista tá certo? porque a gente já fez a baciloscopia, já fez o raio x, já (tivemos) os antibióticos e a senhora ainda refere que ainda tem tosse, não é isso? e pra operar, só com o cirurgião viu? quando a senhora for para o pneumologista, a senhora leve os exames, ainda tem em casa?
Pac: tenho
Méd: o raio x, o exame de escarro?
Pac: o raio x eu não guardei não
Méd: guardou não?
Pac: não
Méd: mas, eu só vou solicitar um, porque quando for para ele, a senhora já leva, pode ser?
Pac: é
Méd: aqui é o raio x... vou passar um xarope viu? se não tiver aqui, a senhora veja se na maternidade tem, viu?
Pac: tá certo
Méd: oi?
Pac: tá certo
Méd: aí a senhora vai tomar um copinho de dez ml de manhã e de noite, e vou encaminhar pra um cirurgião viu? esse exame é da senhora... pronto, e esse aqui é da cirurgia, tá certo?
Pac: tá certo
Méd: qualquer coisa a senhora volta dona *****
Pac: tá certo
Méd: até a próxima

Fim da consulta: 2:07:31

Consulta 14
mulher

Início da consulta: 2:07:43

Pac: bom dia doutora

Méd: bom dia

Pac: eu tô querendo falar com a senhora, que eu tô com muita tpm (?)

Méd: se chegasse, ela tava logo cedo, logo de manhã, assim que eu cheguei no posto, logo cedo

Pac: é aquela dor (...)

Méd: mas, tu chegasse a ir para a maternidade hoje?

Pac: eu fui ontem, o doutor disse olhe, tome este soro e procure a médica do seu posto, que isso não é nada (demais) não

Méd: mas, tu vomita... como é o teu nome?

Pac: ***** ***** *****

Méd: ***** , ***** tu vomitaste quantas vezes hoje?

Pac: olhe doutora, umas três vezes...

Méd: três?

Pac: eu não tô comendo nadinha, olhe minha barriga...

Méd: quantos anos *****?

Pac: trinta e um

Méd: tu vomitasse três vezes hoje? e a diarreia?

Pac: é aquela água...

Méd: é líquida mesmo? água

Pac: aquela água (quente)

Méd: e tem sangue?

Pac: não

Méd: nas fezes? e tais há quanto tempo? com essa diarreia?

Pac: desde segunda-feira

Méd: comesse alguma coisa diferente?

Pac: eu tenho comido uma macarronada com fígado verde

Méd: alguém que comeu teve diarreia também e vômito?

Pac: não...

Méd: não...

Pac: só eu

Méd: só você... vê só... aqui no posto a gente não tem... só como tratar o teu vômito e a tua diarreia com medicação oral e se a gente der só medicação oral, pela boca, tu vai colocar para fora, se ficar vomitando, o que precisa realmente, nesses casos, é ir na maternidade, porque você vai receber uma hidratação venosa, na veia, tomar um sorinho, tomar uma medicação para passar os teus vômitos, para você conseguir comer e tomar água com mais facilidade, entendeu? não tem como a gente fazer medicação injetável no posto, no posto a única medicação injetável que sai é vacina

Pac: ô doutora, e não tem como a senhora passar remédio de fezes... de vermes para mim não?

Méd: o mais importante agora não é o remédio de verme, até mesmo porque pra gente passar o remédio de verme, a gente tem que saber qual é o verme que tem, porque tem vários tipos de medicação para remédio de verme, entendeu?

Pac: mas, assim, às vezes eu tomo sem...

Méd: você pode tomar, agora não vai resolver os seus vômitos e sua diarreia

Pac: não, mas quando parar a diarreia, eu vou tomar

Méd: aí tu tem que fazer o exame de fezes, para a gente identificar qual é, porque quando a gente passa aqueles... mebendazol, (?) é para vários tipos de vermes, mas não vai pegar outros, então não vai resolver o teu problema, entendeu? se você tiver uma ameba, uma coisa, esse remédio não vai resolver, tu tem que fazer o teu exame de fezes, quando já estiver boa da diarreia, quando tiver com as fezes um pouquinho mais dura, porque não adianta fazer com a diarreia, rala, líquida, entendeu? agora o mais importante para você ***** é ir na maternidade para ser atendida e medicada lá, toda paciente com diarreia e vômito tem que ir para a maternidade, quando passar esta fase mais crítica, aí tu vem pra mim, para a gente fazer os exames, investigar, ver se houve melhora ou não, entendeu?

Pac: ô doutora e meu menino também, tá vomitando, ele vomita só de manhã, de manhã...

Méd: tu dissesse que não tinha ninguém vomitando, que era só tu

Pac: não, mas na minha casa, da macarronada ele não comeu não, ele ta vomitando, toda de manhã, veja se a senhora pode passar um remédio para ele, ele vomita toda de manhã...

Méd: era interessante você trazer o seu menino... segura aqui ***** por favor Pac: o médico disse que era verme

Méd: mas, você precisa trazer para a gente examinar, né? (?) uma amebazinha, porque se for outra ameba, não vai pra justificar o vômito? é preciso a gente examinar, pra ver se tá bem tratado, ver a barriguinha, entendeu? tu não pode trazer ele não? sexta-feira pra mim?

Pac: não vai passar... porque fica muita correria pra senhora, não dá pra passar um remédio não?

Méd: qual o peso dele?

Pac: vinte e um

Méd: eu vou passar um remédio para essa ameba

Pac: amanhã à tarde, eu vou para maternidade...

Méd: agora, eu preciso vê-lo, não é bom a gente tá passando remédio sem ver o paciente, qual é a idade dele?

Pac: seis anos

Méd: falou vinte foi?

Pac: vinte e um

Méd: seis anos né? tu vai dar assim (ou em L) metade de um copinho de manhã e de noite, por sete dias, uma semana, tá certo? agora, vê se vai na maternidade agora...

Pac: eu vou agora doutora

Méd: até mais viu
Pac: fique com Deus

Fim da consulta: 2:12:56

Consulta 15 (mulher) e paciente 16 (mulher)
Início da consulta: 2:13:06

Pac: tudo bom?
Méd: tudo bom
Pac: (?)
Méd: vai pegar?
Pac: vou, é pertinho
Méd: é ***** ***** ***** né?
Acompanhante da pac: é... (ela sofre dos nervos)
Méd: qual é a idade dela?
Pac: (?)
Méd: ***** ***** ***** é você?
Pac: é
Méd: qual a tua idade?
Pac: quarenta e oito
Méd: tu és hipertensa ou diabética?
Pac: não
Méd: conseguiu fazer a dieta direitinho, conseguiu?
Pac: (?)
Méd: ah? eu não acredito
Pac: parece mentira, mas é verdade
Méd: deu um pouquinho alterado, não foi?
Pac: será doutora, (?) essa daqui é uma... é uma prevenção que fiz e essa é uma mamografia que eu fiz também...
Méd: certo, agora vamos começar por esse...
Acompanhante da pac: eu não tô vendo (é nada) aqui
Méd: tá com corrimento tá?
Pac: não
Méd: essa prevenção, que tu fizesse no Hospital do Câncer, não foi?
Pac: foi
Méd: deu uma bacteriazinha que a gente precisa passar medicação tá certo? mas, não deu nada de câncer, alguma coisa desse tipo não viu
Pac: chega de câncer na família, né?
Méd: tem gente que tem câncer na família é?
Pac: olhe, já quatro com as minhas irmã... aí eu faço logo tudo, sabe?
Méd: ahan
Pac: eu faço de seis em seis meses...
Méd: vamos ver esse aqui agora, ***** ***** ***** , melhorou viu, não sei como, né?
Pac: mas, eu sempre dou uma paradinha...
Méd: melhorou, a gente não tinha começado o remédio naquela época, porque pediu para fazer dieta, caminhada para ver se melhorava, não é?, mas melhorou, por enquanto não precisa de remédio ainda não... vamos ver esse outro...
Acompanhante da pac: preocupada com essa tosse, sabe?
Méd: certo... segure aí o plástico (alguém bate na porta)
Méd: oi, é a filha né?
Pac: é a correria meu Deus
Méd: sente um pouquinho, pelo menos descansa, veio correndo foi?
Pac: é aqui pertinho...
Méd: veio normal viu
Pac: graças a Deus
Méd: normal
Pac: agora eu vou emagrecer mais, tô trabalhando muito... aí (eu vou) emagrecer mesmo
Méd: vá segurando aí, viu? tudo direitinho

Pac: tava morrendo de medo de (abrir)
Méd: oi?
Pac: tava morrendo de medo de (abrir)
Méd: tava? mas, tá de parabéns, as taxas melhoraram, agora a gente precisa passar uma medicação para aquela, da prevenção, para aquela alteraçãozinha que deu no teu exame de prevenção, mas são dois comprimidos em dose única, tá certo?
Pac: eu tomo mesmo, eu tô azeda de tomar tanto remédio...
Pac: passe dipirona para mim, viu doutora
Méd: dois comprimidos em dose única, viu
Pac: certo
Acompanhante da pac: você pode ficar calma, viu?
Méd: tava com medo foi?
Pac 1: eu tava preocupada também
Méd: mas, foi direitinho viu, deu normal, até as taxas melhoraram, agora cuidado com a dieta, ta bem?

