

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LETRAS
BACHARELADO EM LINGUÍSTICA

UM ESTUDO SEMIÓTICO DE RELATOS SOBRE A INTERAÇÃO ENTRE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PACIENTES NO SUS

Aluna: Stephani Izidro de Sousa - RA 745221

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Luz Pessoa de Barros

São Carlos - SP

2021

STEPHANI IZIDRO DE SOUSA

UM ESTUDO SEMIÓTICO DE RELATOS SOBRE A INTERAÇÃO ENTRE
PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PACIENTES NO SUS

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Graduação
em Linguística do Departamento de
Letras da Universidade Federal de São
Carlos para o título de bacharel em
Linguística.

São Carlos - SP

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LETRAS
BACHARELADO EM LINGUÍSTICA

Folha de aprovação

Assinatura dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou este Trabalho de Conclusão de Curso de Stephani Izidro de Sousa, realizado em junho de 2021:

Prof. Dra. Mariana Luz Pessoa de Barros (UFSCar)

Prof. Dr. Carlos Félix Piovezani Filho (UFSCar)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao Dan e a todas as demais vítimas da Covid-19 (*in memoriam*). Você está aqui muito mais como presença do que como falta. A saudade é nosso elo com o infinito

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que sempre me amou incondicionalmente e sempre esteve comigo.

Agradeço aos meus pais, Marlene Izidro de Souza e Manoel Alves de Sousa, por sempre acreditarem em mim, por terem lutado para que eu tivesse acesso a uma educação de qualidade e por terem me ensinado tudo o que sei.

Agradeço aos meus irmãos, Marília Izidro de Sousa e João Victor Izidro de Sousa, por serem sempre companheiros e por fazerem a minha vida mais alegre. Em especial, agradeço à minha irmã Marília por ter sido a primeira a ingressar em uma universidade pública e por sempre me mostrar que tudo é possível.

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), ao Departamento de Letras e a todo o corpo docente do bacharelado em Linguística por terem contribuído com a minha formação.

Agradeço à Gabriela Gimenez e ao Lauro Damasceno por terem sido a minha família em São Carlos. A todos os demais amigos, agradeço por me mostrarem a importância e o verdadeiro significado da amizade.

Agradeço ao Piqueling, projeto de extensão da Linguística da UFSCar fundado e organizado por nós enquanto alunos da graduação, por ter me ensinado a importância da popularização do conhecimento científico.

Agradeço à Profa. Dra. Mariana Luz Pessoa de Barros por me orientar e fazer desse projeto possível.

Agradeço também à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo apoio financeiro concedido à iniciação científica da qual este trabalho partiu.

Agradeço a todos que estiveram comigo nesse processo e vivenciaram comigo momentos incríveis.

A linguagem - a fala - é uma inesgotável riqueza de múltiplos valores. A linguagem é inseparável do homem e segue-o em todos os seus atos. A linguagem é o instrumento graças ao qual o homem modela seu pensamento, seus sentimentos, suas emoções, seus esforços, sua vontade e seus atos, o instrumento graças ao qual ele influencia e é influenciado, a base última e mais profunda da sociedade humana. Mas é também o recurso último e indispensável do homem, seu refúgio nas horas solitárias em que o espírito luta com a existência, e quando o conflito se resolve no monólogo do poeta e na meditação do pensador. Antes mesmo do primeiro despertar da nossa consciência, as palavras já ressoavam à nossa volta, prontas para envolver os primeiros germes frágeis de nosso pensamento e a nos acompanhar inseparavelmente através da vida, desde as mais humildes ocupações da vida cotidiana até os momentos mais sublimes e mais íntimos dos quais a vida de todos os dias retira, graças às lembranças encarnadas pela linguagem, força e calor. A linguagem não é um simples acompanhante, mas sim um fio profundamente tecido na trama do pensamento; para o indivíduo, é o tesouro da memória e a consciência vigilante transmitida de pai para filho. Para o bem e para o mal, a fala é a marca da personalidade, da terra natal e da nação, o título de nobreza da humanidade. O desenvolvimento da linguagem está tão inextricavelmente ligado ao da personalidade de cada indivíduo, da terra natal, da nação, da humanidade, da própria vida, que é possível indagar-se se ela não passa de um simples reflexo ou se ela não é tudo isso: a própria fonte do desenvolvimento dessas coisas (HJELMSLEV, 1975, p. 1-2).

RESUMO

A interação é um componente essencial do processo de comunicação na sociedade, permeia de alguma forma todas as relações sociais, sendo, ao mesmo tempo, um fenômeno linguístico e discursivo. O tempo todo estamos criando e recriando nossas identidades, provando e contestando posições ideológicas, estabelecendo e extrapolando fronteiras, lutando por lugares na sociedade, e tudo isso se dá na e pela linguagem. O presente trabalho teve como objetivo examinar um tipo de interação específica, a relação entre profissionais da saúde e pacientes do SUS, vista por meio de relatos colhidos em entrevistas realizadas com esses sujeitos em uma Unidade de Pronto Atendimento do SUS, localizada no interior do estado de São Paulo. Esses relatos foram documentados, os trechos mais relevantes foram transcritos e analisados, utilizando-se a teoria semiótica e estabelecendo diálogo com outras linhas de estudos do texto e do discurso, em especial com a Análise da Conversação e com a Análise do Discurso de linha francesa. Nessas entrevistas, realizadas com profissionais da saúde, tal como médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde, e com pacientes, pudemos perceber, sobretudo, a construção do *ethos* como um efeito da linguagem sobre os participantes da interação e ainda como essa situação comunicativa poderia ser um bom exemplo de como o tipo de interação pode ser definido por questões que vão além do critério puramente linguístico, uma vez que são levados em conta os papéis sociais assumidos pelos sujeitos, bem como questões socioeconômicas e culturais reveladas discursivamente.

Palavras-chave: Interação, saúde, semiótica, discurso, *ethos*.

ABSTRACT

Interaction is an essential component of the communication process in society, it permeates all social relations in some way, and is, at the same time, a linguistic and discursive phenomenon. All the time we are creating and recreating our identities, proving and contesting ideological positions, establishing and transcending boundaries, fighting for places in society, and all this happens in and through language. The present work aimed to examine a specific type of interaction, the relationship between health professionals and SUS patients, as seen through accounts collected from interviews conducted with these subjects in a SUS Emergency Care Unit located in the countryside of the state of São Paulo. These reports were documented, the most relevant excerpts were transcribed and analyzed using semiotic theory and establishing dialogue with other lines of text and discourse studies, especially with Conversation Analysis and French Discourse Analysis. In these interviews, conducted with health professionals, such as doctors, nurses, dentists and health agents, and with patients, we could notice, above all, the construction of ethos as a language effect on the participants of the interaction and how this could be a good example of how the type of interaction can be defined by issues that go beyond the purely linguistic criterion, since the social roles assumed in this communication situation are taken into account, as well as socioeconomic and cultural issues revealed discursively.

Keywords: Interaction, health, semiotics, discourse, ethos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 BASES FUNDAMENTAIS E ENCONTROS TEÓRICOS	13
2.1 TEORIA SEMIÓTICA E ENUNCIÇÃO	13
2.2 A TEORIA SEMIÓTICA EM CONTATO COM A ANÁLISE DA CONVERSAÇÃO	18
2.3 EM BUSCA DO ETHOS	21
3 O ESTUDO DAS RELAÇÕES HOSPITALARES SOB O PRISMA DO DISCURSO	25
3.1 ESTUDOS DO DISCURSO E DA INTERAÇÃO E A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE	25
3.2 A CONSTRUÇÃO DO ETHOS E DAS IMAGENS	27
3.2.1 Imagem do médico a partir do discurso dos pacientes e demais profissionais da saúde	28
3.2.2 Ethos do médico a partir de seu discurso	34
3.2.3 Imagem do paciente a partir do discurso do médico e dos outros profissionais da saúde	35
3.2.4 Ethos do paciente a partir de seu discurso	37
3.3 SOBRE A INTERINCOMPREENSÃO	38
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	49
ANEXO 1	49
ANEXO 2	52
ANEXO 3	53

1 INTRODUÇÃO

Nas palavras de Beth Brait (1995),

a interação é um componente do processo de comunicação, de significação, de construção de sentido e que faz parte de todo ato de linguagem. É um fenômeno sociocultural, com características linguísticas e discursivas passíveis de serem observadas, descritas, analisadas e interpretadas (p. 194).

É dessa forma que a interação permeia todas as relações sociais e contratuais. Onde há pessoas, há a manifestação da linguagem e logo há interação. As pessoas assumem o papel de sujeito que, em um jogo de fonte e efeito, manifestam a linguagem que é tanto usada para mera troca de informações cotidianas, quanto para discordâncias ou para gerir os papéis sociais.

O uso da linguagem é essencialmente argumentativo, nossas escolhas, mais ou menos conscientes, ao proferirmos um certo enunciado de um determinado modo e não de outro constroem uma força argumentativa. Essa força argumentativa está ligada às relações que estabelecemos com o outro, nos efeitos que causamos e, assim, na maneira como atuamos sobre o outro.

Dessa forma, a linguagem se apresenta como um ato. Sendo assim, a conversação, uma das formas de interação mais corriqueiras, é, portanto, “um ato social, no interior de situações interacionais que são modificadas ou mesmo construídas através desses atos” (KOCH, 2000, p. 107). Por este viés, é possível perceber que as interações seguem um fluxo que podem encontrar obstáculos à medida em que as questões sociais, culturais, entre outras, podem vir a se tornar uma interferência.

O tempo todo estamos criando e recriando nossas identidades, provando e contestando posições ideológicas, estabelecendo e extrapolando fronteiras, lutando por lugares na sociedade, e tudo isso se dá pela linguagem. Por meio da construção do *ethos*, que permeia todas as atividades comunicacionais, criamos e recriamos nossa identidade perante o outro. Esse conceito prevê que qualquer sujeito, em um cenário de interação, constrói uma imagem perante o interlocutor. Em outras palavras, a noção de *ethos* é a imagem que o falante revela de si próprio. Em uma situação de interação, as escolhas feitas pelo falante, conscientemente ou não, permitem, portanto, a construção de uma imagem de sua personalidade, de suas crenças, de sua cultura, de seu caráter moral, etc. Segundo Fiorin (2008), “o discurso não é

apenas um conteúdo mas também um modo de dizer, que constrói os sujeitos da enunciação” (p.157)

A presente pesquisa teve como objetivo examinar um conjunto de relatos sobre um tipo de interação específica, a relação entre profissionais da saúde e pacientes, utilizando-se da teoria semiótica e estabelecendo diálogo com outras linhas de estudos do texto e do discurso, em especial com a Análise da Conversação e com a Análise do Discurso francesa.

É preciso dizer ainda que este trabalho deu continuidade à Iniciação Científica intitulada: “A interação médico-paciente à luz da Semiótica e da Análise da Conversação: a (im)possibilidade do diálogo”, desenvolvida no ano de 2019 com o apoio da FAPESP e com aprovação do Comitê de Ética. Foi nessa pesquisa que tomamos como objeto de estudo o relato acerca da interação entre profissionais da saúde e pacientes e fizemos uma primeira análise, que procuramos aprofundar no trabalho atual.

Por meio de entrevistas realizadas com profissionais da saúde, tal como médicos, enfermeiros, dentistas e agentes de saúde, e com pacientes na Unidade Básica de Saúde do Parque Valença I da cidade de Campinas, no interior do estado de São Paulo, obtivemos um conjunto de entrevistas, a partir das quais pudemos selecionar trechos que poderiam melhor se encaixar no aporte teórico da pesquisa e, dessa maneira, suscitar reflexões sobre a interação entre profissionais da saúde e pacientes. Esses trechos foram transcritos e analisados, constituindo o nosso *corpus*. A partir disso, foi possível perceber, sobretudo, a construção do *ethos* como um efeito da linguagem sobre os participantes da interação, bem como o significado atribuído à vida, seu valor sagrado, e consequências na produção e manutenção de paixões que influenciam na condução dos diálogos.

A necessidade de se realizar esta pesquisa surgiu de uma percepção individual em que foi possível notar que certos familiares não conseguiam dialogar de modo claro com seus médicos e isso gerava muitas dificuldades na realização dos demais processos médicos. A partir de reflexões em torno desse acontecimento, pudemos traçar hipóteses e estratégias para se pensar na questão e, dessa forma, iniciamos a pesquisa.

Quando nos referimos à interação médico-paciente, a perda de fluidez nos diálogos pode gerar consequências muito profundas. Esse é o caso das entrevistas chamadas de *anamnese*, que, no contexto médico, têm por objetivo recolher informações dos pacientes e determinar um possível diagnóstico. Quando mal sucedidas, os processos posteriores são prejudicados, corroborando a falta de compreensão e uma má conduta no tratamento. A hipótese levantada é a de que os relatos colhidos por meio dessas entrevistas poderiam ser bons exemplos de como o tipo de interação pode ser definido por questões que vão além do

critério puramente linguístico, uma vez que são levados em conta os papéis sociais assumidos nessa situação de comunicação, bem como questões socioeconômicas e culturais reveladas discursivamente.

Para tanto, esta monografia encontra-se dividida em dois grandes capítulos. No capítulo teórico, intitulado de “Bases Fundamentais e Encontros Teóricos”, buscamos, de modo geral, lembrar os aspectos mais relevantes da história da teoria semiótica de linha francesa e de sua consolidação como uma teoria discursiva e pretendemos, ao longo das subseções, estabelecer diálogo entre a teoria semiótica e as teorias e conceitos do discurso que serão fundamentais para a compreensão das análises feitas a partir do *corpus*.

As análises acerca do nosso objeto de estudo se iniciam no capítulo intitulado “O estudo das relações hospitalares sob o prisma do discurso”. Durante a primeira subseção, apresentamos relações fundamentais entre os estudos do discurso e da interação e a antropologia da saúde para que possamos, enfim, nas seguintes subseções, analisar a construção do *ethos* dos profissionais da saúde e dos pacientes e ainda as imagens que cada um construiu do outro, um “ele” enunciado, nos relatos sobre a interação no ambiente hospitalar. Por fim, finalizamos nossas análises promovendo uma curta discussão a respeito do conceito discursivo de interincompreensão e sua relação com construções sócio-históricas e discursivas que culminam em construções identitárias.

2 BASES FUNDAMENTAIS E ENCONTROS TEÓRICOS

2.1 TEORIA SEMIÓTICA E ENUNCIÇÃO

A história da semiótica discursiva começa em meados dos anos 60 com Julien Greimas que, partindo dos estudos de Saussure (1916) e Hjelmslev (1930), dá continuidade aos estudos da significação (HÉNAULT, 2009), com a proposição de um percurso que daria conta da previsibilidade da gramática das relações entre sujeitos e objetos manifestada em textos (TEIXEIRA, 2014).

Segundo Lúcia Teixeira (2014), a semiótica estruturalista fez sucesso por um tempo, entretanto, a virada teórica acontece quando elementos como, por exemplo, o efeito de enunciação, a vida cotidiana, adentram as análises desses textos que passam a ser concebidos como discurso. A autora assinala, inclusive, que o rótulo de *semiótica discursiva* é fundamental na teoria semiótica, enfatiza a preocupação da semiótica com o discurso, mas sem deixar de lado as bases greimasianas. Para Barros (2005),

a semiótica, como se afirmou desde o início, procura hoje determinar o que o texto diz, como o diz e para que o faz. Em outras palavras, analisa os textos da história, da literatura, os discursos políticos e religiosos, os filmes e as operetas, os quadrinhos e as conversas de todos os dias, para construir-lhes os sentidos pelo exame acurado de seus procedimentos e recuperar, no jogo da intertextualidade, a trama ou o enredo da sociedade e da história. Se os estudos do texto buscam, em geral, os objetivos comuns de conhecimento do texto e do homem, a semiótica pode, quem sabe, somar a outros os passos que tem dado nessa direção (p. 79).

Uma das proposições metodológicas talvez mais robustas da semiótica discursiva é o *percurso gerativo do sentido* que, no estudo dos textos entendidos pela semiótica “como representação do fazer do homem no mundo” (TEIXEIRA, 2014, p. 227), dá conta do plano de conteúdo. Este abarca três importantes níveis de análise que vão do mais abstrato e simples ao mais concreto e complexo no estudo do texto. Cada nível prevê uma sintaxe e uma semântica próprias.

Ainda segundo Barros (2005), o nível fundamental é o primeiro nível do percurso do sentido. É, portanto, o nível mais abstrato e simples. Aqui, os sentidos são entendidos como uma categoria formada por dois termos, como por exemplo vida e morte, que são sobredeterminados pela forma, podendo ser *eufóricos* e outro *disfóricos*. Suas relações de contrários e subcontrários podem ser representadas por meio do *quadrado semiótico*. O

componente semântico reside na oposição entre termos, enquanto o componente sintático reside na afirmação e negação desses termos.

No nível narrativo, segundo nível de análise, prevê-se um simulacro da ação do ser humano no mundo, compreende-se, para esse fim, a narratividade como transformação de estados dos actantes. A sintaxe narrativa comporta: os enunciados elementares compostos por enunciados de estado e enunciados de fazer e os diferentes programas, compostos por valores modais e descritivos no âmbito da semântica narrativa. A combinação de programas forma os percursos narrativos que apresentam um esquema narrativo canônico formado por: manipulação, ação e sanção. No componente semântico, encontramos os valores investidos nos objetos bem como as modalizações do fazer, divididas entre modalidades virtualizantes, modalidades atualizantes e modalidades realizantes, e as modalizações do ser, que apontam para estados de alma dos sujeitos, conforme comentaremos a seguir.

Esses esquemas narrativos se submetem à existência passional dos sujeitos. Segundo Barros (2005, p. 48), “numa narrativa, o sujeito segue um percurso, ou seja, ocupa diferentes posições passionais saltando de estados de tensão e de disforia para estados de relaxamento e euforia e vice-versa”. As paixões, como resultado de construções sociais e afetivas, influenciam na maneira como se conduz um percurso. Os sujeitos se valem de suas crenças e esperanças e sobre elas mobilizam as palavras e agem de determinada maneira. Para além do descritivismo, as oposições fundamentais, a manipulação (fazer-fazer), a ação (competências e performances), a sanção (cognitiva e pragmática) e as paixões podem ser percebidas em quaisquer aspectos da vida humana, seja em um percurso narrativo da literatura, seja na condução de um diálogo, uma vez que a semiótica se propõe a estudar o modo humano de existir na linguagem, “cada texto concretiza de modo diferente os esquemas de previsibilidade do nível semionarrativo, que abrange os dois primeiros patamares de produção do sentido” (TEIXEIRA, 2014, p. 229).

Entender o conceito de texto dessa maneira, como totalidade de sentido, nos permite enxergar desde aqui o encontro da teoria semiótica com as teorias do discurso, incluindo nestas as teorias da comunicação, que serão muito importantes para entender, por exemplo, a relação entre profissionais da saúde e pacientes.

Por fim, o nível discursivo é o nível mais concreto e, portanto, mais complexo. Nesse nível, trabalha-se com categorias mais específicas. A semântica discursiva trata da tematização e da figurativização como níveis de concretização. A segunda recobre a primeira por meio de traços sensoriais, particularizando os discursos abstratos.

Nos discursos temáticos enfatizam-se os efeitos de enunciação, isto é, de aproximação subjetiva ou de distanciamento objetivo da enunciação, em detrimento dos efeitos de realidade, que dependem mais fortemente dos procedimentos de figurativização (BARROS, 2005, p. 69).

A sintaxe discursiva, por sua vez, trata da instalação de pessoas, tempos e espaços. Aqui, neste componente, a enunciação tem papel crucial, “a enunciação é a instância constitutiva do enunciado” (FIORIN, 2016, p.31). É nela que as categorias de pessoa, tempo e espaço serão reveladas.

Na instância da enunciação, enunciador e enunciatário, constituintes do sujeito da enunciação, operam a interação que se concretiza, no discurso, em actantes particulares, como narrador e narratário, correspondentes ao destinador e destinatário explicitamente instalados no enunciado, e interlocutor e interlocutário, que são os actantes do enunciado com voz delegada pelo narrador. O jogo de vozes é elemento importante para compreender não só os diferentes pontos de vista confrontados no discurso mas também a presença da subjetividade no enunciado, que ultrapassa a projeção em 1ª pessoa, do mesmo modo que a projeção da 3ª pessoa não assegura a objetividade do discurso. É também por meio desse jogo de vozes que se opera a argumentação, tratada pela semiótica como um programa de manipulação, em que um destinador age sobre um destinatário, para convencê-lo e persuadi-lo a fazer algo ou a crer em alguma coisa (TEIXEIRA, 2014, p. 229, 230).

É no nível discursivo que as escolhas, mais ou menos conscientes, dos sujeitos se tornam mais evidentes e importantes na constituição do sentido. Nesse âmbito, o modo como algo é dito se torna mais importante do que o que é dito. O enunciador e o enunciatário constituem a instância da enunciação. Isso porque todo “eu” pressupõe um “tu”. Todo enunciado é pensado e formulado de acordo com o outro e esse outro se torna co-produtor do enunciado e, portanto, um co-enunciador. Por meio desse jogo de vozes, é possível perceber a intersubjetividade de cada ato, pontos de vistas sendo confrontados no discurso, por meio de programas de manipulação. Isso porque, narrativizando a enunciação, podemos entender o enunciador como um destinador e o enunciatário como um destinatário, estabelecendo-se, assim, um contrato enunciativo. Segundo o Dicionário de Semiótica (1979),

ele [o contrato fiduciário] se manifesta, entretanto, também no nível da estruturação da enunciação e apresenta-se como um **contrato enunciativo** (termo proposto por F. Nef), ou como **contrato de veridicção***, já que visa estabelecer uma convenção fiduciária entre o enunciador e o enunciatário, referindo-se ao estatuto veridictório (dizer-verdadeiro) do discurso enunciado (GREIMAS; COURTÉS, 1979, p. 86, grifo do autor)

Dessa forma, os autores propõem que há uma relação entre o contrato fiduciário, do nível narrativo, e a enunciação, promovendo uma intersecção entre as teorias. Para compreender o que acontece no interior dos enunciados e em sua narrativização, é preciso

entender o funcionamento deste contrato enunciativo que promove uma espécie de acordo fiduciário entre enunciador e enunciatário no interior do discurso enunciado. Assim, os estudos da enunciação se tornam bastante caros aos estudos semióticos.

Para Barros (2005), “A teoria semiótica examina a enunciação enquanto instância pressuposta pelo discurso, em que deixa marcas ou pistas que permitem recuperá-la” (p.74) Por meio da enunciação, os sujeitos são insaturados nas categorias de pessoa, espaço e tempo nos enunciados, caracterizando as operações de debreagem e embreagem. A embreagem é marcada pelo efeito de retorno à enunciação, causando uma neutralização das categorias de pessoa, espaço ou tempo pela denegação da instância do enunciado. A debreagem, por sua vez, é a operação em que o sujeito disjunge de si e projeta para fora de si as categorias de pessoa, espaço e tempo. A debreagem em cada categoria pode ser enunciativa ou enunciva criando, assim, os efeitos de subjetividade e objetividade, respectivamente.

Compreendendo a existência humana *na* linguagem – não mediada *pela* linguagem, não possível *através da* linguagem, mas *na* linguagem –, a semiótica recupera, na metodologia de análise, as coerções, impossibilidades e obrigatoriedades, bem como a possibilidade da rebeldia e da recusa que caracterizam a vida social (TEIXEIRA, 2001, p. 3).

Fiorin (2016) se baseia em Greimas (1979) para dizer que quando o sujeito da enunciação se apropria da linguagem e a põe em funcionamento, se designando como um “eu”, ele constrói o mundo e constrói a si mesmo pelo seu ato de fala, uma vez que, segundo Benveniste (1966), é na e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito. Na e pela linguagem, construímos o nosso mundo e construímos a nós mesmos, isso porque é pela linguagem que criamos nossa identidade perante o outro.

Vale ressaltar que essas construções identitárias por meio da linguagem se estabelecem por meio de simulacros. O enunciador 1 constrói uma imagem de si, levando em consideração o que ele imagina que o seu enunciatário faça dele. O enunciatário, ao mudar para a posição de enunciador 2, constrói uma imagem de si de acordo com a que ele imagina que o enunciador 1 faça dele. Dessa forma, não temos acesso à pessoa real, mas sim à projeção dela nos enunciados. Esse simulacro estabelecido entre enunciador e enunciatário (ou co-enunciador) remonta ao conceito da Retórica Clássica, nomeado de *ethos*, que ecoa na construção discursiva, conceito este que Maingueneau operacionalizou nos domínios da Análise do Discurso em meados dos anos 80.