(médica atende a chamada do celular, aos 2:18:19)
(a médica volta a atender a paciente aos 2:21:43)
Méd: desculpa viu senhora
Pac: nada, tudo bem
Méd: meu marido, que ele está no banco, resolvendo um negócio, tive que atender... veja, aqui tem o de dose única, tá certo, o de dose única e o outro e o dipirona... agora vamos ver essa moça... é *****?
Paciente 2: é *****
Méd: ***** *****? qual a idade dela?
Acompanhante da pac: onze anos
Méd: vai mostrar os exames hoje? é a primeira vez que vem para mim? ela?
Acompanhante da pac: ela é
Méd: hemoglobina normal, tá certo, tá treze, tá normal, não tem anemia, não tem também sinal de infecção
Pac: (?)
Méd: esse aí é o de sangue... se alimenta bem?
Pac 1: se alimenta
Méd: o de fezes deu dois tipos de vermes, você vai precisar tratar viu? qual o peso dela?
Acompanhante da pac: quarenta e seis
Méd: quarenta e seis, já? já é peso de adulto... urina... normal
Pac: (é rapadura)
Méd: oi?
Acompanhante da pac: eu tô dizendo que é a rapadura, ela gosta muito de rapadura
Méd: olhe aqui o remedinho dela... um é um comprimido só, dose única viu?
Pac 2: esse tem gosto de biscoito
Acompanhante da pac: já conhece
Méd: oi?
Acompanhante da pac: já conhece o comprimido, tá dizendo que é gosto de biscoito
Méd: é bom com biscoito?
Pac 2: tem gosto de biscoito
Méd: ah, tem gosto de biscoito...
Acompanhante da pac: ela já tomou, (?)
Méd: tem o outro... o outro é um de manhã e o um de noite, por sete dias
Pac 1: pedir para ela colocar na receita um... diclaf... diclofenaco
Méd: mas, tá sentindo alguma coisa, tá? para tomar o diclofenaco?
Pac 1: sinto dor nas costas
Méd: porque o diclofenaco a gente passa quando as dores são muito intensas...
Pac 1: é, eu sei
Méd: porque diclofenaco não pode ser tomado de todo jeito não...
Pac 1: eu só tomo assim, quando (?)
Méd: esse aqui é o dela
Acompanhante da pac: (rapadura) (risos)
Méd: pronto
Acompanhante da pac: antes de (?) de *****
Méd: é outra filha é?
Acompanhante da pac: é outra filha

Méd: deixe eu pegar no prontuário dela
 Acompanhante da pac: esse remédio de manhã e de noite, é (antes da refeição ou depois)?
 Méd: tanto faz... ***** é?
 Pac: *****
 Méd: vou pegar o prontuário dela, viu? ***** ***** ***** , é?
 Acompanhante da pac: é
 Méd: qual a idade dela?
 Acompanhante da pac: (doze)
 Méd: não tem anemia, não tem também infecção, deu um vermezinho, que a gente precisa tratar, mas só precisa de uma dose única, viu?
 Acompanhante da pac: é muita coisa doce também
 Méd: o de urina tá normal
 (a acompanhante fala com a Pac 2): eu sei o que vou fazer, não vou comprar mais rapadura lá pra casa...
 Pac 2: daquela não...
 Acompanhante da pac: não vou comprar mais nenhuma a partir de hoje... essa é uma boquinha nervosa...
 Méd: come direitinho ela, é?
 Pac 2: come (...)
 Méd: o bom é que é magrinha né?
 Pac: (quem) é magrinha, essa?
 Méd: sim... assim, normal, que come muito para não ficar...
 Acompanhante da pac: a mais velha é mais magra do que ela
 Méd: é? pronto... aí o dela é dose única, tá certo?
 Acompanhante da pac: ta... vamos embora...
 Méd: até mais

Fim da consulta: 2:28:31

(a médica conversa com alguém do posto sobre um dos pacientes)

Consulta 17

Mulher

Início da consulta: 2:30:43

(filha da pac): bom dia

Méd: bom dia

Pac: bom dia doutora

Méd: bom dia, sente um pouquinho, tá aí com a fichinha? pronto... é ***** ** ***** ***** ***** , né?

Pac: é

Méd: qual a idade da senhora?

Pac: é quarenta e oito

Filha da paciente: quarenta e seis não mainha?

Pac: é quarenta e seis, é

Méd: em que é que eu posso ajudá-la? a última vez... eu fui na casa da senhora uma vez, não foi?

Pac: foi, eu gostei muito da senhora

Méd: ô que bom! Muito obrigada

Filha da paciente: o problema dela doutora, eu acredito que é rins, porque há uns meses atrás, ela estava do mesmo jeito, com a barriga...

Méd: e essa barriga?

Filha da paciente: inchada

Pac: inchada

Filha da paciente: a barriga inchada e um lado tá mais alto do que o outro...

Pac: e dura...

Filha da paciente: aí, a gente foi levar ela para a emergência...

Pac: e toda tarde tenho febre

Méd: agora quando eu fui lá a senhora tava com a pressão bem alta, não foi?

Pac: foi...

Méd: aferiram a pressão da senhora hoje?

Filha da paciente: tava (doze por oito)

Méd: e tá tomando o que para pressão?

Pac: eu tô tomando aquele remédio que a senhora passou

Méd: qual foi?

Pac: (?)

Filha da pac: (?)

Méd: eu não tenho aqui não, não trouxe não para eu ver?

Filha da paciente: trouxe não, que acabou e a gente vai comprar (outro)

Pac: trouxe não, se acabou hoje e eu (?)

Filha da pac: mas não tava lá não

Méd: toda vez que vier, tem que trazer a medicação, toda vez, mesmo que traga a caixinha para a gente ver, é bom trazer, tá certo? e essa barriga, vamos deitar ali para dar uma olhada... e esse tremorzinho, a senhora sempre tem este tremor?

Pac: não sei doutora o que é isso

Filha da paciente: ela não tinha, depois que a irmã dela faleceu... que viu, ela ficou assim

Méd: há quanto tempo?

Filha da paciente: há quanto tempo que madrinha faleceu? faz... faz um tempinho bom já... mais de dois anos

Pac: faz mais

Filha da pac: faz uns quatro anos

Méd: tem que ficar...

Filha da paciente: faz quase uns seis anos

Méd: seis anos?

Pac: tem dias que ta mais viu?

Filha da paciente: quando ela fica aperreada, que a pressão tá alta, ela fica mais

Pac: eu fico assim, olhe...

Méd: venha pra cá venha

Filha da paciente: eu acho que é problema de nervos, que ela é muito nervosa

Méd: ela é um pouquinho (?) né?

Filha da pac: a (?)

Méd: (?) bote a perna pra cá

Filha da paciente: (?)

Méd: vai ter que levantar o vestido para dar uma olhadinha na barriga, tá certo? a porta tá fechada viu, não se preocupe

Filha da pac: aí, ele falou que o triglicérideo dela tava muito alterado, por conta da diabete que tava muito alta

Méd: ela é diabética também, é?

Pac: aí passou um remédio para diabete, e depois (?) não foi mainha? E eu acho que é (?) novamente, que ela sente muita dor e tá muito inchada.

Méd: comeu hoje?

Pac: comi

Méd: essa cirurgia aí, é de (?)?

Pac: foi de (baço)

Filha da paciente: é de baço

Méd: de quê?

Filha da pac: *paço*

Méd: baço? Certo, tirou o baço, foi?

Pac: foi

Méd: e por que tirou o baço?

Pac: porque tava doente

Filha da pac: da schistosoma

Méd: schistosoma, pronto... vamos dar uma olhada nessa barriga, né?

Pac: é

(Filha e paciente conversam entre si)

Méd: se doer me avise, viu?

Pac: tá

Méd: eu vou tocar... aqui dói?... dói?

Pac e méd: (?)

Méd: mas, não se aperreie não, respire fundo, já fica nervosa, né? Respire, olhe, eu só vou tocar a barriga, não vou fazer mais nada, respire só, não precisa ter pressa, não precisa de aperreio, tá certo?

Pac: ta doído...

Méd: aqui em baixo? certo, deixe dar uma olhadinha... aqui dói?

Pac: um pouquinho

Méd: dói? Quanto tempo faz a cirurgia que tu falou
Pac e filha da pac: (?)
Filha da pac: nove anos
Méd: pronto, pode virar, pode levantar... tu faz um favor pra mim? tua mãe comeu alguma coisa hoje? a senhora comeu alguma coisa hoje?
Pac: comi hoje um pão e meio e um copo de leite
Méd: peça para ***** trazer (?) pra mim, pra furar o dedinho, pra ver como tá o açúcar, certo?
Pac: tá certo
Méd: esperar ela, viu?
Pac: ta certo, a pessoa diabética não pode chupar laranja não é doutora:
Méd: alguns alimentos têm que ser evitados...
(entra a atendente e confirma algo com a médica)
Atendente: esse exame é? Que a senhora pediu? A máquina não está perfeita não
Méd: não tão não a (?)?
Atendente: (?) tentou consertar aqui, mas...
Méd: ah, essa é de dois mil e cinco, esse já faz cinco anos, mais de cinco anos
Funcionário do posto: (?)
Méd: mas não tem o que eu pedi recente não
Funcionário do posto: não, não tem não, é só esse mesmo
Méd: porque eu dei um pra ele fazer, então acho que ele não fez, esse é de dois mil e cinco
Funcionário: (?)
Méd: acho que dei... acho que eu pedi, mas qualquer coisa peça para falar com ***** que é agente de saúde
Méd para a paciente: a máquina tá sem fazer, né? eu vou pedir para fazer exame de sangue normal, tá certo?... a pressão hoje tá bem melhor, né?
Pac: tá
Méd: eu vou pedir a ultrassom da barriga dela, tá certo? para a gente ver se tem alteração, porque a barriga tá muito grande, tá com líquido, ela tá sentido dor, então a gente precisa tratar, tá bom? sem nervosismo
Filha da pac: (?) é só uma besteirinha, né? Eu trouxe também o exame de prevenção dela
Méd: vamos ver... tá com algum corrimento, alguma coisa?
Pac: nada
Méd: deu normal, viu? só deu um pouquinho de inflamação, mas não deu nenhuma bactéria, não deu câncer, nada disso não viu?
Pac: certo
Méd: deu tudo direitinho
Pac: graças a Deus
Méd: eu vou pedir outro exame de sangue dela e uma ultrassom, tá certo? Só se... esse tremor pode ser pela ansiedade, que ela fica nervosa, a gente precisa observar, se piorar a gente tem que mandar ou para um (...) ou começar a medicação... mas sua pressão tá ótima, tá bem direitinho, em comparação com daquela vez, não foi?
Filha da paciente: tá
Pac: foi
Méd: pronto, (guarde para) o exame de sangue, viu? vou pedir o de fezes também, o de fezes eu vou pedir o seriado, viu? que é aquele que são três amostras, tá certo? tente fazer na maternidade, para não gastar viu?
Pac: certo
Méd: vou pedir agora a ultrassom... a ultrassom do abdome total, vai fazer lá na maternidade, agora tem que ver qual é o dia que estão marcando, para marcar viu, eu não vou passar nenhuma medicação para ela agora, vou esperar o resultado dos exames
filha da pac: (?)
Méd: tem que saber... primeiro para saber, tá certo? e aqui é ultrassom, ok? quando tiver os resultados dos exames aí volta pra mim
filha da pac: e a prevenção (?)?
Méd: não, normal, sem nenhuma bactéria, nada de câncer, nada sério, tudo normal, tá bom? até mais
Pac e filha da pac: até mais obrada
Méd: pare de chorar (precisa chorar não)
Pac: (?)
Méd: ta bom

Pac: seja bem feliz de viagem, viu
 Méd: tá bom, obrigada senhora, até a próxima
 Pac: até, chau doutora

fim da consulta: 2:42:54

Consulta 18

mulher

início da consulta: 2:43:04

Pac: bom dia

Méd: bom dia... o nome da senhora *****? *

Pac: ***** *

Méd: qual a idade da senhora?

Pac: cinquenta e quatro

Méd: é a primeira vez que a senhora vem para mim, não é?

Pac: é

Méd: em que é que eu posso ajudá-la?

Pac: é porque (?) quando eu urino fico com muita queimação

Méd: certo, ardor na urina é?

Pac: é

Méd: e está desde quando com a urina ardendo?

Méd: faz um tempo já, eu já fui num médico, num outro médico, já passou remédio, tomou... tomei...

Méd: quanto tempo, mais ou menos? A senhora sabe dizer, dona *****?

Pac: uns (seis) meses já

Méd: e onde é que estão as manchinhas?

Pac: no corpo todo

Méd: vamos dar uma olhada? Onde é? Ah, tem aqui, né? Nas costas

Pac: (?)

Méd: certo... nos braços, nas costas, aqui... no abdome... na barriga, né? A gente vai passar um comprimido tá certo? Para aliviar estas manchas, mas às vezes, não fica boa por completo não, vai ser preciso repetir o tratamento, porque tá com muita mancha, tá certo?

Pac: é...

Méd: eu vou pedir o exame de urina para senhora, viu?

Pac: eu vou pegar este exame, porque faço logo todos (os três) exames...

Méd: certo

Pac: porque às vezes é... pode ser algum micróbio, (pode ser de inseto), pode ser dos cães

Méd: certo

Pac: eu não (gosto) de tá tomando remédio assim... medicamento assim não...

Méd: sem exame, né?

Pac: hum...

Méd: ***** *, né?

Pac: hum... (?)

Méd: já é tarde

Pac: agora só na próxima semana (?) nessa hora

Méd: e eu, que ainda vou para Recife, depois? Estes aqui são os exames, de fezes e de urina, eu vou passar agora a medicação, o comprimido para suas manchas, tá certo?

Pac: uhum... para urina... para urina só depois do exame de urina, né?

Méd: só depois do exame

Pac: (?)

Méd: tome um comprimido por dia, tá certo? Catorze dias, às vezes é necessário repetir o tratamento, aí a senhora percebe se vai haver alguma melhora, viu? Como é muita mancha, provavelmente a gente vai precisar fazer novamente, até mais viu?

Pac: até mais... aí tem não, né?

Méd: é pra ter, se não tiver aqui vá na maternidade que isto é medicação de posto viu?

Fim da consulta: 2:46:13

Consulta 19

Mulher

Início da consulta: 2:46:23

Pac: bom dia

Méd: olá, bom dia, tudo bom?

Pac: tudo bom

Méd: seu nome é?

Pac: ***** ***** *****

Méd: ***** ***** ***** , veio pegar a receitinha, foi?

Pac: não, porque eu queria que a senhora passasse um exame para mim, assim, sabe? De fezes, urina, sangue, glicose, sabe?

Méd: certo, qual a tua idade ***** *****?

Pac: quarenta e... eu vou fazer quarenta e um

Méd: certo

Pac: e também... de vez e quando eu sinto... agora mesmo, aquela dor aqui, quando eu fico bem nervosa, bem nervosa mesmo, aí aquela dor ataca aqui, uma vez eu fiz um exame...

Méd: a ultrassom...

Pac: não acusou nada, fui para outra médica, ela disse que não acusou nada, mas a dor continua

Méd: faz quanto tempo que você fez o exame?

Pac: olha, vai fazer dois anos, viu?

Méd: ah, já faz um tempinho, né?

Pac: é, mas a dor não parou, continua a mesma dor?

Méd: sai algum líquido?

Pac: não

Méd: se eu apertar pelo dedo?

Pac: não

Méd: e pelo outro?

Pac: nadinha

Méd: não tem nenhuma mancha, nem nada, né?

Pac: não, nadinha

Méd: certo

Pac: tudo normal, só sinto aquela dor, lá dentro

Méd: às vezes, essa dor pode ser... pode existir... essa dor... você ainda menstrua?

Pac: não, eu não tenho menstruação... minha menstruação foi-se embora eu tinha trinta anos

Méd: por que tão cedo?

Pac: eu não sei... foi-se embora até a data de hoje...

Méd: trinta anos?

Pac: trinta anos

Méd: tu tem filho?

Pac: tenho quatro

Méd: chegou a ter filho antes, não foi?

Pac: quando eu tive quinze anos, eu tive minha primeira...

Méd: eita! Foi jovem

Pac: aí atrapalhou...

Méd: olha, vou pedir novamente a ultrassom da mama, já faz mais de dois anos que a senhora fez, e vou pedir os exames que a senhora tá querendo, tá certo? de sangue, né?

Pac: é, de sangue, urina, fezes, glicose (?) quando eu fico nervosa mesmo, aí me dá aquela tontura, me dá vontade de vomitar sabe? Dá uma disenteria na hora

Méd: certo, é só quando fica nervosa?

Pac: só quando fico nervosa... mas, também, já faz mais de três anos que eu tive nos (médicos)

Méd: é, tá bom de fazer, né?

Pac: minha... minha... minha prevenção faz uns três anos que eu fiz, eu sou muito relaxada para médicos... sei lá

Méd: prevenção tem que fazer pelo menos uma vez por ano, e se tiver algum problema tem que fazer de seis em seis meses...

Pac: já vai fazer uns três anos...

Méd: aqui tá sem fazer, no posto, a prevenção, porque tava trocando de laboratório e tava demorando muito, mas, se a senhora conseguir fazer particular, a senhora traz que com os resultados desses exames a gente vê tudo junto

Pac: certo, e passou também?

Méd: aqui, esse aqui

Pac: e esse faz aonde?
 Méd: faz aqui na maternidade, agora tem que marcar
 Pac: sei
 Méd: faz, agora tem que marcar
 Pac: de coração também, a senhora botou?
 Méd: não, de coração não precisa, vamos fazer esses daqui primeiro, tá certo? O de sangue, o de fezes, de urina, aí quando tiver os resultados, aí volta pra mim
 Pac: tá certo, agora, (?) a senhora vai passar dipirona? Porque quando a dor me ataca, aí eu tomo
 Méd: certo... teu número foi (quanto)?
 Pac: foi cinco... obrigado, viu?
 Méd: nada, até a próxima
 Pac: até

Fim da consulta: 2:50:07

Consulta 20

Mulher

Início da consulta: 2:50:16

Méd: olá tudo bom?

Pac: tudo bom

Méd: é *****... ***** de quê?

Pac: ***** *****

Méd: ***** , né? Qual é a tua idade mesmo *****?

Pac: treze

Méd: treze né?

Pac: trouxe sua mãe que coisa boa né? O que foi que houve agora?

Mãe da paciente: (?) eu falei pra senhora que ela tava com uma coceira na vagina (?)

Méd: ah, eu lembro, que ela estava menstruada, não foi?

Mãe da pac: quando ela tava menstruada...

Méd: certo, vamos dar uma olhadinha? Tá com a mãe, precisa ver (para passar a) medicação, agora, o que a gente vai fazer agora, vamos deitar aqui? Com uma perna aqui e a outra perna aqui, tire a calcinha...

Mãe da pac: tem que tirar a calcinha...