É preciso ainda, para melhor compreensão do fenômeno, extrapolar o conceito de linguagem tido como mera representação do mundo e do pensamento, ela é, antes de tudo,

uma forma de interação social, tal como propôs Koch (2000). Faz-se necessário entender a linguagem humana a partir do “lugar de interação, de constituição de identidades, de representações de papéis, de negociação de sentidos” (p.110).

Na teoria semiótica, é preciso notar que, segundo Greimas (1983), o ato da linguagem é, antes de tudo, um ato. Este, por sua vez, é um fazer ser de um sujeito sobre o outro e usa dois predicados elementares: o primeiro é caracterizado por uma relação de transformação, e o segundo é marcado por uma relação de junção, assim existem dois tipos de sujeito: um sujeito do fazer e outro de estado (FIORIN, 2009). O sujeito realizador necessita estar modalizado pelo querer, pelo dever, pelo saber e pelo poder fazer, essas modalidades incidem sobre o fazer, enquanto há um sujeito do estado que espera pela conjunção ou disjunção com seu objeto-valor. Em nosso *corpus*, a cura, ou mesmo a própria vida, são os objetos-valores a serem alcançados, um diagnóstico e, posteriormente, um tratamento médico são, portanto, objetos modais que possibilitam isso.

O dever-fazer médico evidencia a modalização do sujeito do fazer profissional que, por sua situação institucional, é revestido de autoridade pelo seu saber medicinal, sendo, portanto, modalizado pelo saber-fazer. Logo, está conjunto também a um poder-fazer conferido por seu diploma e um dever-fazer dado socialmente no momento em que o médico se torna médico, algo tradicionalmente evidenciado pelo Juramento de Hipócrates, realizado na ocasião da formatura dos médicos.

Além disso, Barros (2006), em “Procedimentos e recursos discursivos da conversação”, propõe que entre os interlocutores permeiam micro relações de envolvimento afetivo e emocional, uma vez que esses efeitos passionais que emergem da confiança, do interesse, da desilusão, recobertos nos processos de repetição, paráfrase, correção, e outros, estão relacionados às relações que os sujeitos constroem um em relação ao outro e, dessa forma, os papéis passionais dos participantes da cena enunciativa vão-se construindo por meio desses procedimentos discursivos.

A análise da conversação sempre se preocupou, nos dois grandes momentos de sua história, com o que se poderia chamar de ‘micro-relações sociais’, isto é, com as relações intersubjetivas de envolvimento emocional dos sujeitos, por via da conversação (BARROS, 2006, p. 60).

É importante ressaltar que, segundo a literatura especializada, na relação médico-paciente foi sendo construída uma imagem sagrada acerca da profissão médica, isso ocorre porque dizer sobre a vida sempre envolveu um impasse entre o sagrado e o humano. O

médico, visto como responsável por garantir a vida, atrai sentimentos de confiança, crença e esperança do paciente, pois o seu saber medicinal eufórico está restrito a poucas pessoas e pode ser visto como o único empecilho para a morte.

A doença, em todas as sociedades, suscitou uma necessidade de explicação que se expressou em abundante mitologia: vingança de uma divindade ofendida ou castigo à ambição dos homens. Essa persistente ideia de cólera divina precisou ser narrada na antiguidade: a Bíblia apresenta muitos exemplos históricos de enfermidade, assim como faz Heródoto, o pai da História, ou Tucídides, que descreve com detalhes a peste entre os gregos (CONSTANTINO; SCHWARTSMAN, p. 32, 2010).

Assim, na tradição judaico-cristã e mesmo greco-romana, a vida era tida como um presente divino distribuído de forma desigual, o que demonstraria o favor de uma divindade sobre a humanidade. Logo, as doenças representariam o castigo por divindades ou por espíritos sobrenaturais sobre algo acometido e a morte seria o mais alto nível de punição. Essa relação explica por que os processos de cura, muitas vezes, ficam a cargo de sacerdotes e sujeitos destinados por figuras divinas.

Somam-se a esse grupo os titulados médicos que, desde a antiguidade, agiam para enfrentar as doenças e perturbações na sociedade. Seu conhecimento, além de contestar o poder divino sobre todas as coisas, é restringido a um determinado público detentor dos saberes capazes de garantir a vida, algo que só um deus poderia dar e que só um deus poderia tirar, no entanto, agora, a vida pode estar também aos cuidados de um humano, que não institui um deus como seu destinador. Esse breve comentário sobre as relações entre o divino e o humano que permeiam processos de cura pode contribuir para refletir sobre as expectativas e sentimentos mobilizados na relação entre médico e paciente e serão mais bem desenvolvidos ao longo das análises.

2.2 A TEORIA SEMIÓTICA EM CONTATO COM A ANÁLISE DA CONVERSAÇÃO

A história da análise da conversação foi marcada por dois grandes momentos. Esta advém de uma vertente da sociologia que propunha um primeiro interesse a partir dos mecanismos de organização da conversação e das relações intersubjetivas que nela se estabelecem, a etnometodologia. Assim, Harold Garfinkel contribuiu com os estudos da conversação com a obra *Studies in Ethnomethodology*, publicada em 1960, dando início aos estudos que

Investigam como, nos eventos de fala-em-interação, as pessoas se organizam de forma a constituir essas identidades (e relações) de maneira que elas sejam relevantes socialmente em contextos situados. A AC pode ser entendida, então, como o aparato metodológico através do qual essa investigação é passível de ser realizada (SILVIA et al., 2009, p. 2).

Em 1974, é publicada a obra de Harvey Sacks, Emanuel a. Schegloff e Gail Jefferson, *A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation*, que, como um divisor de águas, propõe uma análise da conversação preocupada em demonstrar que, ao contrário do que se pensava, a conversa não é uma ação tão caótica quanto parece e que, por meio da fala, as pessoas se organizam socialmente. A partir desse momento, inicia-se uma segunda etapa na qual os analistas da conversação voltam-se para os procedimentos linguísticos-discursivos do texto falado que incluem estabelecer relações de envolvimento interpessoal.

Schegloff (1972) declara a existência de uma unidade dialógica mínima que reafirma a organização da conversação, de forma a determinar a sequenciação de turnos em uma produção conversacional entre dois ou mais falantes, essa unidade foi denominada *par adjacente*. Isso garantiria que, em uma conversação, os turnos fossem sequenciados pela relação de um turno ao outro, podendo ou não ser uma relação de pergunta-resposta. Marcuschi, anos depois, reafirma que “a conversação consiste normalmente numa série de turnos alternados, que compõem sequências em movimentos coordenados e cooperativos” (1986, p. 34).

Para Dino Pretti, em “Alguns Problemas Interacionais da Conversação” (2002), isso se deve ao fato de que a situação interacional ocorre com um único foco de atenção visual e cognitiva, em que os falantes por um momento se concentram um no outro. Assim, a interação conversacional prevê a reciprocidade de comportamento das pessoas envolvidas, seja de cooperação ou conflito, pois estarão ligadas pelos conhecimentos que partilham e, acima disso, por fatores socioculturais, revelados na maneira como produzem seu discurso e conduzem o diálogo. Dessa forma, “quando dois falantes interagem sobre um tema, um único texto está sendo construído pela confluência das intervenções de ambos” (HILGERT, 2006, p.166).

O falante apresenta estratégias conversacionais, logo, conforme mostra Koch (2000), a conversação não acontece ao acaso, mas há um planejamento por parte do falante que, em uma situação conversacional, planeja e replaneja a cada “lance” do jogo interacional a organização discursiva de seus diálogos para que seja compreendido por seu ouvinte, para promover o conhecimento ou mesmo a participação do outro. Entretanto, quando suas

estratégias e soluções não são bem sucedidas, a conversação tende a desorganizar-se e isso pode precipitar a incompreensão e até mesmo o fim do diálogo.

Essa dita organização dos diálogos se dá à medida que o locutor assume também um papel ativo mesmo quando apenas escuta, essa atividade resulta em um papel de co-enunciador. As interações revelam o concatenamento das enunciações, de forma que uma enunciação é baseada na anterior para que, assim, surja uma nova resposta. Em outras palavras, ao tomar a palavra, o enunciador se vale do que o seu enunciatário proferiu, o próximo enunciador atribui sentido à enunciação do primeiro e, desse modo, produz a sua resposta. Assim, o sentido do diálogo não é o que é dito, mas sim o sentido construído pelos interlocutores na sequência das enunciações.

A perda de organização nos diálogos, bem como o fim dos diálogos podem ser resultado de um encadeamento mal sucedido de enunciações, podendo ou não causar perdas para os falantes. Essa perda pode significar que entre os pares não havia um entendimento mútuo. Questões extralinguísticas também podem motivar diálogos mais ou menos fluídos, como questões históricas, sociais e culturais, uma vez que todo discurso, seja materializada pela fala seja pela escrita, resulta de condições de produção historicamente definidas.

Quando nos referimos à interação médico-paciente, a perda de fluidez nos diálogos pode gerar consequências muito mais profundas. Esse é o caso das entrevistas chamadas de anamnese, que têm por objetivo recolher informações e determinar um possível diagnóstico. Quando malsucedida, os processos posteriores são prejudicados, corroborando uma má conduta no tratamento.

É importante ressaltar que “a anamnese tem como um de seus fundamentos o alcance de uma boa relação médico-paciente, que objetiva o vínculo, a adesão ao tratamento, a confiança e maior fidedignidade das informações prestadas pelo paciente” (BALDUÍNO et al. 2012, p. 337) e advém daí a sua importância, uma vez que

as informações colhidas sobre questões referentes à subjetividade do paciente contribuem para uma interpretação melhor dos sintomas pelo médico, para melhorar seu relacionamento com o paciente e para reduzir o sofrimento deste, podendo ainda ser de grande ajuda para desfazer associações inapropriadas ou redirecionar o raciocínio clínico do profissional (BALDUINO et al., 2012, p. 337).

O processo de anamnese não pode ser entendido, portanto, apenas como um processo de entrevista em que perguntas se sucedem, mas sim como a construção de uma história clínica que permite “a formação de vínculo com o paciente, para a compreensão das percepções e vivências do paciente, para a correta condução da entrevista” (Balduino, et al.

2012, p. 337), uma vez que “a relação médico-paciente, dada a transcendência psicológica do adoecer físico ou psíquico, é um dos fatores mais importantes a serem levados em conta no contexto da atenção médica, concretamente no marco da entrevista médica ou anamnese”. (DUARTE; DE CASTRO, 2007, p.1) e nisto consiste a importância da relação médico-paciente na construção e manutenção dos diálogos que, embora assimétricos, podem e devem ter sua assimetria atenuada.

2.3 EM BUSCA DO *ETHOS*

Segundo Roland Barthes (1987), a retórica comportou progressivamente variadas práticas, tais como ensinamento, técnica, ciência, moral, prática lúdica e prática social, esta, por sua vez, permitia às classes dirigentes garantir para si a propriedade da palavra: “Sendo a linguagem um poder, decidiu-se das regras seletivas de acesso a esse poder, constituindo-o em pseudociência, fechada para ‘aqueles que não sabem falar’” (p. 6)

Dessa forma, os estudos linguísticos têm como gatilho os estudos retóricos que eram concebidos como a arte do bem falar e apresentavam a tripartição do discurso argumentativo: *ethos*, *pathos* e *logos*. Barthes (1970) afirma que o *ethos* é composto por “traços de caráter que o orador deve mostrar ao auditório (pouco importa sua sinceridade) para dar uma boa impressão (...) O orador enuncia uma informação e, ao mesmo tempo, diz: eu sou isto aqui, não aquilo lá” (p. 212 *apud* MAINGUENEAU, 2008, p. 13). O interesse da análise de discursos não se centra em verificar a veracidade desses traços, mas sim em entender o papel desempenhado por eles em um determinado contexto discursivo, ou seja, o interesse está em sua produção de sentidos.