Pac: olha, e também fica escorrendo um negócio feito um queijo coalho

Méd: a gente vai ver agora... o que a gente vai fazer agora, eu não tenho como colocar o espéculo, porque ela começou vida sexual há pouco tempo, né? E também porque eu tô sem o material, esse material (tem ser esterilizado) (?), uma perninha pra cá, outra pra cá, aí, eu vou dar uma olhadinha assim, por fora, mas aí depois se precisar, aí você vem outro dia, porque (?) venha para cá mãe, venha para perto dela, bote a perninha aqui, viu? E a outra também

Mãe da pac: tem que abrir assim as pernas

Méd: tem que abrir

Mãe da pac: ela tá nervosa

Méd: não vou... não vou colocar nada não, não vou enfiar nada, só vou (botar) por fora, viu? Deixe eu dar uma olhadinha viu meu amor? Fique (tensa) não, abra as pernas, ela tá cheia de marquinhas né?

Mãe da pac: é... umas marquinhas, assim...

Méd: faça força, como se fosse fazer xixi, cocô, mais um pouquinho, agora, eu não vou colocar agora um espéculo viu? Tem que lavar bem, essas marquinhas saem

Mãe da pac: eu disse a ela...

Pac: eu lavo, mas, sei lá (?)

Méd: não tem isso não, não tem isso não... porque geralmente falam daquela história de que (?) não tem isso não... nem se preocupe... pode vestir não tem pressa não

Mãe da pac: eu disse a ela, lavar com sabão amarelo, né?

Méd: lavar com água... com água (?), viu?

Pac: (?)

Méd: oi?

Pac: (?)

Méd: (?)? ah, sim... é branca sempre assim?

Pac: (é)

Méd: coça?

Pac: coça

Méd: eu vou passar... tá usando camisinha?

Pac: tô

Méd: tá, né? Independente de anticoncepcional tem que usar camisinha, lembra que a gente falou sobre isso...

Mãe da pac: tá com a garganta doendo também, ardendo...

Méd: vamos dar uma olhadinha... esse comprimido que eu vou passar é dose única viu? Se por acaso não melhorar com esse comprimido, tem que voltar para a gente, para a gente... examinar viu? Vamos ver a garganta?... "A" bem grandão, "A"... língua pra fora "A", tem que fazer força "A", tá doendo a garganta?

Pac: é aqui em cima, olhe

Méd: em cima não tem sinal de infecção ou pus, coisa desse tipo não, não precisa de remédio por enquanto não, se piorar, a gente precisa ver de novo, porque se tiver pus vai ter que tomar antibiótico, mas agora não... normal, normal, normal viu? Esse comprimido não tem no posto, pode comprar? É um só, só um comprimido

Pac: uhum...

Méd: é um comprimido, dose única tá certo?... agora é lavar, essas marquinhas aqui do lado saem, pegue um espelhinho, pegue um paninho limpo, às vezes tira, lavar bem direitinho, viu? Pronto

*****...*****

Mãe da pac e pac: tchau, obrigado

Méd: de nada

Fim da consulta: 2:55:35

Consulta 21

mulher

Início da consulta: 2:55:42

Méd: olá bom dia... é *****?

Acompanhante do pac: ***** *****

Méd: é a primeira vez que a senhora vem pra mim?

acompanhante do pac: pra senhora, é

Méd: eu já a vi em alguma lugar?

Pac: (?)

Méd: nunca veio pra mim?

Pac: não

Méd: ***** ***** ***** , né? qual é a idade?

Pac: quinze anos

Méd: em que é que eu posso ajudar?

Pac: olhe doutora, eu queria, primeiro, antes de tudo uma requisição para os exames dele, e também... a gente tava vendo uma reportagem na televisão, a semana... faz uma semana mais ou menos, aí tinha um médico falando sobre quem tem manchas nas unhas, aí mostrou um caso assim, de quem tem, se tivesse as unhas todas com essas manchinhas brancas, aí procurasse o (PSF), porque podia vim a ter uma doença dos rins, problema nos rins, aí eu fiquei muito preocupada com isto

Méd: deixe eu ver as mãos

Acompanhante do ac: ele tem, tem nos pés

Méd: é bem... é até grande, né?

Acompanhante do pac: não é?

Méd: e são em todos não é?

Mãe do pac: em todos

Méd: deixe eu ver os pés?

Pac: (?)

Méd: (não tem não)?

Pac: tem não

Méd: certo, tem febre?

Acompanhante do pac: não

Méd: Perda de peso?

Mãe do pac: não

Méd: não... se alimenta bem, se alimenta? junto desses exames que eu vou solicitar, eu já vou solicitar a (função) renal, tá? Tá certo (porque já evita algum problema), eu sinceramente não conheço, qual seria

especificamente essa... essa doença, mas de todo jeito a gente pode solicitar, sem problema nenhum o exame da função renal, tá certo?

Mãe do pac: uhum... aí eu fiquei preocupada com isto, porque na família... na minha não, mas na do meu marido, já teve dois casos de rins e morte, sabe? Aí eu fiquei com medo

Méd: vamos solicitar os exames, tá certo?

Mãe do pac: tá certo

Méd: a senhora é diabética?

Mãe do pac: não

Méd: eu vou pedir as taxas dele, (ta certo?) de açúcar, de colesterol, triglicerídeos, hemograma completo, a função renal, de fezes e urina, tá certo?

Mãe do pac: tá certo

Méd: aí quando tiver os resultados dos exames, aí a senhora volta pra mim, tá bem?

Mãe do pac: tá certo

Méd: ok, posso ajudar em mais alguma coisa?

Mãe do pac: não... obrigado

Méd: nada

Mãe do pac: (?)

Méd: pronto, ok, estou esperando

Fim da consulta: 2:58:28

Consulta 22

Mulher

Início da consulta: 2:58:48

Méd: olá, bom dia

Pac: bom dia

Méd: o nome, *****?

Pac: *****

Méd: ***** ***** , não é isso?

Pac: é

Méd: qual a tua idade?

Pac: vinte e quatro

Méd: é a primeira vez que tu vem pra mim?

Pac: uhum

Méd: em que é que eu posso ajudar, *****?

Pac: primeiro... pra começar acho que meu primo (?) sofre desse mesmo negócio (?)

Méd: (tua tia e ela)? você viu numa reportagem que relatava que se tivesse algum problema, alguma mancha na unha, poderia ser problema renal... é o que eu tava falando pra ela, eu sinceramente não conheço especificamente qual seria, mas de todo jeito a gente solicitou o exame de disfunção renal, para ver se tem algum tipo de alteração que seja justificável

Pac: eu pensei, porque quase ninguém tem dessas coisas, só em mim e nele

Méd: mas como é de família, isso também pode ser hereditário, tá certo

Pac: uhum... e também... a pessoa que toma... injeção de três em três meses, ela menstrua normalmente todos os meses ou demora pra vim?

Méd: você tá menstruando?

Pac: não... mas, é minha cunhada, não é eu não

Méd: isso é relativo, veja só... quando a gente toma injeção, a medicação injetável, para evitar filho, é uma dose de hormônio muito grande, às vezes pode causar alguma irregularidade menstrual, geralmente não menstrua, mas isso pode causar alguma irregularidade, tem paciente que toma injeção durante muito tempo, e não menstrua, tem paciente que toma pílula anticoncepcional durante muito tempo a menstruação às vezes vai diminuindo até parar, mas, normalmente, se tomar a injeção não menstrua...

Pac: agora, ela não menstruando não, aí a mãe dela pediu para perguntar por que é que ela tá... se ela tá... não sabia... tá suspeitando... porque...

Méd: certo... aí, se precisaria de um exame de... de gravidez?

Pac: sim... ela?

Méd: sim?

Pac: mas, você tá dizendo que normal não menstruar...

Méd: pode ser solicitado, mas geralmente não menstrua, mas para tirar a dúvida, eu posso deixar já solicitado, um Beta HCG, vamos pedir seus exames, então, né? Para ver esta história desse rim, né?

Pac: e minha sogra pediu para senhora passar uma receita desse remédio, o meu marido veio aqui, mas (?)

Méd: ah, vai ter que pegar o prontuário dela é na tua mesma casa?

Pac: é, é minha sogra

Méd: mora contigo?

Pac: no caso aqui, não é minha sogra, é sogra dela

Méd: não entendi

Pac: a sogra da minha sogra, a mãe do... a vó do meu marido...

Méd: ah, certo, a vó do seu marido

Pac: é

Méd: e é nesta mesma casa?

Pac: não

Méd: porque a gente precisa marcar uma ficha, porque todas essas medicações que são controladas precisam ser anotadas no prontuário e a gente tem uma listinha de pacientes que tomam uma medicação controlada

Pac: uhum

Méd: que é essa listinha aqui, aí tem que ser cadastrada para ficar recebendo, entendeste?

Pac: mas, ela não é cadastrada doutora

Méd: aí tem que ter...

Pac: ***** sempre pega aqui ***** *****

Méd: é desta casa aqui?

Pac: não...

Méd: não é de outra, essa aqui é da tua sogra, né?

Pac: é da minha sogra, essa daí, no caso, é do lado da minha casa...

Méd: *****

Pac: ***** *****

Méd: de quê?

Pac: ***** ***** eu acho que é *****

Méd: aqui não eu não tenho não

Pac: tem não?

Méd: ***** ***** ***** *****

Pac: é *** ***** , agora qual...

Méd: a ***** ***** ***** que tem aqui é do Bom Jesus, não é do meu posto

Pac: rua do Rosário

Méd: aqui, é do Bom Jesus, faça o seguinte, peça para depois marcar e vir, porque a gente já pega o prontuário, e já faz o cadastramento... e faz a consulta, é o ideal, tá certo? Eu (?) pensei que a consulta era pra tu

Pac: eu queria saber, (?) aproveita (?)

Méd: pede pra teu filh... teu marido vir, aí qualquer coisa... tô pedindo o hemograma e a função renal, tá certo? (creatina), se você tem glicose, para ver se tem alguma alteração, tá?

Pac: e também pra mim, assim... eu tô tomando anticoncepcional microvlar

Méd: certo...

Pac: aí, eu me esqueci de tomar anteontem à noite

Méd: certo

Pac: aí passei de doze horas, no caso, diz na receita, na bula que quando passa de doze horas o efeito dele já fica...

Méd: diminuído...

Pac: diminuído, aí eu esqueci de tomar já passou as horas, aí eu tomei no dia seguinte de manhã

Méd: certo... pode tomar... continue tomando a cartela no mesmo horário que você tava tomando...

Pac: aí eu continuei tomando...

Méd: mas, é interessante, neste período, pelo menos durante um tempo usar preservativo no momento... se tiver relação... usar preservativo, ele pode perder um pouquinho o efeito, geralmente não corre o risco tão grande de gravidez já que o organismo já tá acostumado com a medicação, mas é interessante, nesse período, fazer, pelo menos, preservativo, evitar de outra forma, já que você esqueceu, entendeu?

Pac: uhum... faz pouco tempo que eu tô tomando ele, no caso, é... vou fazer três meses

Méd: mais um motivo pra usar preservativo, porque como faz pouco tempo... às vezes quando é muito tempo o organismo, realmente, se acostuma com a medicação, a gente pode , a gente pode solicitar o Beta, para tua cunhada, né?

Pac: uhm

Méd: como é o nome dela?

Pac: ***** ***** ***** (?), eu só tenho um metro e cinquenta e oito, tô com sessenta e seis quilos, doutora

Méd: e pesava quantos, antes?

Pac: (sessenta)

Méd: aumentasse quantos?

Pac: seis

Méd: em três meses?

Pac: sim

Méd: tem certeza? Porque, assim, pode ter um pouquinho de ganho de peso, não porque o... te faz comer mais, mas às vezes a gente fica um pouquinho mais inchada, mas não chega a ganhar seis quilos em três meses não... todo comprimido, geralmente, alguns nem tanto, mas geralmente comprimido ele causa um pouquinho de edema, um inchaço e esse edema pode fazer você ter a sensação de que está engordando, mas não é porque você está comendo mais, ou que esteja engordando

Pac: eu tô comendo muito mesmo

Méd: aí tem que tentar fazer regime, não pode botar a culpa no comprimido não... faz alguma dieta, faz exercício físico, a tendência é engordar, tem que tentar fazer pelo menos exercício físico, fazer dieta, não é só o comprimido não, o comprimido pode inchar um pouquinho, pode engordar, pode causar algum distúrbio, mas às vezes a gente precisa ter cuidado também com a dieta, qual a idade de *****?

Pac: vinte e quatro

Méd: de todo jeito eu vou solicitar o de o Beta dela, mas é normal...

Pac: eu (?) pra perguntar...

Méd: entendi... pronto, tá bom? quando der os resultados dos seus exames...

Pac: eu trago

Méd: (?) tá bom?

Pac: tá bom, obrigado

Méd: de nada... é na outra.

Fim da consulta: 3:06:28

Consulta 23 (mulher) e 24 (criança)

Início da consulta: 3:06:49

Méd: Bom dia

Mãe do pac: bom dia... é porque eu vim mostrar os exames dele e o meu... que está sentindo muita dor na barriga

Méd: ***** é você?

Mãe do pac: é eu...

Méd: aí, tu veio mostrar o quê? Que eu não entendi

Mãe do pac: os meus exames e os dele

Méd: certo... vamos ver primeiro o teu ***** , qual a tua idade?

Mãe do pac: tenho (vinte)

(alguém bate na porta)

Méd: é alguém para ti?

Mãe do pac: é

Méd: se quiser entrar... vamos lá, primeiro para você ***** , o de fezes deu dois vermesinhos, tá certo?

Mãe do pac: uhum

Méd: que a gente vai precisar tratar... o de urina tá normal... urina normal... glicose, não tem diabetes, não tem as taxas alteradas tá certo? Precisa só ter um pouquinho de cuidado... não deu nada de alterado que precise de medicação não tá?

Mãe do pac: eu tava com medo

Méd: tava com medo?

Mãe do pac: da diabete

Méd: não deu sinal de anemia, de infecção, só dos vermesinhos, que a gente precisa tratar, vou passar logo o teu porque a gente vê o dele, tá?

Mãe do pac: uhum... eu um cunhada que tem...

Méd: o quê?

Pac: aquele... como é que se diz... que ela não pode comer (?)

Méd: diabetes, né?

Mãe do pac: é
Méd: o teu deu normal, viu? Não pode exagerar, entendesse?
Mãe do pac: entendi
Méd: mas, não precisa ainda tomar medicação não... o do verme é um único comprimido em dose única tá?
Mãe do pac: uhum, aí é um por dia, né?
Méd: só um... é só um comprimido, que é dose única... esse é o teu
Mãe do pac: esse é o dele
Méd: eu vou pegar o prontuário dele... é **** *
Mãe do pac: *****
Méd: **** ***** *****?
Mãe do pac: isso
Méd: qual a idade?
Mãe do pac: três anos
Méd: vamos dar uma olhada nos exames... não tem anemia
Mãe do pac: ai meu Deus, graças a Deus
Méd: não tem sinal de infecção
Mãe do pac: ô doutora, ele pegou uma (doença) passou oito dias em ***** internado
Méd: foi mesmo?
Pac: aí (?) passou dois para ele, cada um era (?)
Méd: agora tá direitinho, viu? Agora o de fezes, tá dando dois vermezinhos, um verme e uma giárdia, viu?
Mãe do pac: a gente vai precisar passar dois tipos de remédios... o do urina tá normal... qual o peso dele?
Mãe do pac: é treze quilos
Méd: e a idade, três anos, né?
Mãe do pac: três
Méd: treze quilos, né? Tu falou?
Mãe do pac: é
Méd: qual o número do teu (?) *****?
Mãe do pac: (?)
Méd: são dois, tá certo? Um tu vai dar metade de um copinho, de manhã e de noite, por três dias, para, depois repete mais três dias, entendeu?
Mãe do pac: uhum
Méd: tá tudo escrito aí, tu sabe lê?
Mãe do pac: sei
Méd: o outro, tu vai dar metade do copinho também, de manhã e de noite, só que são por sete dias seguidos, entendeu?... entendido?
Mãe do pac: entendi (esse aqui é do outro)
Méd: do outro? Como é o nome do outro?
Mãe do pac: é **** *
Méd: qual a idade?
Mãe do pac: tem quatro, esse daí
Méd: o dele a (?) ainda tá um pouquinho mais baixa do que esse, mas não tá precisando de remédio não, viu? Vamos lá, vamos ver o de fezes, né? O dele também, deu dois ... me dá a receitinha aí volta, vou colocar dois (desse) daqui, porque é um pra cada e toma do mesmo jeito, viu? E o de urina é normal, entendeu como toma?
Mãe do pac: entedi
Méd: Um pra cada, tá certo?
Mãe do pac: tá certo... obrigada
Méd: de nada

Fim da consulta: 3:15:04

Consulta 25
mulher

Início da consulta: 3:15:21

Méd: olá, tudo bom? Bom dia

Pac: bom dia

Méd: bom dia ou boa tarde?

Pac: bom dia ainda

Méd: ah, é.

Pac: eu queria que a senhora me passasse uma requisição para fazer uma prevenção

Méd: certo, você já tem filho

Pac: não (?)

Méd: você foi para o ginecologista?

Pac: já

Méd: tá sendo acompanhada?

Pac: uhum, aí ela passou... ela passou (?) pra mim (?) e pediu que eu fizesse uma (prevenção) junto, porque numa colposcopia que eu fiz acusou uma macha no meu útero (...) ela pediu junto (?)

Méd: certo, então é só a prevenção, só a citologia, porque colposcopia tu já tens, não é isso?

Pac: já

Méd: Qual a tua idade, *****?

Pac: dezoito

Méd: (tome aqui)

Pac: obrigado

Méd: de nada

Fim da consulta: 3:16:29

Consulta: 26

Início da consulta: 3:16:45

Mulher

Pac: bom dia

Méd: bom dia, tudo bom? Teu nome é?

Pac: *****

Méd: *****

Pac: é, *****.

Méd: *****

Pac: ***** , com ch

Méd: ah, sei... ***** ***** , não é isso?

Pac: é

Méd: qual a tua idade?

Pac: vinte um... vinte dois

Méd: vinte dois... em que posso ajudar?

Pac: porque (eu fiz) uma cirurgia, já faz dois anos, três anos, aí só que quando era doutor *****...

Méd: cirurgia de?

Pac: (?)

Méd: do quê?

Pac: (?),

Méd: ah, certo

Pac: aí (?) agora eu perdi o contato dele (?) a filha dele que mora em Recife

Méd: certo

Pac: aí quando ia inflamar (?) quase dois anos vai fazer (já inflamou de novo)

Méd: (?)

Pac: (tá inflamado)

Méd: é osteomielite?

Pac: é

Méd: certo, então é acompanhada por um reumatologista ou ortopedista?

Pac: ortopedista

Méd: aí precisa de um encaminhamento para o...

Pac: (não) queria que a senhora passasse um remédio, para ver se desinflamava

Méd: vamos dar (uma olhadinha) primeiro

Pac: aí eu queria tirar um raio x

Méd: (?) tu tens é?

Pac: já duas vezes (eu fui) fazer cirurgia (?)

Méd: aí é por isso que você veio aqui?