O conceito de *ethos*, também denominado de *caráter*, foi cunhado primeiramente na retórica antiga nos estudos aristotélicos. Conforme já mencionamos, compunha a tríplice: *ethos*, *pathos* e *logos*, conjunto de conceitos que todo bom orador deveria mobilizar em suas falas públicas. Para além disso, a conceitualização de *ethos* foi pauta sob o prisma da enunciação, ou seja, do modo como algo era dito e não apenas ao que era dito.

persuade-se pelo caráter [=ethos] quando o discurso tem uma natureza que confere ao orador a condição de digno de fé; pois as pessoas honestas nos inspiram uma grande e pronta confiança sobre as questões em geral, e inteira confiança sobre as que não comportam de nenhum modo certeza, deixando lugar à dúvida. Mas é preciso que essa confiança seja efeito do discurso, não uma previsão sobre o caráter do orador (ARISTÓTELES, 1356a, p. 5-6 *apud* MAINGUENEAU, 2008, p.13).

O conceito é pautado de modo que o *ethos* seja entendido como um trabalho entre locutor e destinatador ou, em termos enunciativos, enunciador e co-enunciador. Maingueneau (2008) afirma que o *ethos* está crucialmente ligado ao ato de enunciação e tece algumas considerações fundamentais sobre o seu funcionamento, são eles:

- o *ethos* é uma noção discursiva, ele se constrói através do discurso, não é uma “imagem” do locutor exterior à sua fala;
- o *ethos* é fundamentalmente um processo interativo de influência sobre o outro;
- é uma noção fundamentalmente híbrida (sócio-discursiva), um comportamento socialmente avaliado, que não pode ser apreendido fora de uma situação de comunicação precisa, integrada ela mesma numa determinada conjuntura sócio-histórica (p. 17)

Entender o *ethos* como elemento fundamental de qualquer enunciação permite perceber a interação como altamente intersubjetiva.

O enunciador constrói-se no e pelo ato enunciativo, pois aquilo que fala, escreve e comunica representa suas concepções e traços ideológicos, os quais são, por sua vez, interpretados por outro sujeito – aquele para quem a enunciação é direcionada. Este receptor, em certo momento, toma a fala e direciona uma resposta ao sujeito primeiro, o qual passa a ocupar, então, o papel de destinatário e não mais de locutor. No momento em que esta troca é realizada, a transformação e a reconstrução dos sujeitos são viabilizadas, afinal, ao menos parte do que foi manifestado pelo outro é apreendido e incorporado às concepções, agora reformuladas, do sujeito (BOHN; FREITAS, 2018, p. 8).

Maingueneau (1996) entende o *ethos* não apenas como um meio de persuasão, mas como um dispositivo enunciativo o qual está intimamente ligado à situação enunciativa e suas correlatas condições de produção.

O *ethos* é parte integral desse dispositivo como o vocabulário ou as formas de circulação próprias do modo de existência do enunciado. Não é dissociável da situação de enunciação do discurso, o que designamos como cenografia (MAINGUENEAU, 1996, p.82 *apud* CARREON, 2016, p. 10).

Na teoria discursiva, o *ethos* está, portanto, ligado à enunciação, a imagem do locutor é construída pela forma pela qual algo é dito e não necessariamente pelo que é dito. Logo, podemos afirmar que, na prática cotidiana, os sujeitos se valem da língua para, além de tudo, demonstrar sua identidade, isso é posto não apenas pelo que se fala, mas por como se fala, uma vez que o *ethos* não está no enunciado, mas na enunciação. Assim se constrói um jogo de aparências criado pela imagem do falante:.

O poder de persuasão de um discurso toma, em grande medida, o fato de que ele incentiva o destinatário a se identificar ao movimento de um corpo, mesmo que muito esquemático, investido de valores historicamente especificados. As “ideais” criam adesão do leitor através de uma *maneira de dizer* que é também uma *maneira de ser* (MAINGUENEAU, 2016, p.13).

Vale lembrar que o uso da linguagem é essencialmente argumentativo. Essa força argumentativa cria certas relações com o outro, produz efeitos e faz com que nosso discurso *aja* sobre o outro de determinada maneira. Dessa forma, a linguagem se apresenta como uma constante ferramenta de manipulação (mais ou menos voluntária), o tempo todo estamos convencendo o outro de algo e ainda produzindo nossa imagem perante o outro.

É o *ethos* (caráter) que leva à persuasão, quando o discurso é organizado de tal maneira que o orador inspira confiança. Confiamos sem dificuldade e mais prontamente nos homens de bem, em todas as questões, mas confiamos neles, de maneira absoluta, nas questões confusas ou que se prestam a equívocos. No entanto, é preciso que essa confiança seja resultado da força do discurso e não de uma prevenção favorável a respeito do orador (ARISTÓTELES I, 1356^a *apud* FIORIN, 2004, p. 18).

Na teoria semiótica, a noção de *ethos* baseia-se na construção do simulacro do enunciador, não se relaciona com o psiquismo, mas sim como uma construção identitária que se vale da linguagem. Portanto, não se tem acesso ao sujeito real, além disso, o interesse dos semioticistas dirige-se ao sujeito criado como efeito do discurso.

O *ethos* explicita-se na enunciação enunciada, ou seja, nas marcas da enunciação deixadas no enunciado. Portanto, a análise do *ethos* do enunciador nada tem do psicologismo que, muitas vezes, pretende infiltrar-se nos estudos discursivos. Trata-se de apreender um sujeito construído pelo discurso e não uma subjetividade que seria a fonte de onde emanaria o enunciado, de um psiquismo responsável pelo discurso. O *ethos* é uma imagem do autor, não é o autor real; é um autor discursivo, um autor implícito (FIORIN, 2008, p. 82).

Para Fiorin (2008), o que está em jogo é um simulacro de imagens construídas pelos enunciadorees que evidenciam as marcas desse *ethos* em suas enunciações. Como um produto do discurso, esse simulacro sempre está presente.

Já em meados da década de 90, os postulados de Hjelmslev demonstravam que, por meio da linguagem, o ser humano faz muito mais do que apenas dizer coisas. Sendo ela inseparável do homem, ela o segue em todos os seus atos. O tempo todo estamos dizendo coisas e, a medida que dizemos certas coisas, dizemos também sobre nós, construímos nossa identidade, tecemos nossa vida, “a linguagem não é um simples acompanhante, mas sim um fio profundamente tecido na trama do pensamento” (HJELMSLEV, 1975, p. 1).

Apresentaremos, neste trabalho de conclusão de curso, nossas análises a respeito do *ethos* do médico e do paciente e ainda das imagens que cada um construiu do outro ao longo das entrevistas. Essas análises nos mostram que a construção do *ethos* é transpassada pela história, pela memória, pelo social, pelas construções identitárias e pelas constantes tentativas de persuasão e manipulação.

3 O ESTUDO DAS RELAÇÕES HOSPITALARES SOB O PRISMA DO DISCURSO

3.1 ESTUDOS DO DISCURSO E DA INTERAÇÃO E A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Os estudos antropológicos a respeito da saúde, em sua maioria, nos apontam para o estabelecimento de uma relação necessária entre cultura, antropologia e saúde, afinal os pacientes são percebidos como pertencentes a diversos sistemas culturais, religiosos e étnicos.

Os autores Langdon e Wiik (2010), a partir de estudos da antropologia e da biomedicina, defendem que o sistema de saúde seja visto como um sistema cultural, em que a prática médica é analisada a partir da perspectiva, além de tudo, transcultural. Dessa forma, para eles, o sistema de atenção à saúde precisa ser, ao mesmo tempo, um sistema cultural e um sistema social de saúde, uma vez que “o sistema cultural de saúde ressalta a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre saúde e inclui os conhecimentos, percepções e cognições utilizadas para definir, classificar, perceber e explicar a doença” (p. 179).

O cultural e o social oferecem meios para que o sistema de saúde forneçam aos pacientes uma medicina mais humanizada, voltada ao sujeito que deve ser visto como um ser localizado em um período histórico e num espaço geográfico, transpassado pela cultura, pela sociedade e inscrito em uma formação discursiva específica, visto, portanto, como um ser político, produtor de sentidos e significados.

O sistema de atenção à saúde é tanto um sistema cultural quanto um sistema social de saúde. Define-se, aqui, sistema social de saúde como aquele que é composto pelas instituições relacionadas à saúde, à organização de papéis dos profissionais de saúde nele envolvidos, suas regras de interação, assim como as relações de poder a ele inerentes (LANGDON; WILK, 2010, p. 179).

O fato de o sistema de saúde ser atravessado pelos sistemas cultural e social faz, portanto, com que as interações envolvendo profissionais da saúde e pacientes sejam perpassadas por questões relacionadas à saúde, à história, aos papéis profissionais, às relações de poder. No entanto, seria importante ir além para se considerar o sistema de saúde como um sistema não apenas transpassado pelo cultural, mas como um sistema cultural de saúde, o que significa compreender os múltiplos comportamentos dos sujeitos envolvidos nesta interação.

embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde

como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos. (LANGDON; WIJK, 2010, p. 179)

Para que o sistema de saúde seja pensado como um sistema cultural, torna-se inevitável refletir sobre a linguagem, afinal, a linguagem está intrinsecamente relacionada ao aspecto cultural de cada sujeito pertencente a cada sociedade. É por meio da linguagem que os sujeitos produzem e compartilham cultura, é por meio da linguagem que o aspecto social e o cultural de cada sujeito entram em contato. O uso da língua não se restringe à mera mobilização do instrumental linguístico enquanto sistema gramatical, mas acontece pela combinação das normas e estratégias com regras culturais, sociais e situacionais percebidas e desenvolvidas pelos participantes da conversação. No campo da saúde, ocorre de igual modo, é possível ainda perceber como o ato comunicativo, na relação entre profissionais da saúde e pacientes, por si só pode ser carregado de tensões socioculturais, principalmente quando tratamos de uma interação permeada por microrrelações de envolvimento afetivo e emocional. Tais relações, que emergem da confiança, do interesse, dos medos, são construídas com base, entre outros aspectos, em questões sociais e culturais.

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), “o trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial” (p. 49). A importância da interação na área da saúde traz para os estudos a necessidade de se enxergar a interação conversacional pela ótica do discurso, a qual vê a interação social entre os sujeitos como sendo gerida também pela formação ideológica dos interlocutores, bem como por meio das marcas do lugar que ocupam na sociedade e naquela interação específica, seja esse lugar uma classe social, seja uma profissão destacável. Vejamos:

No voltar-se à presença do outro no cuidado em saúde, deve-se ter claramente quem é este outro. Deve-se compreender e ter uma escuta deste outro como aquele que construiu e constrói uma história particular de existência, mas que não é separado do mundo que o rodeia em seus significados compartilhados (ANÉAS; AYRES, 2004, p. 658-659).

É preciso, portanto, no campo da saúde, compreender o outro como um sujeito complexo que é constituído, ao mesmo tempo, individualmente por uma história própria, uma história de si, e é também transpassado por conjunturas coletivas e sociais e esses aspectos interferem na forma como os diálogos nas relações hospitalares são conduzidos.

Partindo dessas primeiras reflexões, nesta pesquisa, propusemo-nos a analisar a relação entre profissionais da saúde e pacientes em uma Unidade Básica de Saúde na cidade

de Campinas no interior de São Paulo. Para isso, entrevistamos 05 pacientes e 05 profissionais da saúde, entre os quais, 02 médicos, 01 enfermeira, 01 dentista e 01 agente de saúde. Para compor o *corpus*, foram necessárias duas etapas. Num primeiro momento, os entrevistados responderam a um questionário sociodemográfico (disponível no anexo 2), cujo intuito era obter informações sobre os entrevistados no que diz respeito ao sexo, faixa etária, cidade natal, escolaridade; em seguida, realizamos a entrevista com perguntas abertas (disponível no anexo 3) a fim de oferecer ao entrevistado liberdade para se expressar. Essas entrevistas foram gravadas, e os trechos que mais se adequaram ao aporte teórico foram transcritos segundo as normas do NURC, tendo em vista a proposta de transcrição de conversações apontada por Marcuschi em seu livro *Análise da Conversação* (1999). Em seguida, as entrevistas foram analisadas.

Para este objeto de estudo, o que mais importa não são apenas as diferenças intralinguísticas que as diferenças culturais promovem. Quando pensamos sobre a relação médico-paciente em um mesmo recorte espacial, o que está em jogo não são apenas as assimetrias interacionais motivadas, por exemplo, pelas diferenças culturais dadas pelas diferenças de origem geográfica dos indivíduos, mas estão em jogo também outros aspectos extralinguísticos tais como dessemelhanças históricas, sociais e econômicas dos sujeitos, que podem vir a promover o surgimento de possíveis atritos nas interações.