Pac: (?)
Méd: não tivesse nenhuma fratura, nenhum trauma, pancada que quebrou o osso?
Pac: não... aí, tem essa (cirurgia) que eu fiz agora, que eu fiz, em dois mil e um (?) agora em dois mil e sete, aí eu fiz outra
Méd: um (liquidozinho) já, né?
Pac: é
Méd: certo
Pac: aí (quando eu fiz) a segunda, aí ele fez uma raspagem no outro
Méd: e apareceu outro espontaneamente, sem ser que nem... que nem...
Pac: não
Méd: sem o trauma, pancada...
Pac: nadinha, nadinha, é porque se diz que geralmente essa doença é muito (difícil) dela (?) ficar com ela pra sempre
Méd: é
Pac: de vez em quando, eles podem inflamar (aí eu queria um nome, né)?
Méd: ja vai precisar começar antibiótico
Pac: desinflamar... eu tomava aquele, é
Méd: (?)
Pac: e é?
Méd: era
Pac: aí, eu tomava, tomava e desinflamava (?) (porque) às vezes quando inflama, aí (?) que ele passa (?)
Méd: qual é a perna mesmo? É a esquerda
Méd: esquerda, né?
Pac: é é
Méd: isso, já tá saindo essa secreção desde quando?
Pac: vai fazer quase um mês
Méd: tudo isso?
Pac: é...
Méd: não chegasse a ter febre, né?
Pac: mais não
Méd: é, a gente vai precisar entrar no antibiótico, e um anti-inflamatório também, tá certo?
Pac: uhum
Méd: mas, se não houver nenhuma melhora vai ter que voltar pro ortopedista
Pac: aí (acho que eu tenho que tirar) um raio x, porque sempre que eu vou pra lá eles pedem um raio x
Méd: tu vai tomar um comprimido, do antibiótico, de seis em seis horas, por dez dias, você sabe ler?
Pac: sei
Méd: seis da manhã, meio dia, seis da noite e meia noite, quatro por dia, e o diclofenaco (que é menos resistente) que é para diminuir a dor e a inflamação tá?
Pac: uhum
Méd: o diclofenaco, tu vai tomar um de oito em oito horas, pode tomar um de seis da manhã, duas da tarde e oito da noite, tá bom?
Pac: tá
Méd: a princípio, sete dias
Pac: eu queria tomar uma vitamina (pros ossos)
Méd: vamos pedir primeiro um raio x, quando desinflamar, solicitar o raio x
Pac: e também (eu tô sentindo uma dorzinha na dobra, uma dor aqui, nesse osso aqui, debaixo do peito)
Méd: só desse lado?
Pac: é, às vezes dá uma dor aqui
Méd: essa a dor, se for uma dor muscular, ela já melhora com o diclofenaco...
Pac: diclofenaco... e também desde ontem tô com uma dor de barriga...
Méd: diarreia?
Pac: hoje eu amanheci com diarreia
Méd: é líquida, mesmo?
Pac: é é
Méd: quantas vezes tivesse já hoje?
Pac: duas vezes
Méd: é tua perna esquerda, né?
Pac: esquerda
Méd: mas, não chegou a ter febre não né?
Pac: nadinha

Méd: tem que aumentar a quantidade de líquido, por que só duas vezes não chega a desidratar não, tá certo? Agora se permanecer ou se aparecer sangue, tem que procurar algum médico, ou na maternidade ou aqui no posto

Pac: tá bom

Méd: aqui é a solicitação do raio x

Pac: obrigado

Méd: qualquer coisa tu me informa, tá?

Pac: tá bem

Méd: até mais

Pac: até

Fim da consulta: 3:22:18

Consulta 27

Mulher

Início da consulta: 3:22:23

Méd: oi

Pac: eu vim pedir uma requisição para fazer uma ultrassom

Méd: pra você?

Pac: é

Méd: ultrassom de quê?

Pac: uma ultrassom de barriga

Méd: mas, tu tá sentindo alguma coisa na barriga?

Pac: é tô sentindo muita dor

Méd: onde é tua dor, *****, é *****, é?

Pac: é todinha, é... (?) (de noite)... a senhora poderia me dar uma pra minha irmã?

Méd: como é? Ah, ela vai ter que vir, porque eu já dei para tu, pra teus dois filhos, e a gente precisa sempre anotar no prontuário, tá bom?

Pac: obrigada

Fim da consulta: 3:23:19

Consulta 28

Mulher

Início da consulta: 3:23:28

Pac: olá

Méd: olá, bom dia ainda, né?

Pac: bom dia ainda, falta pouco

Méd: teu nome é?

Pac: *****

Méd: ***** ***** ***** , não é isso?

Pac: é

Méd: qual a tua idade, *****

Pac: trinta

Méd: trinta?

Pac: é é

Méd: em que é que eu posso te ajudar?

Pac: porque ultimamente, eu tenho sentido uma dor debaixo do peito, aí eu fiz uma mamografia, não deu nada, aí, eu não sei se tem alguma coisa a ver com o pulmão, relacionada a isto, porque há um tempo atrás, eu tive este probleminha, eu fui para o cardiologista, ele perguntou se era constante, eu disse não, é de vez em quando, ele disse que era normal, mas só que ultimamente tá sendo constante, toda vez que eu sinto esta dor ela impede ela impede que eu respire, assim eu sinto uma certa dificuldade de...

Méd: e é só de um lado?

Pac: é, é só de um lado

Méd: do lado esquerdo, né?

Pac: isso

Méd: ela piora quando você respira?

Pac: é
Méd: faz (?)
Pac: não
Méd: febre?
Pac: não
Méd: perda de peso, alguma outra alteração, além dessa?
Pac: não
Méd: no caso, desde quando esta dor?
Pac: faz duas semanas, e é assim, não tem posição, quando começa a doer, não tem nenhuma que pare...
Méd: mas piora quando tu movimentas?
Pac: pouquinho... porque, assim, quando eu tento respirar, aí é como se fosse furando... quando eu tento respirar mais profundo, aí a dor aumenta
Méd: certo, (?)? Respire forte... respira normal, tá? Respire e solte... isso, de novo, a última vez, eu não vejo nenhuma alteração, escutando teu pulmão não eu posso até passar um raio x, mas eu já vou iniciar um anti-inflamatório porque essa dor também pode ser dor muscular, uma dor que piora quando movimentas, porque quando a gente respira, todos os músculos, eles... se contraem, relaxam, tem a movimentação própria e isso também pode ocasionar a dor, tá certo?
Pac: certo
Méd: o anti-inflamatório que a gente tem no posto é o diclofenaco, tá certo? Se não tiver nesse posto, tu pode tentar ou em outro posto, ou então na maternidade, tá?
Pac: tá
Méd: ***** ***** *****, né?
Pac: é
Méd: provavelmente vai vir normal teu raio x, mas a gente precisa solicitar, porque o (?) de escuta do teu pulmão tá boa, por isso que eu não vou passar medicação pra pulmão, ou antibiótico agora, é só mesmo o anti-inflamatório, tá?
Pac: certo... a última vez que eu tirei um raio x, já faz um bom tempo, tinha assim, uma pequena mancha, mas aí...
Méd: vamos dar uma olhada, o anti-inflamatório, tu toma um de manhã e um de noite, coloquei sete dias, tá certo?
Pac: certo
Méd: para a gente ver se consegue melhorar, (?) o raio x, aqui o (anti-inflamatório), tá bom? Quanto tu tiver (o resultado do raio x) aí tu volta pra mim
Pac: tá... obrigada
Méd: nada

Fim da consulta: 3:28:10

Consulta 29:

Pac: Com licença, boa tarde doutor ... tô tão nervosa doutor
Méd: (?)
Pac: sei lá ... tô tão nervosa
Méd: ?
Pac: eu sou solteira, sou operadora de Call center
Méd: quer fazer algum exame comigo? (?)
Pac: não, já fiz
Méd: fez com quem, com Paulo?
Pac: não, fiz com Doutor Carlos, na Universidade Rural
Méd: está voltando, por quê?
Pac: doutor deixe eu lhe perguntar, o que eu vou lhe contar aqui este histórico vai pra empresa? Ou não?
Méd: vai não, nem eu vou anotar tudo, anoto o que não for comprometedor para você
Pac: doutor, eu fico com medo, porque de repente, têm alguns médicos que a gente vai no (nome do plano de saúde) que eles ligam para empresa.
Méd: nada a ver
Pac: não sei... sim... aí veja bem... eu fui para o doutor... há uns três anos atrás, mais ou menos eu tive uma estafa mental, como eu diagnostiquei isto? Porque eu já estava assim uns dois meses sem dormir direito, sempre que eu dormia eu tinha muito pesadelo e me acordava várias vezes na noite, então depois disso vieram outros problemas que aí foi o aparecimento de um fungo na região da barriga e aqui no (?) do braço e