Além disso, não apenas as dessemelhanças podem causar assimetrias, mas há construções sociais cristalizadas no discurso - muitas vezes comuns aos sujeitos da interação - que podem ser prejudiciais à comunicação tal como veremos a seguir. Todos esses elementos serão tomados a partir de sua construção discursiva, e procuraremos verificar de que modo aparecem na construção do *ethos* pelos enunciadorees e nas imagens percebidas em relação a outros atores que fazem parte do SUS. É sobre essas questões apontadas que se centrarão as próximas análises.

3.2 A CONSTRUÇÃO DO *ETHOS* E DAS IMAGENS

Tal como mencionamos em tópicos anteriores, por meio da criação de simulacros, os entrevistados evidenciaram a construção de seu *ethos* -- entendido a partir do conceito de ator da enunciação -- quando falavam de si e, ao falar do outro, esses entrevistados construíram a imagem que entendiam do outro, tido como ator do enunciado. Esse jogo de imagens não é algo acidental, mas está fincado na história, no social e em memórias e construções sociais cristalizadas.

Remetendo à instância da enunciação e aos procedimentos de debreagem e embreagem, o enunciador utiliza-se do sema da individualização ao falar do outro e, assim, cria-se um ator investido de características que o individualizam. Esse ator pode ser coletivo ou individual, figurativo ou não-figurativo. Ainda, segundo Greimas e Courtés (1979):

seu conteúdo semântico próprio parece consistir essencialmente na presença do sema individualização que o faz parecer como uma figura autônoma do universo semiótico [...] A individualização de um ator marca-se frequentemente pela atribuição de um nome próprio, sem que tal coisa constitua, sem si mesma, a condição *sine qua non* da sua existência (um papel temático qualquer, “o pai” por exemplo, muitas vezes serve de denominação do ator) (p. 24)

A partir disso, por meio de sua instauração na enunciação e desses papéis, é possível perceber nas maneiras como os diferentes sujeitos usuários do SUS narrativizam e discursivizam sua interação, como constroem esse ator da enunciação e, partir disso, constroem a imagem de si e do outro nos enunciados.

O ponto chave desses simulacros é que essas imagens são construídas com base em fatores que ultrapassam o âmbito linguístico e atingem o social, o cultural e, portanto, o discursivo. Desse ponto de vista, torna-se possível enxergar a conversação pela ótica da semiótica discursiva, a partir da noção de texto e de interação. Aquilo que é proferido por um indivíduo, assim como a sua postura dentro da interação tem relação com os contratos fiduciários instituídos socialmente, com a formação ideológica dos interlocutores, assim como com os papéis sociais que gerem as interações (FIORIN, 2016).

Vejamos como isso apareceu nas entrevistas realizadas.

3.2.1 Imagem do médico a partir do discurso dos pacientes e demais profissionais da saúde

De início, é preciso entender que, do ponto de vista histórico-discursivo, foi construída uma imagem sagrada acerca da profissão médica, isso ocorre porque dizer sobre a vida sempre envolveu um impasse entre o sagrado e o humano. O médico, visto como responsável por garantir a vida, atrai sentimento de confiança, crença e esperança do paciente, pois o seu saber medicinal eufórico está restringido a poucas pessoas e é visto como um empecilho para a morte. Essa crença no médico forma nossa memória, o que contribui para que, na interação médico-paciente, expectativas e sentimentos sejam mobilizados, esses sentimentos são nomeados de paixões na semiótica de linha francesa. Do ponto de vista semiótico, podemos

dizer que o médico é, muitas vezes, visto como o sujeito do fazer que garantirá a permanência da conjunção do sujeito de estado (paciente) com a vida, a saúde, possibilitando o enfrentamento do antissujeito, a doença, a morte.

Segundo Loureiro (2007), os seres humanos, ao tentar compreender aspectos das sociedades, tais como os saberes, estabeleceram conexões com aquilo que dava sentido à sua existência e isto está intimamente ligado ao religioso, que é uma das formas de explicar o mundo, a vida e a morte, e assim dar sentido às vivências. Dessa maneira, o aspecto divino permeia de distintas formas muitas das relações interpessoais e, a exemplo, disso temos a relação médico-paciente.

o homem vive a remoldar de significação a vida, a fazer emergir sentidos no mundo em um processo de criação e reordenação continuada de símbolos intercorrentes com a cultura. Vai redimensionando sua relação com a realidade num livre jogo com as situações e tensões culturais em que está situado. O homem cria, renova, interfere, transforma, reformula, sumariza ou alarga sua compreensão das coisas, suas ideias, por meio do que vai dando sentido à sua existência (p. 11).

Essa aproximação que se faz do médico com o sagrado aparece na seguinte sequência (1), retirada de uma das entrevistas realizadas com pacientes.

(1)

Inf Paciente 1. naquele hospital lá¹ tá faltando amor... tá faltando respeito com a pessoa

Inf Paciente 2. e o aqui não.. por mais que você chegue fique e fale[

Inf Paciente 1. [é arrogância... muita arrogância

Inf Paciente 2. e fala:: dá uma queixa:: aí cê fala que não tá bem:: e eles/e eles não vão te deixar eh/ eles não vão te deixar ir embora.. vai jogá você lá pa salinha/tem uma médica aqui² que eu con/ELA CAIU DO CÉU... aquela dali te abraça::

Inf Paciente 1. (...) dá pra você confiar... dizê nossa tô protegido/ porque a proteção vem de Deus mas tem um ser humano pra proteger a gente.. pra ajudar quando nós precisamos

Essa é uma das formas como o discurso religioso é evidenciado em interações cotidianas. De início, é possível observar essa relação na medida em que os informantes se valem de metáforas religiosas para falar sobre pessoas comuns. O informante 2, ao dizer “ela caiu do céu”, utiliza uma metáfora cotidiana muito comum, usada quando um falante quer atribuir qualidades excepcionais a uma pessoa, mas não se pode deixar de notar que, para isso, aproxima a pessoa do divino. Ao usar a fórmula “fulano caiu do céu” se está dizendo, ao

¹ O informante faz referência à unidade de pronto atendimento Dr. Sérgio Arouca na cidade de Campinas, um hospital que concentra os atendimentos de saúde de média complexidade.

² O informante faz referência à Unidade Básica de Saúde (UBS) em que se dá a entrevista.

mesmo tempo, que “fulano é um anjo”, criando uma cena religiosa. Essa valoração é reafirmada com o complemento “te atende.. te abraça”, traços muito significativos para indicar que o médico demonstra amor pelo paciente.

O informante 1 reafirma a conotação divina quando diz: “porque a proteção vem de Deus mas tem um ser humano para proteger a gente”. Aqui, dois sentidos se fazem importantes. O primeiro diz respeito à proteção, há uma necessidade daquele que fala em se sentir protegido, uma proteção que, para ele, só pode vir de Deus, daí vem a satisfação ou não com o serviço oferecido pelos profissionais médicos. A proteção só pode vir de Deus, entretanto, os seres humanos desejam se sentir protegidos, então, é preciso um ser humano para mediar a proteção, esse ser humano é o médico, um enviado de Deus. Aqui se revela a analogia feita por diversas pessoas acerca da medicina, atribuindo-lhe uma conotação divina e uma oposição àquilo que é humano.

Uma hipótese a ser levantada poderia ser a de que, nesse discurso, o grande destinador é Deus, aquele dá e rege a vida dos demais seres humanos, o médico, portanto, assume a função de sujeito do fazer que detém um poder e um saber fazer aquilo que Deus, como destinador, faz-fazer. Aqui, o objeto valor em disputa do programa de base é a vida, que está em oposição à morte e é alcançado por meio de um programa de uso de proteção. Quando a vida se torna um objeto valor para o paciente, passa a ser eufórica para o paciente. Esse objeto somente é alcançado pelo saber-fazer medicinal advindo do divino e, desse modo, o médico se torna um sujeito “enviado” por Deus.

Ainda, vê-se que é construído historicamente o par axiológico: sagrado e profano (ou divino e humano). Na análise semiótica de nível fundamental, os sentidos são entendidos como uma categoria cujos termos são considerados eufóricos ou disfônicos, afirmados ou negados por meio de uma sintaxe elementar. Esta nos fornece a oposição semântica revelada na história e nas relações interpessoais, evidenciadas na interação. Esses pares revelam uma axiologia em que o divino e o sagrado se mostram como eufóricos e o humano e profano são disfóricos. No quadro da análise narratológica da enunciação do texto falado, esses valores são refletidos em paixões que influenciam no tipo de interação estabelecida entre os sujeitos da enunciação e em expectativas que os sujeitos criam a partir do que é eufórico na interação.

Esse par axiológico, comumente presente na temática da saúde, permite que, em uma sociedade, crie-se um imaginário acerca da profissão médica que envolve crenças, confianças e contratos socialmente estabelecidos. Nesse jogo de imaginários, quando um médico, sujeito do fazer detentor do saber-fazer divino, se aproxima de um paciente, sujeito da espera, que

está do lado daquilo que é disfórico, o humano, por meio de um abraço, cumprimento ou pela condução do diálogo, a expectativa é quebrada e a emoção aumenta.

Isso ocorre porque, aqui, o divino implica o não-humano, a negação do humano. Portanto, a oposição axiológica gera um distanciamento interacional. Não se trata de uma relação de humano para humano, mas de uma relação entre divino e humano, uma relação histórica e socialmente verticalizada que pressupõe o distanciamento. O esperado é, portanto, o distanciamento e a verticalização também na ordem da comunicação. Quando o médico se aproxima do paciente por meio do toque ou de um diálogo acolhedor, a oposição axiológica construída pelo paciente é subvertida e, por isso, a expectativa do distanciamento é quebrada, intensificando a dimensão passional do discurso.

Observemos o seguinte trecho (2) retirado de uma das entrevistas:

(2)

Inf. Paciente. aquela médica:: aquele amor de Deus que a pessoa chega assim abraça você ((informante abraça sua filha)) ou vamo ver o que você tem... eu achei uma vez aqui em Campinas que até falavam bem do do Mário Gatti³ fui pro Mário Gatti morrendo... com uma cólica de rim insuportável:: peguei tinha uma doutorinha pequenininha não lembro o nome dela um amor de pessoa.. chegou cê tá mal né? eu abracei nela:: o médico é para confortar você para ajudar você né?

Nesse trecho, o informante, quando fala sobre a médica, cria um cenário de afeto ao utilizar termos no diminutivo como “doutorinha” e “pequeninha”. Quando, no momento da entrevista, se vale de um gesto que faz em sua filha para falar sobre o abraço que teve da médica, cria um cenário maternal. Aliado ao aspecto da “proteção”, esse é um forte indicador de uma visão maternal/paternal da profissão médica. Tal forma de discursivizar o mundo reforça a analogia entre o amor de Deus e o amor do médico, uma vez que Deus seria o grande pai de todos, os médicos são vistos como uma espécie de mediadores, estando incumbidos de demonstrar esse amor paternal sobre seus pacientes, amor esse que só pode ser dado por Deus. Essa construção de sentidos pode ser notada pelo fato de que o paciente inicia sua fala com a expressão “aquele amor de Deus”, revelando que ele parte do ideal de “amor de Deus” para entender o que seria, por extensão, o “amor de médico”.

Dessa maneira, é evidenciado como os sujeitos se valem de suas crenças e esperanças e sobre elas mobilizam as palavras e agem de determinada maneira. Assim, as paixões, como

³ Informante faz referência ao Hospital Municipal Mário Gatti demandado para emergências e urgências na Região Metropolitana de Campinas.

resultado de construções sociais e afetivas, influenciam na maneira como se conduz o diálogo e podem interferir em sua condução.

Com isso, vemos que um ponto de convergência das teorias linguísticas, tanto discursivas quanto conversacionais, se dá na própria interação. É na interação que os contratos sociais emergem, é na interação que as hierarquias sociais são evidenciadas. Brait (1995), ao defender a abordagem a interacional do texto oral, nos diz que

A abordagem interacional de um texto permite verificar as relações interpessoais, intersubjetivas, veiculadas pela maneira como o evento conversacional está explícito, mas também as formas dessa maneira de dizer que, juntamente com outros recursos, tais como entonação, gestualidade, expressão facial etc., permitem uma leitura dos pressupostos, dos elementos que mesmo estando implícitos se revelam e mostram a interação como um jogo de subjetividades, um jogo de representações em que o conhecimento se dá através de um processo de negociação, de trocas, de normas partilhas, de concessões (p. 194).

Observemos o segmento (3).

(3)

Doc. certo e:: a senhora acha que ter uma boa comunicação com o seu médico... é importante?

Inf. Paciente ah é, bastante né?

Doc. e por que que a senhora acha que é importante?

Inf. Paciente porque eles sabem tudo da nossa vida... ele que entende mais as vezes ele conhece a gente mais que a gente mesmo né? que às vezes vai lá e fala uma coisa e depois cê volta e cê esqueceu que cê falou isso e ela não... ela vai lembrar ela vai ver lá na ficha:: E VAI LEMBRAR que que ela falou e ela vai cobrar

Nesse trecho, o informante revela o imaginário construído acerca do médico como único detentor do saber. Para o paciente, o médico é o responsável por manter a comunicação fluida, isso porque é ele quem supostamente sabe sobre as informações fisiológicas e pessoais dos pacientes. Mais do que isso, o *ethos* que o paciente constrói sobre si é de alguém ignorante em relação ao seu histórico de saúde e dependente, ele mesmo não é capaz de saber sobre a sua própria vida. Logo, podemos dizer que, além do médico deter o saber medicinal, é estabelecido um contrato fiduciário implícito em que o sujeito paciente acredita que o médico será capaz de suprir suas necessidades. Essa construção é reflexo de uma imagem produzida a respeito do médico, que legitima o estabelecimento do contrato fiduciário.

Pela memória discursiva estabelecida acerca do fazer medicinal, estabelece-se um contrato implícito com o paciente no qual o dever-fazer médico torna o médico um sujeito do fazer profissional, que é revestido de autoridade pelo seu saber medicinal, ou seja, um saber-fazer. O seu papel hierárquico e seu acesso ao sistema de saúde lhe conferem ainda um poder-fazer.

O dever-fazer vem de seu papel social e da crença de que, de algum modo, é um sujeito que cumpre a tarefa designada por Deus, o grande destinador capaz de dar e tirar a vida, como já vimos. Esse conjunto de modalizações autoriza o desempenho do profissional médico e, ainda, “se o sujeito da espera crê que o sujeito do fazer vai transformar seu estado de junção com o objeto-valor, o sujeito do fazer passa a dever fazer. Estabelece-se, assim, o contrato fiduciário” (MELLO, 2005, p. 54). Logo, além do contrato do médico com Deus, há um contrato que se estabelece entre o médico e o paciente. Esse segundo contrato fiduciário ocorre mediante a aceitação mútua dos papéis, consciente ou inconscientemente. Nesse caso, o sujeito apenas pode ser considerado sujeito do fazer se lhe é conferida esta confiança sobre sua capacidade. Logo, como dissemos anteriormente, o médico aparece como a concretização do sagrado, como sujeito do fazer detentor de um saber-curar divino e exclusivo, de um poder-fazer e de um dever-fazer.

Ainda, nas entrevistas coletadas e analisadas ao longo da pesquisa, foi possível notar o importante papel desempenhado pela gestualidade, entonação e pelos modos de dizer nas interações estabelecidas com os entrevistados para se ter uma leitura mais apurada sobre esses materiais orais. Sequências como (3) nos mostram que um gesto produz sentido e isso permite uma leitura dos pressupostos e implícitos, tal como a relação maternal/paternal que se espera do médico. Os autores Jabur e Silveira (2015) vão um pouco mais afundo ao trazerem Merleau-Ponty para uma análise linguística do uso do corpo na interação médico-paciente

A fenomenologia de Merleau-Ponty identifica as palavras ditas (expressas, verbalizadas, manifestas) e as palavras não ditas (olhares, gestos, manifestações corporais). A ciência médica, por muitos anos, focou-se nas palavras ditas, pois olha o Cuidado como curativo. O processo contínuo de pensadores que propõem a humanização do cuidado e a formação permanente em saúde evidencia o quanto é importante darmos atenção às palavras não ditas, na medida em que estas apresentam o sujeito em sua totalidade (JABUR; SILVEIRA, p. 4, 2015).

É importante destacar que a comunicação se constrói não apenas com a linguagem verbal, mas se vale de outras linguagens, como a gestual, e essas palavras não ditas desempenham um importante papel na interação. Muito embora aspectos gestuais tenham sido comentados em uma ou outra passagem e reconheçamos a sua participação na construção do sentido interacional, o presente trabalho centrou-se no componente verbal e nas questões de conteúdo, nas chamadas palavras ditas, por uma questão de escolha metodológica e também pelos limites impostos pela temporalidade própria da iniciação científica. .

3.2.2 *Ethos* do médico a partir de seu discurso

Vejamos o seguimento (4)

(4)

Inf. Méd. muitos médicos... eh::... via de regra a medicina ela... é restrita... né? poucas pessoas conseguem ter::... acesso a essa formação... eh:: a formação particular é muito cara... e eles vem de uma época né? de uma ideia que tá meio fora... hoje entrando meio entrando meio fora de contexto... que é uma relação verticalizada... então eles... muitos médicos... cê você escuta muito falar não olham na cara do paciente:: né? não estabelece o vínculo porque ele tá... ele tá vivendo... uma ideia... de superioridade... que não é real... né? uma relação verticalizada... na verdade você perde o pacientes com isso... eles procuram outro... é a mesma coisa do advogado o escritório do advogado quando eu falo para você... ADVOGADO... te vem na cabeça:: aquele escritório... eh:: sisudo... um tiozinho... né? o tiozão lá... eh:: de terno/terno xadrez... com móveis:: eh coloniais... móveis antigos... num ambiente escuro... e cheio de livros... essa ideia... de afastar... a pessoa que procura o serviço tá caindo... isso:: é::... é coisa do passado na minha opinião... mas muitos carregam isso... na sua... na sua:: na:: no exercício da sua:: profissão... e atrapalha... principalmente quem tem que ter uma boa interação com o ser humano

Esse é um trecho de uma entrevista realizada com um médico. É possível notar que a imagem que os profissionais médicos constroem acerca de outros médicos é de extrema importância. A fala é de alguém que pertence à área. Ao dizer sobre seus pares, o informante pontua a relação verticalizada que muitos médicos estabelecem com seus pacientes e, com essa afirmação, ele aponta como consequência a perda de pacientes.

Para exemplificar esse distanciamento, o informante faz uma alusão ao advogado que, para se distanciar do cliente e causar o efeito de seriedade, “produz” um escritório pouco convidativo. Para tanto, a fim de construir a temática da seriedade e do tradicionalismo, visto como antiquado, que desencadeia o distanciamento, o informante constrói uma alegoria com o que é prototipicamente entendido por “escritório de advogado” e recobre a temática em questão por meio de figuras como: “escritório sisudo”, “tiozão”, “terno xadrez”, “móveis coloniais”, “móveis escuros”, “livros”. O discurso do informante é inteiramente recoberto por essas figuras que apontam para o que é escuro e pesado. São figuras avaliadas como disfóricas, que constroem uma imagem negativa de quem detém tais objetos, vistos nesse discurso como ultrapassados. Elas ilustram, por analogia, o comportamento de muitos médicos que promovem um distanciamento em relação ao paciente. Essa construção semiótica diz respeito ao mundo construído e percebido pelo informante, não ao mundo físico, mas revela sua forma de ver e avaliar o mundo. Para o falante, essa forma sisuda de se portar

está intimamente relacionada ao contexto histórico e social e se estende ao campo da saúde, trazendo significativos prejuízos aos pacientes.

Ainda, no nível da sintaxe discursiva, ao dizer sobre o que outros médicos são, o informante está construindo o seu próprio *ethos*. Por meio das fórmulas enunciativas de distanciamento “muitos médicos” e “eles” (debreagens enuncivas de pessoa), o informante está se distanciando da imagem que ele construiu acerca dos profissionais médicos em questão. À medida que fala sobre o que os médicos são, está dizendo o que ele não é, construindo, portanto, uma imagem favorável sobre si. Essa preocupação em se autoafirmar pode ser vista também no constante uso da partícula “né?”, usada comumente com função fática e também como um meio de confirmar algo que foi dito anteriormente ou buscar aprovação.

A modéstia se apresenta como uma moderação ao falar sobre si mesmo, aqui o enunciador se vale desse subterfúgio para não criar uma imagem arrogante, e portanto, negativa sobre si, então, diz sobre os outros para falar de si. Logo, constrói uma imagem sobre si que se apresenta como de um médico atualizado (em oposição à “coisa do passado”); que é aquele que detém boa interação com o ser humano ao se aproximar afetivamente do paciente como estratégia de eficiência comunicacional. Por fim, ao dizer o que muitos fazem e se colocar na posição de excepcional, constrói para si uma imagem de quem detém um saber que é para poucos, uma vez que vai na contramão do que o que a maioria comumente faz.

3.2.3 Imagem do paciente a partir do discurso do médico e dos outros profissionais da saúde

Observemos o seguinte diálogo (5) com uma enfermeira:

(5)

Doc. como você percebia que eles eram, com/assim se você pudesse me descrever o comportamento:: ou o jeito:: como eles são?

Inf. Enf. são pacientes bastante:: dependentes:: eles eles vêm em busca de alguma orientação.. né? eh eh:: às vezes a gente/ eles pensam que precisa passar por uma consulta médica:: eh:: às vezes eles ficam um pouco decepcionados quando percebem que a consulta é com o enfermeiro... mas depois da consulta eles normalmente saem bastante:: (...) bastante:: é:: satisfeitos mesmo porque a gente consegue fazer uma orientação:: e eles cons/ eles saem satisfeitos com o atendimento

Nesse diálogo, o informante é uma enfermeira que relata sobre as expectativas dos pacientes em serem atendidos por médicos. De início, é possível notar como esse diálogo reafirma a existência do imaginário acerca da profissão médica que fomenta atitudes como essas em que o paciente não deseja ser atendido por um enfermeiro, que, nesse simulacro, detém um saber inferior ao do médico. No diálogo, é possível notar que a informante, ao falar sobre as expectativas dos pacientes, relata que os profissionais conseguem satisfazer essas necessidades, criando sobre si um *ethos* positivo ligado à sua profissão.

Ainda nesse diálogo, é possível enxergar a construção de uma imagem do paciente pela enfermeira que produz um simulacro no qual o paciente é concretizado pela dependência, insegurança e ansiedade. O sujeito, munido de suas expectativas, é frustrado quando atendido pelo enfermeiro, que, para ele, deteria um saber-fazer inferior ao do médico e, portanto, não poderia ser o sujeito do fazer responsável por colocá-lo em conjunção com a vida, o tratamento.

Vale ressaltar que o que está em jogo é uma oposição entre saberes. Para a informante, a enfermeira detém o saber que diz que o enfermeiro está capacitado para atender determinado paciente, enquanto o paciente não detém esse mesmo saber sobre as competências do enfermeiro e, por isso, não aceita as condições. Após a consulta, o paciente adquire esse saber – com o qual é colocado em conjunção pelo próprio enfermeiro – e agora o nível de aceitação dos enfermeiros é elevado. Porém, há situações em que o resultado final não é eufórico, vejamos a seguinte sequência (6) também retirada da entrevista com a enfermeira.

(6)

Doc. eles seguem as recomendações?

Inf. Enf. normalmente não

Doc. por que que você acha que eles não seguem?

Inf. Enf. a gente orienta os pacientes eh:: pra fazer um::/uma prevenção... e eu percebo que as pessoas elas conseguem lidar melhor quando elas já têm um problema instalado... a prevenção parece que não faz parte de um:: de uma rotina... e aí eles só buscam mesmo o atendimento ou con/conseguem mudar alguma coisa no estilo de vida quando já tem algum problema ou quando eles percebem que já já isso já tem algum:: já trouxe algum prejuízo pra saúde

Doc. por que que você acha que eles têm essa dificuldade de prevenir?