também eu acordava na noite assim, agoniada, a sensação que eu tinha quando eu acordava era como se eu não conhecesse o lugar, não tem quando a gente está dentro do ônibus e agente acorda tão rápido, olha para o lugar e não reconhece o lugar e depois você lembra de onde está? Eu tinha muito disso, era freqüente, freqüente (?) as noites, e aquela sensação como se eu fosse enlouquecer, e minha irmã que dormia junto comigo ela dizia que eu corria dentro de casa e gritava, eu não lembro de nada disso. Aí foi quando, eu trabalhava na maternidade, trabalhava lá em Camaragibe, a diretora de lá me orientou que eu fosse procurar um médico, que ela achava que o que tinha aparecido na minha barriga foi uma rubéola. Aí eu fui para o doutor Pedro, na Universidade, aí doutor Pedro olhou para mim e disse “o que você está sentindo? Aí eu disse que eu não tava dormindo bem, tudinho, andava muito nervosa. Aí ele disse, olhe Carla eu não vou *lhe* medicar, eu vou passar você para um outro médico, aí ele me encaminhou para doutor João. Mas até então, eu leiga totalmente do assunto. Quando eu cheguei em doutor João, aí ele pegou ... eu contei tudo o que estava acontecendo, isso que eu *lhe* contei, aí doutor João disse “olhe Carla você está com uma estafa mental” por que na época eu tava ... eu tava com duas férias vencidas e eu sempre trabalhei e estudei muito e ... duas férias vencidas, terminava um curso e começava outro curso na universidade, aí assim ... era muito estudo muito trabalho e pouco lazer, aí disse “olhe você está com uma estafa mental e você vai precisar fazer um tratamento, com medicamento, agora eu quero que você vá para um dermatologista para você se certificar do que são estas manchas que apareceram em você” coçava doutora, coçava tanto era uma agonia, aí com dois dias depois doutor João passou medicação para mim, aí (?) para doutora Cláudia dermatologista, ela disse olhe, ela ficou rindo, olhou para mim ficou rindo, aí eu disse “porque a senhora está rindo doutora?”, aí ela disse “você está pensando que isto é fungos, não é?”, aí eu disse “é, e não é não é?”, ela disse *pitissiríase rósea*, isso Carla não tem remédio, nem para passar a coceira, o seu remédio está aqui olha, e você vai ter que ter controle, eu me desesperei, eu não tinha dito que tinha vindo de doutor João, quer dizer casou uma coisa com a outra, aí foi quando eu disse para ela, aí ela disse pronto, você vai para casa tente se controlar, aí eu comecei a tomar a medicação, aí eu tomava rivotril e fluoxetina só que eu fiquei com uma certa resistência, com medo de me viciar ou alguma coisa, aí eu comecei a não tomar direito, regular a medicação, aí foi quando a minha irmã descobriu e começou a me policiar, lá, o pessoal do trabalho também, aí eu comecei a tomar a medicação direitinho e em torno de um mês a mancha toda desapareceu do meu corpo, né? Que coçava, desapareceu aí eu fui dormindo melhor, só que chegou um tempo que não conseguia dormir tão bem, chorava menos, aí foi quando eu fui para doutor João levar (?) para uma revisão, aí ele viu que eu não conseguia dormir a noite inteira como antes, aí ele aumentou mais amytril para eu tomar, olhe, eu tomava

Méd: (?) foi?

Pac: foi, eu tomava o amytril de oito horas, oito e meia quando eu estava na universidade, tomava o amytril, que para dar tempo de eu chegar em casa de dez horas e tomar o rivotril, aí eu conseguia realmente dormir a noite inteira e aquele sono tranquilo, aí eu fui depois de três meses, eu achava que ele ia me dar alta, não me deu, aí, e isso eu tava tendo um acompanhamento com o psicólogo doutor, doutora Joana, aí depois de seis meses eu achava que ia ter alta, novamente ele não me deu, e com isso eu comecei a entrar em pânico a chorar, e eu já tava... já vivia chorando, tinha diminuído mais, mas aí eu comecei a chorar, ficar nervosa, doutora Joana conversou comigo, porque o doutor João, ele não explicava muita coisa, ele (?) me ouvir, passava medicamento

Méd: o tratamento de depressão, ele é, assim, no mínimo de um a dois anos, para você não ficar sem dormir

Pac: é... aí ele disse olhe, aí foi quando doutora Joana me explicou, eu fiquei muito nervosa, chorando (?) porque já tinha seis meses que eu ia me viciar...

Méd: e agora você está voltando tudo de novo

Pac: aí ela disse Carla você tenha calma

Méd: isso foi agora recente?

Pac: não

Méd: isso foi naquela época

Pac: foi ... aí ele me disse que o meu tratamento não ia ser de seis meses, ia ser de dois anos porque a minha estafa adquirida, não foi adquirida em um mês, em uma semana, foi uma estafa adquirida em frações de anos, então meu tratamento ia ser de dois anos ... realmente, depois de dois anos aí eu parei a medicação, eu parei a medicação

Méd: parou sozinha ou parou em acordo com o médico?

Pac: não fui mais para ele não, aí eu ... porque eu peguei uma catapora, fiquei dois dias em casa, o período de voltar para ele eu não fui

Méd: você não toma a medicação há quanto tempo?

Pac: aí eu não tomo a medicação há quase dois anos, aí quando foi agora Méd, eu ando num ritmo assim... corrido, tô sem estudar no momento, tô, mas eu ando num ritmo de trabalho assim... é ... muito corrido, porque é ... eu trabalho lá na Farmácia *****, justo o meu (?) quando sair daqui, então a gente... assim... trabalha nos feriados, sábados e domingos, e a gente só tem um dia de folga, então assim... é cansativo

porque a gente chega em casa e tem os afazeres de casa, este semestre eu estou sem estudar, no próximo semestre eu volto a estudar, e eu tô voltando porque, era para eu ter vindo o mês passado, mas eu esqueci a requisição em casa, porque há um mês atrás eu andava tão cansada que eu cheguei a sentir as coisas que sentia antes, ou seja não dormir bem, eu já tenho não dormido bem já faz uns dois meses, não venho dormindo bem, e também assim, há noites que acordo com aquela sensação, eu quando acordo na verdade, eu já estou (?) ou sentada na cama

Méd: muita (ansiedade) assim é? (medos) é?

Pac: é, e assim, eu fico com medo de dormir para não ter isso, porque eu fico com achando que eu vou enlouquecer, aí eu pego, quando eu durmo, eu acordo com aquela agonia assim, como quem dissesse ... eu olho para o ambiente da minha casa, eu moro só, eu olho para o ambiente da minha casa, eu digo assim, é como se eu conhecesse e não conhecesse, e minha cabeça ela diz assim, eu em minha cabeça eu penso assim, eu vou enlouquecer, é uma confusão, eu não consigo, eu não sei doutor, aí eu pego me acalmo, me acalmo e fico com medo de dormir, aí eu fico assim, acho que tem alguém mexendo no portão, aí não durmo, aí ai meu Deus eu acho que tem alguma pessoa...

Méd: o rivotril que você tomou foi de dois ou de 0,5?

Pac: acho que eu tomei de um, aí depois baixou para 0,5

Méd: só tem de 0,5 ou de dois

Pac: então... eu tomei uma dosagem maior...

Méd: e depois baixou...

Pac: e depois eu partia, depois eu partia, o amytril também, eu tomava e depois eu partia, tomava só uma, ele foi diminuindo, eu tomava a metade...

Méd: aumentou ou perdeu peso?

Pac: eu aumentei, eu ando comendo muito, e comendo muito doce, e assim o fato...

Méd: aí é (droga) né? Comendo doce tem que aumentar mesmo.

Pac: (risos) eu não tenho conseguido dormir uma noite tranquila, uma noite inteira, semana passada, eu não dormir bem à noite, fiquei com uma enxaqueca terrível, fui parar numa emergência, cheguei no trabalho não consegui trabalhar, fui para a emergência, tomei lá uma medicação no soro, e tive que ficar de repouso, é... noite é... sempre quando eu não consigo dormir bem, e quando eu estou perto de menstruar é que eu fico mesmo atacada, não consigo dormir direito, fico... no outro dia é péssimo para mim trabalhar, mudança de humor? Tanto eu...

Méd: (instabilidade) de humor né?

Pac: agora eu estou mais calma, mas quando eu cheguei aqui (?) eu estava tão nervosa, estava com vontade de chorar, mas agora eu estou mais calma...

Méd: a gente vai iniciar o seu tratamento com uma outra medicação, o rivotril vai ter que continuar de novo, o melhor que tem (?) vou passar (?) é bem fraquinho (?) para quebrar essa ansiedade e (?) vai entrar na paroxetil

Pac: o que é isso?

Méd: é uma substância mais nova que a fluoxetina

Pac: ô doutor, também às vezes, é assim... eu tenho um choque, um choque, meu corpo, ele se contrai assim, aí quando eu tô dormindo assim, ele se contrai e eu acordo com aquele susto ...

Méd: (?) superficial né?

Pac: dessa contração, entendeu? Doutor, o senhor acha que estou de novo com esta estafa? Num grau menos elevado que eu...

Méd: (?) agora eu estou achando você muito ansiosa

Pac: ai doutor eu to...

Méd: por isso que eu optei pela paroxetina, das substâncias que tem atualmente, é a que vai melhor lhe (?), eu podia entrar com a fluoxetina, qualquer (?) agora o que (?) um comprimido de manhã, tá? Paroxetina, e à noite o rivotril de (?) com um mês você volta, para a gente reavaliar a sua situação, agora é importante que você tome todos os dias, não tem uma coisa (?). ou você, ou você não toma, não adianta tomar quando você quer, para (?) é importante que você faça isso, como tá novamente, a gente pode abreviar o tratamento, não vai levar dois anos

Pac: era isso que eu ia perguntar (?) então quer dizer que esse tratamento pode ser bem menor né? Então tá bem... (risos) é que eu aumentei de peso...

Méd: mas comeu foi bem (?)

Pac: tá bom doutor

Méd: (?) agente vai ver se mantém, tá bom?

Pac: tá certo, muito obrigada doutor

Méd: (?)

Pac: Carla, foi um prazer, até a próxima... no momento o senhor não acha necessidade de eu ficar... ter um repouso em casa...

Méd: não, pelo contrário... não, se houver necessidade (?)

Pac: devo ficar na ativa, (risos e choro) tá bom... eu tô tão nervosa

Consulta 30: (mesma paciente da consulta 29, aproximadamente um mês após a consulta anterior)

Pac: boa tarde doutor, tudo bom?