Inf. Enf. pode ser que/bom... eu acho que... primeiro... acho que todo ser humano tem dificuldade de entender que:: que é o que ele faz antes que determina o futuro.. então ele já não se/não não sente que aquilo é necessário quando ele tem vinte anos de cuidar da alimentação.. acho que já é uma cultura mesmo... nossa... e também eu acho que eles pensam algum/algumas éh orientações eles não sentem que que aquilo é fácil acho que eles sentem

que é muito difícil de mudar um estilo de vida:: ou acesso a alguma alimentação adequada:: ou acesso a a a a:: atividade física por exemplo eles se justificam bastante pela falta de acesso ou condição financeira de fazer alguma coisa

Nesse trecho, é revelada uma imagem construída acerca do paciente pela enfermeira que o caracteriza como não sendo capaz de prevenir doenças (não saber fazer), mas de apenas buscar ajuda quando já tem algum problema instalado. Para a informante, essa dificuldade é advinda de uma herança cultural em que não se relaciona passado, presente e futuro no âmbito da saúde. Em sua enunciação, por meio de uma breve pausa e inclusão do pronome *nossa*, a informante se inclui como um reflexo dessa cultura, mas a pausa indica hesitação e, possivelmente, um desconforto já que ela acredita que possui o saber que poderia impedir esse reflexo. Aqui, até mesmo o saber medicinal não é capaz de tirar do sujeito essa condição, o aspecto “cultural” é posto como instância irremediável, uma espécie de antissujeito que age no sentido de dificultar a conjunção final do sujeito de estado paciente com o objeto-valor vida.

Para além disso, para o informante, a dificuldade no tratamento dos pacientes envolve questões de âmbito socioeconômico. A enfermeira menciona que as justificativas para a não prevenção e o não seguimento dos tratamentos estão na falta de acesso e nas dificuldades financeiras. Ao fazer isso, observamos um distanciamento na enunciação por não se valer do *nós*, o *eu* expandido, o informante se vale, nesse momento, da projeção do *ele* no enunciado, caracterizando uma debragem enunciativa, produzindo o efeito de distanciamento, o que exime a informante da validação das justificativas pautadas.

A imagem que se constrói, portanto, do paciente é de um sujeito pouco participativo de seus tratamentos médicos que se exime das responsabilidades medicinais sob pretextos sociais e econômicos: um sujeito que não sabe e que é, ao menos em parte, responsável por suas doenças. O paciente é, em certo sentido, visto aqui como sujeito do fazer que não cumpre o que seria esperado, tornando-se, ao contrário, o seu próprio antissujeito. Essa imagem pode influenciar no modo como o próprio paciente se vê, ocasionando um ciclo de imagens negativas e que podem alterar o modo como as interações médico-paciente acontecem.

3.2.4 Ethos do paciente a partir de seu discurso

Relembremos o segmento (3):

(3)

Doc. certo e:: a senhora acha que ter uma boa comunicação com o seu médico... é importante?

Inf. Paciente ah é, bastante né?

Doc. e por que que a senhora acha que é importante?

Inf. Paciente porque eles sabem tudo da nossa vida... ele que entende mais as vezes ele conhece a gente mais que a gente mesmo né? que às vezes vai lá e fala uma coisa e depois cê volta e cê esqueceu que cê falou isso e ela não... ela vai lembrar ela vai ver lá na ficha:: E VAI LEMBRAR que que ela falou e ela vai cobrar

Nesse trecho, ao ser indagado sobre a manutenção de uma boa comunicação com o médico, o informante pontua que o médico conhece mais a vida do paciente do que o próprio paciente que esquece do que disse nas consultas, já o médico, munido de suas anotações, irá saber o que foi conversado e, por isso, para o informante, o médico detém mais conhecimento sobre sua vida, ao menos, no que diz respeito às questões de saúde. Nesse âmbito, o paciente pontua o não conhecimento sobre sua própria vida, para o paciente, ele mesmo não é capaz de saber sobre ela. Além do médico deter o saber medicinal, esse imaginário ocasiona a submissão do paciente que se coloca em uma posição de inferioridade, mesmo quando o assunto é sua própria vida. A hierarquia dos saberes entra em jogo e desvalida o saber do paciente que projeta um *ethos* marcado pela de inferioridade.

A comunicação assimétrica é reafirmada com o desconhecimento do tópico - vida do paciente – pelo próprio paciente. Segundo Marcuschi (1986), condições socioeconômicas e culturais ou de poder entre indivíduos deixam-nos em diferentes condições de participação no diálogo, o que fomenta a assimetria, como percebida aqui. Nota-se ainda que a inferioridade do paciente (e superioridade do médico) é construída também por conta da questão da anotação que é feita pelo médico, ou seja, há uma visão de que a palavra escrita está ligada a um saber valorizado socialmente, enquanto o conhecimento oral do paciente sobre sua vida é desvalorizado.

O *ethos* construído pelo paciente é de alguém incapaz de falar sobre si mesmo e isso, provavelmente, leva à insegurança nos diálogos.

3.3 SOBRE A INTERINCOMPREENSÃO

Maingueneau (2008) propõe que na gênese de um discurso sempre se encontram outros discursos, o discurso do outro. Para Bakhtin (1976), esse seria o dialogismo sempre presente em nossas interações. Em todo material linguístico existe a presença do outro, seja pelo conflito ou pelo concordância, seja quando partimos do pressuposto de quem é o outro e

enunciamos de uma determinada maneira. Se o outro interfere no material linguístico e discursivo, ali ele está presente.

Essa presença do outro pode se dar de diversas maneiras. Vejamos o segmento (7)

(7)

Inf.Méd. a linguagem... o conhecimento:: os exemplos que eu vou dá.. as vezes o livro que eu vou dá para a pessoa ler... ele tem muito... ah o entendimento daquilo depende muito da história de:: de vida da pessoa... e do contexto social onde ela está... né? se ela vive aquilo... ela entende... se eu falar com uma linguagem... próxima daquilo que:: que o paciente vive no dia a dia é mais fácil dele entendê... eu evito ser técnico muitas vezes na linguagem para poder ser mais próximo... com o paciente e eu tenho esse sucesso

No trecho escolhido, o informante é um médico que afirma que, ao mobilizar a linguagem, ao dar um exemplo, ao sugerir um livro, é preciso projetar quem é o paciente, se ele possui conhecimentos prévios necessários para compreender aquela mensagem. Esse é um exemplo da presença do outro ou ainda de como o médico compreende o papel do outro em sua enunciação. A teoria semiótica entende que a partir do momento que projetamos o outro em nosso enunciado, o outro se torna um coenunciador daquilo que estamos proferindo, por isso, na semiótica, o sujeito da enunciação é formado pelo enunciador e pelo enunciatário vistos como coprodutores do enunciado. Para o informante, um médico de sucesso é aquele que mobiliza a linguagem de acordo com outro, de acordo com o paciente.

Nesse movimento, discursos diferentes entram em relação e ao incluir o outro em sua fala, possibilita-se que esses discursos coexistam em harmonia ou conflito. Por um viés enunciativo,

todas as palavras são direcionadas a alguém e são de alguém (não há palavras neutras, que existam por conta própria), e dizer palavras próprias – as que “pertencem” a alguém – só é possível em resposta a algo que foi dito antes de nós. É no processo da comunicação verbal, da interação com o outro, que alguém se faz sujeito forjando seu próprio eu. O “eu” só existe na medida em que está relacionado a um “tu”: “Ser significa comunicar-se”, e um “eu” é alguém a quem se dirigiu como um “tu” (BUBNOVA; BARONAS; TONELLI, 2011, p. 271).

Maingueneau se refere à interpretação que um discurso realiza de seu outro como um processo de tradução, mas não a tradução de uma língua para outra, e sim de um discurso para outro. Trata-se de traduzir o outro no meu discurso. Nesse nível, a heterogeneidade, as dissensões, as oposições, as controvérsias podem ser apreendidas no discurso.

Observemos a seguinte sequência (8) retirada de uma entrevista realizada com um agente de saúde.

(8)

Doc. o que que vocês fazem para que o paciente compreenda?

Inf. Agente. a gente explica da forma que/simples:: porque... a linguagem médica eh:: as vezes é mais complicada para eles entendê e a gente tem a função de de simplificar... o problema para que a pessoa entenda... né? eu não vou chegar na pa/na casa do paciente falando palavras que né? o paciente não vai conhecê... eh:: hipertensão tem um ou outro que ainda pensa o que que é hipertensão? a gente vai falar é pressão alta... né? aí eles já compreendem já sabem o que é pressão alta... né? diabetes eles né?/não vai falar que é uma hiperglicemia:: né? aí tem os termos lá a gente fala assim não.. você tem uma diabetes:: aí a gente vai explicar o que é... algumas orientações mais simples a gente passa... né? sobre a alimentação:: nós temos essa né? um pouco de né? do que passar pro paciente e se for uma receita médica:: o que a gente compreende:: a gente passa.. a gente fala olha esse remédio toma assim:: é tal horário... quando a gente tem dúvida a gente vem e pergunta para o médico.... e passa para o paciente

Os agentes comunitários de saúde fazem parte do Programa de Saúde da Família e, por vezes, trabalham promovendo a mediação entre o governo e a comunidade. Nessa entrevista, o informante relata que seu trabalho envolve promover a compreensão do paciente sobre os aspectos da saúde preventiva e prognóstica, além disso, ele se vê como uma espécie de tradutor que transforma os jargões médicos em termos “simplificados” para a comunidade. O que parece é que tanto médicos como agentes de saúde acreditam que é apenas uma questão de “facilitar” a linguagem.

O ponto de vista dos estudos discursivos é outro. Traduzir um discurso no outro quer dizer traduzir o outro no meu discurso: isso significa que nunca compreendemos por completo ou a partir do próprio outro, estamos sempre produzindo simulacros. Logo, isso permite entender os problemas de compreensão de outro modo e não como uma incompreensão em nível linguístico, mas a partir da ideia de que o outro vê o mundo de outra forma e traduz o discurso do outro a partir de seu ponto de vista. O agente de saúde traduz o seu discurso naquilo que ele imagina que é o discurso do paciente, mas isso é um simulacro (um simulacro que ele tem do discurso do paciente), porque o próprio agente interpreta o discurso do paciente a partir de seu próprio discurso.

Em um nível semiótico, o agente de saúde pode ser visto como um adjuvante que acredita deter o saber-fazer auxiliar o sujeito paciente a estar em conjunção com seu objeto-modal, a informação, a consulta médica, um remédio ou mesmo um exame médico. Na visão do agente, ao possibilitar a compreensão do paciente a respeito dos processos médicos, torna esse sujeito da espera um sujeito atualizado, pois agora detém um saber que o qualifica

para a ação. Nesse sentido, ele vê o paciente como sujeito do fazer e não apenas de estado, o paciente deve cuidar da própria saúde.

Esse trecho revela e reafirma a construção da imagem do paciente ao colocar o agente de saúde como um intermediário entre o paciente que está em uma posição de ignorância a respeito dos termos médicos e os profissionais médicos que detêm o saber medicinal. Médicos e agentes enxergam o paciente como um sujeito da falta, ignorante, desconsiderando que o paciente é detentor de outros saberes, saberes, provavelmente, desvalorizados por muitos trabalhadores da área da saúde. Isto reafirma a hierarquia de saberes e a supervalorização do saber da medicina.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa teve como objetivo examinar um tipo de interação específica, a relação entre médico e paciente, utilizando-se da teoria semiótica e estabelecendo diálogo com outras linhas de estudos do texto e do discurso, em especial com a Análise da Conversação e com a Análise do Discurso francesa. A hipótese levantada era de que essa situação de comunicação poderia ser um bom exemplo de como o tipo de interação pode ser definido por questões que vão além do critério puramente linguístico, uma vez que são levados em conta os papéis sociais assumidos nessa situação de comunicação, bem como questões socioeconômicas e culturais reveladas discursivamente. Julgamos que seria importante refletir sobre como esses elementos aparecem na interação médico-paciente, pois, nesse caso, as dificuldades de comunicação parecem gerar consequências sociais e sanitárias em larga escala. Assim, com base na semiótica discursiva e nos estudos da interação, procuramos lançar um novo olhar sobre essas relações, com a esperança de poder contribuir para uma outra forma de entender as questões comunicativas no campo da saúde.