Méd: Carla...?

Pac: Pereira

Méd: Carla Pereira

Pac: eu tô cheia de anotação...

Méd: é o quê?

Pac: eu tô cheia de anotação para conversar com o senhor... olhe o senhor passou a medicação ... eu ... o senhor tinha passado o rivotril ... porque eu não tive dinheiro para comprar a caixa do paroxetina, aí eu comprei só uma de vinte e fiquei tomando em dias alternados, eu queria saber se não tinha um outro mais em conta...

Méd: você não foi na manipulação, não?

Pac: fui na manipulação...

Méd: mas também estava caro mesmo assim?

Pac: não era mais em conta, mas eu não tava com dinheiro à vista para comprar ... entendeu? Mas, tava mais ... saiu mais em conta ... mas eu não tava com dinheiro no momento para comprar, se não puder trocar, aí o senhor passe ela novamente que eu manipulo...

Méd: eu queria que você tomasse por causa de sua ansiedade que é muito alta, ele vai bem com ansiedade...

Pac: olhe

Méd: diga

Pac: eu estou sentido muito tremor nos músculos...

Méd: você não iniciou o tratamento, né?

Pac: é, aí veja só eu tô com uma queda de cabelo terrível, dores de cabeça eu tô tendo todos os dias, fadiga, eu vou levar uma advertência porque eu ando cochilando muito no local de trabalho, assim ... que trabalho com atendimento... eu ando cochilando muito... eu levei uma advertência... e falta de memorização... uma coisa que eu, é assim...

Méd: veja você está quase com os mesmos sintomas que (?) porque você não tomou a medicação...

Pac: doutor Ivaldo olhe, veja bem é... eu sonhei... deixe eu lhe dizer é uma coisa que aconteceu, eu esqueci... eu tava conversando com uma certa pessoa e de frente para onde a gente trabalha tem um espelho, aí quando eu me virei para falar com a outra pessoa eu me vi no espelho, mas a minha mente, ela processou uma (?) assim... eu conheço essa pessoa, essa pessoa parece ser alguém que eu conheço, mas não foi uma... assim... foi estranho que eu até comentei... eu me vi, mas eu não me reconheci, então eu assim... tomando o rivotril, eu não tô conseguindo dormir, quer dizer eu tenho...

Méd: veja entenda Carla, a proposta que foi feita não foi realizada...

Pac: (?) é

Méd: o rivotril não vai resolver nada... a sua insônia não é doença... a sua insônia é um sintoma de um quadro ... e a gente tem que combater o quadro... se combate o quadro de que forma? Com a medicação, no caso o que a gente propôs foi a paroxetina...

Pac: [isso] olhe eu fui quinta feira doutor Ivaldo para uma clínica para pedir... exame de sangue... exame de rotina... eu cheguei lá eu me descompensei... eu simplesmente (?) isso, eu me descompensei completamente, minha pressão chegou a quinze por dez... aí eu comecei a conversar com ela... aí ela fez "Carla não seria melhor"... aí ela fez (?) é doutor... isso foi segunda-feira agora, aí... como eu tava com paroxetina, ela me deu uma receita para comprar fluoxetina, mas eu não comprei porque...

Méd: (?) para sua ansiedade fluoxetina não (reza) bem...

Pac: é, aí ela me deu esse aqui para que eu pudesse voltar para o senhor com emergência... pudesse voltar no dia seguinte... mas é que eu tava marcada... eu resolvi esperar um pouco mais, aí veja bem... aí ela falou o seguinte para mim "peça para ele lhe afastar" mas veja o que me acontece doutor Ivaldo... eu passei num concurso, certo, na prefeitura do Cabo e eu... assim... eu tava conversando com ela... eu tô sentindo muita dificuldade de suportar o meu ambiente de trabalho, então ela pediu para o senhor pudesse me afastar, mas eu

sei que isso não seria viável porque de repente eu tá numa, eu tá num INSS se eu for chamada para prefeitura...

Méd: [você não assume em nada]

Pac: eu nem assumo, e foi uma coisa que me esforcei muito para consegui, o senhor está entendendo? Só que doutor Ivaldo, tá sendo muito difícil, já vem há um tempo que... eu não tô com problemas no o trabalho, o problema está dentro de mim, suportar o tipo de trabalho...

Méd: com certeza, (?) qualquer trabalho, você não está bem

Pac: eu tô me sentido muito cansada

Méd: (depressão)

Pac: eu já tenho um ano lá, minhas férias não vão chegar agora, eles só vão (?) com quase dois anos, e assim... eu me irrita, quando eu entro, eu já entro com dor de cabeça, eu já entro mal, eu fico com... com... como se fosse uma vertigem... não sei... um mal estar... eu não sei nem explicar doutor Ivaldo, agora uma coisa eu lhe digo, da última vez que eu lhe disse que estava acordando nas madrugadas, com aquela sensação como se fosse perda de memória... isso aí eu não tive mais... isso eu não tive mais né? Depois que eu comecei...

Méd: você quer um afastamento é?

Pac: veja bem... eu tô de licença, hoje faz cinco dias, eu trouxe a xérox para o senhor ver, porque eu tive uma dor terrível no braço, até hoje, são cinco dias, isso foi na quinta, ele atestou até hoje...

Méd: você quer este atestado ou não?

Pac: ele acha que seja tendinite... eu queria um afastamento de ao menos uns dez dias, que seria...

Méd: para completar os quinze

Pac: os quinze, para eu não entrar no INSS, eu não quero mais saber, sabe doutor Ivaldo, se lá eles vão dizer “ah é atestado de psic... psiquiatra, tá ficando doi...” então eu não quero é mais, eu quero é ganhar é minha saúde, o que eu quero é ganhar minha saúde, só isso, e assim puder não trab... trabalhar durante esses dez dias... seu Ivaldo me diga uma coisa... minha cabeça... (a paciente fala chorando) vou começar a ir para a neuro amanhã, porque eu tô sentindo muita dor de cabeça... eu fui parar no... no... lá no (?) que ela passou... uma dor de cabeça terrível, eu fui parar no hospital, porque lá (?)...

Méd: olhe sua doença chama-se depressão, ou você trata, ou você vai piorar a cada dia que passa, não tem mais ou menos

(silêncio)

Pac: agora doutor Ivaldo, tem momento que me sinto tão bem (fala acompanhada de choro) assim... eu não sei, às vezes eu não consigo nem me entender, se eu tô com determinado tipo de pessoas eu tô bem, se eu em determinado lugar eu tô bem, mas de repente, ultimamente...

Méd: essa mobilidade sua é (intrínseca) enquanto você não se tratar, você fica extremamente vulnerável, a paroxetina manipule, se você não se tratar você não vai melhorar, você vai até perder o concurso que você fez com tanto esforço, e o rivotril eu aumentei para dois miligrama, um pouquinho mais forte, para você dormir melhor

Pac: doutor Ivaldo, eu estou há dois anos... assim... eu tranquei a universidade, para poder descansar, eu tô voltando agora em agosto, porque o que eu mais quero fazer é voltar a estudar, o senhor acha se eu voltar a estudar agora, isso iria interferir em alguma coisa, de meu tratamento...

Méd: [não tem] problema nenhum, você tem é que se tratar, você se tratando você retoma as suas atividades de vida normal, não vai alterar em nada, pelo contrário, vai lhe ajudar e muito, viu, agora se você não se tratar não vai acontecer nada na sua vida, realmente não vai, depressão só (cura) se a gente (tratar)...

Pac: seu Ivaldo, eu vou lhe ser bem franca, eu tenho... assim... eu tenho sentido muita dificuldade de suportar este emprego, porque assim... eu preciso desse trabalho...

Méd: (?)

Pac: pois é, eu preciso desse trabalho, mas é muito difícil para mim ter que continuar, mas assim... eu sei que se... ah... sei lá... eu preciso... me trabalhar... me estudar... eu tô fazendo estes dez dias para recomeçar, poder criar forças e voltar ali e esperar o tempo de eu poder ser chamada, porque... no dia que eu fui que eu estava com dor de tendinite, eu estava morrendo de dor, tinha um menino na minha frente, um menino pequeno, eu acho que ele tava cochilando, tinha uns cinco anos, ele caiu, mas não foi motivo para ele chorar... berreiro, a mãe pegou, acalentou, mas aquilo foi a gota d'água doutor Ivaldo para eu chorar descompensadamente...

Méd: você já me contou

Pac: mas isto foi agora,

Doutor: você me contou uma história parecida, então...

Pac: na...

Méd: na outra história...

Pac: foi? Na segunda eu me descompensei com clínica e na terça-feira agora de novo...

Méd: olhe, enquanto você não se tratar, isso vai ficar acontecendo (?), cada vez que você vem, você vai chegar com um rosário de fatos, ou você se trata, ou não tem alternativa, você vai levar uma vida ruim, não tem saída, não tem saída, depressão, o que é? Nada mais é do que está se passando, o que você está, ou você se trata, ou não tem saída, você se tratando, você vai ver como as coisas são menos difíceis, viu? A depressão é isto, deixa a vida da gente complicada, tudo é difícil, tudo é complicado, tudo é ruim, ou não presta, a depressão nada mais do que isso, você vai tomar sua medicação, você vai tomar sua medicação, no retorno a gente reavalia essa situação

Pac: eu volto para o senhor com quantos dias, para eu marcar lá na frente?

Méd: veja (?) você pode marcar (para mais ou menos trinta dias)

Pac: trinta dias

Méd: (?) você tem que tomar o remédio todos os dias viu?

Pac: tá certo obrigada, Deus lhe abençoe.