Com esses objetivos, este trabalho foi construído de modo que, ao longo do capítulo “Bases fundamentais e encontros teóricos”, recuperamos aspectos da história e consolidação da teoria semiótica, apresentamos bases fundamentais e encontros semióticos que propiciaram nosso modo de analisar o objeto em questão. Foi a partir desses encontros que os relatos trazidos foram analisados, o que nos permitiu formular e investigar hipóteses. Recebeu destaque, nessa parte, o conceito de *ethos*, já que a construção do *ethos* permeia todas as relações que são e podem ser estabelecidas. O tempo todo estamos criando e recriando nossas identidades, provando e contestando posições ideológicas, estabelecendo e extrapolando fronteiras, lutando por lugares na sociedade, e tudo isso se dá na e pela linguagem.

O capítulo “O estudo das relações hospitalares sob o prisma do discurso” foi dedicado à análise do nosso *corpus*, composto por trechos de relatos sobre a interação entre profissionais da saúde e pacientes no SUS. Inicialmente, há uma breve discussão sobre a importância de entender o sistema de saúde como um sistema cultural e social para que se possa compreender que as interações envolvendo profissionais da saúde e pacientes são perpassadas por questões relacionadas à saúde, à história, aos papéis profissionais e às relações de poder. Como esse capítulo, pudemos aprender que, ao abrir o olhar para os múltiplos comportamentos dos sujeitos envolvidos na interação, torna-se possível perceber o outro como um sujeito complexo e enxergar o uso da língua a partir da combinação das normas e estratégias com

regras culturais, sociais e situacionais percebidas e desenvolvidas pelos participantes da conversação.

A partir dessas questões, as subseções internas a este capítulo se ocuparam em apresentar a construção do *ethos* e das imagens que os profissionais da saúde e pacientes fazem sobre si e sobre o outro nos relatos, o que nos permitiu perceber que a imagem que é construída do médico a partir do discurso dos pacientes e demais profissionais da saúde é uma imagem divinizada, em que o saber profissional é atrelado à crenças construídas sócio-historicamente que se revelam na oposição entre divino e humano percebida nos diálogos, responsável por construir uma espécie de contrato fiduciário implícito em que o objeto valor é a vida que, por sua vez, também foi construída sobre uma conotação divina. Além disso, o médico, ao falar sobre sua profissão e sobre o comportamento de outros médicos, utiliza-se do subterfúgio da modéstia ao dizer sobre os outros para falar de si e, assim, constrói sobre si uma imagem de um profissional atualizado que, na contramão da maioria, desenvolve uma interação que promove uma aproximação com o paciente. A partir das entrevistas, foi possível perceber também que a imagem que se constrói do paciente pelos profissionais da saúde é de um sujeito pouco participativo de seus tratamentos médicos e que se exime das responsabilidades medicinais sob pretextos sociais e econômicos, não cumprindo o que seria esperado, tornando-se o seu próprio antissujeito. Essa imagem acerca do paciente pode influenciar no modo como o próprio paciente se vê, ocasionando um ciclo de imagens negativas que podem alterar o modo como as interações médico-paciente acontecem. De certa forma, esta hipótese é comprovada ao se pensar sobre o *ethos* construído pelo paciente a partir de seu próprio discurso no qual foi possível perceber que o paciente constrói sobre si um *ethos* marcado pela inferioridade devido a uma supervalorização do conhecimento e da escrita médica em detrimento do conhecimento oral do paciente. Dessa forma, o *ethos* construído pelo paciente é de alguém incapaz de falar sobre si mesmo, e isso, provavelmente, leva à insegurança nos diálogos, propiciando interações assimétricas no ambiente hospitalar.

Por fim, as análises são finalizadas com uma breve discussão em torno do fenômeno da interimcompreensão e do estabelecimento de simulacros pelos participantes da interação. A partir da figura do agente de saúde, foi possível notar que o outro vê o mundo de outra forma e traduz o discurso do outro a partir de seu ponto de vista, produzindo simulacros. O agente de saúde, responsável pela mediação entre o paciente e o médico, é visto como um adjuvante que acredita deter o saber-fazer auxiliar o sujeito paciente a estar em conjunção com seu objeto-modal e, para isso, traduz o seu discurso naquilo que ele imagina que é o

discurso do paciente, mas isso é um simulacro (um simulacro que ele tem do discurso do paciente), porque o próprio agente interpreta o discurso do paciente a partir de seu próprio discurso.

De forma geral, o presente trabalho se ocupou por investigar, por meio de relatos, o que ocorre no nível linguístico e discursivo no interior dos diálogos entre profissionais da saúde e pacientes que pode gerar assimetrias e, por consequência, interferir na condução dos processos hospitalares. Esperamos que a análise apresentada possa fomentar a reflexão e contribuir tanto com uma medicina cada vez mais dialogada quanto com teorias discursivas que atinjam o cotidiano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANÉAS, Tatiana de Vasconcellos; AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 38, p. 651-662, 2011.

BALDUINO, Paula Martins *et al.* A Perspectiva do Paciente no Roteiro de Anamnese: o Olhar do Estudante. *Rev. Brasileira de Educação Médica*. V. 36, n. 3, p. 335-342; 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n3/07.pdf>>

BARROS, Diana Luz Pessoa de. **Teoria semiótica do texto**. São Paulo: Ática, v. 4, 2005.

_____. Procedimentos e recursos discursivos da conversação. **Estudos de língua falada: variações e confrontos**. São Paulo, Humanitas, p. 48-71, 1998.

BARTHES, Roland. *A Aventura Semiológica*, Lisboa: Edições 70, 1987.

BOHN, Maitê Francine; DE FREITAS, Ernani Cesar. Cenografia e ethos discursivo: as nuances semânticas, pragmáticas e culturais delineadas no anúncio publicitário “acredite na beleza: a linda ex”, o boticário. **Revista Conhecimento Online**, v. 2, p. 03-27, 2019.

BRAIT, Beth. O processo interacional. **Análise de textos orais**. São Paulo: FFLCH/USP, p. 189 - 214, 1995.

BUBNOVA, Tatiana; BARONAS, Roberto Leiser; TONELLI, Fernanda. Voz, sentido e diálogo em Bakhtin. **Bakhtiniana: revista de estudos do discurso**, v. 6, n. 1, p. 268-280, 2011.

CARREON, Renata de Oliveira. Proposições acerca das imagens de si: o ethos semiotizado de Dilma Rousseff no facebook. *Trabalhos completos ALED Brasil*, 2016, 2.4.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CONSTANTINO, Núncia Santoro de; SCHWARTSMANN, Leonor Baptista. Buscando a interdisciplinaridade: medicina e história. **Páginas da História da Medicina**. Edipucrs, 2010, p. 33-36.

DIAS, Luciana Regina et al. A importância da anamnese na formação do acadêmico de medicina. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 5, p. e1094-e1094, 2019.

DINIZ, Maria Lúcia Vissotto Paiva; PORTELA, Jean Cristtus (Ed.). **Semiótica e mídia: textos, práticas, estratégias**. Bauru: Unesp/Faac, 2008.

DUARTE, Luzia Travassos; DE CASTRO, Marilita Lucia. A anamnese. 2007.

GREIMAS, Algirdas Julien; COURTÉS, Joseph. **Dicionário de semiótica**. Editora Cultrix São Paulo SP. 1979

FIORIN, José Luiz. **Semiótica e comunicação**. Galáxia. Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica. ISSN 1982-2553, n. 8, p.13 - 30, 2004.

_____. **As astúcias da enunciação: as categorias de pessoa, espaço e tempo**. 3. ed. São Paulo : Editora Contexto. 2016.

_____. **Em busca do sentido: estudos discursivos**. São Paulo: Contexto, 2008.

_____. A construção da identidade nacional brasileira. Bakhtiniana. Revista de Estudos do Discurso, n. 1, 2009.

HJELMSLEV, Louis. **Prolegômenos a uma teoria da linguagem**. Perspectiva, 1975.

HÉNAULT, Anne. **História concisa da semiótica**. Parábola Ed., 2009.

HILGERT, José Gaston. O falante como observador de suas próprias palavras: retomando aspectos metadiscursivos na construção do texto falado. **Oralidade em diferentes discursos**. São Paulo: Humanitas, 2006, p. 161-185.

JABUR, Sérgio Marques; SILVEIRA, Fernando de Almeida. Linguagem como Abertura ao Diálogo entre Cuidado em Saúde e Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 39, n. 4, p. 565-573, 2015.

KOCH, Ingedore Villaça. **A interação pela linguagem: repensando a língua portuguesa**. 2000.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.

MAINGUENEAU, Dominique. **A noção de ethos discursivo**. São Paulo: Contexto, 2011.

_____. **Retorno crítico sobre o ethos**. *BARONAS, RL*, 2016.

_____. A propósito do ethos. **Ethos discursivo**. São Paulo: Contexto, p. 11-29, 2008.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da Conversação**. São Paulo: Ática, 1986.

MELLO, Luiz Carlos Migliozi Ferreira de. Sobre a semiótica das paixões. **SIGNUM: Estudos da Linguagem**, v. 8, n. 2, p. 47-64, 2005.

SILVA, Caroline Rodrigues; ANDRADE, Daniela Negraes P.; OSTERMANN, Ana Cristina. **Análise da Conversa: uma breve introdução**. *ReVEL*, vol. 7, n. 13, 2009.

PRETI, Dino. Alguns problemas interacionais da conversação. **Interação na fala e na escrita**. São Paulo: Humanitas, 2002, p. 45-66.

_____. **Discurso oral culto**. Editora Humanitas, 2005.

TEIXEIRA, Lucia. A pesquisa em semiótica. **Ciências da linguagem: o fazer científico**. 1ed. Campinas: Mercado de Letras, v. 2, p. 223-248, 2014.

_____. Argumentação e semiótica. *Cadernos de Letras da UFF*, v. 23, 2001.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS N°466/2012

“A interação médico-paciente à luz da Semiótica e da Análise da Conversação: a (im)possibilidade do diálogo”

Pesquisador(a) responsável: Stephani Izidro de Sousa

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citada. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.

Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

O objetivo deste estudo é identificar e analisar quais fatores linguísticos e discursivos contribuem para facilitar ou dificultar a interação médico – paciente. Você está sendo convidado a participar de uma entrevista, a fim de compartilhar suas experiências sobre o assunto.

Sua participação consiste em responder as perguntas que serão feitas pelo pesquisador sobre este tema. Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.

Riscos e benefícios

- Os riscos de sua participação no estudo são mínimos, pois você terá apenas que responder às perguntas.
- Os dados individuais não serão divulgados, garantindo o sigilo e a privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa.
- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- As informações ficarão guardadas sob a responsabilidade de Stephani Izidro de Sousa com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, e arquivadas por um período de 5 anos; após esse tempo serão destruídas.

· Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, serão divulgados apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos – CEP 13565-905 /UFSCar, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone (16) 3351-8111.

Eu, _____ RG _____ após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

■ Concordo que esta entrevista seja gravada para maior fidelidade no registro das minhas respostas:
Sim Não

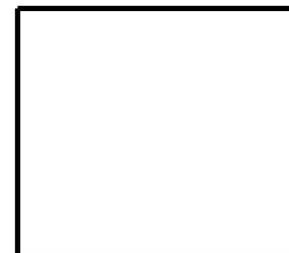
■ Concordo que o meu nome seja incluído na lista de pessoas entrevistadas e na atribuição de minhas falas:
Sim Não

Local e data: ___/___/___

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Impressão dactiloscópica no caso de não saber escrever



Endereço dos responsáveis pela pesquisa:

Instituição:

Endereço: Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade:

Telefones p/contato:

ANEXO 2

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo

 Masculino Feminino Outro

2. Idade:

3. Cidade Natal:

4. Profissão:

5. Estado Civil

 Solteiro Casado / União de Facto Divorciado

6. Escolaridade

• Analfabeto

• Ensino Fundamental

 Completo Incompleto

• Ensino Médio

 Completo Incompleto

• Ensino Superior

 Completo Incompleto

ANEXO 3

ENTREVISTA

1. Entrevista a ser feita com pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital Mario Gatti em Campinas.

- 1.1 Você é usuário do SUS há quanto tempo?
- 1.2 Há quanto tempo você passa com o seu atual médico?
- 1.3 Como é o seu médico? Conte um pouco.
- 1.4 Como foi sua última consulta? O que o médico falou? Conte um pouco.
- 1.5 Você acha que o médico compreende bem tudo que você fala para ele? Por que você acha que isso acontece?
- 1.6 Você acha que compreende bem tudo o que o médico fala para você? Por que você acha que isso acontece?
- 1.7 Você segue todas as recomendações do seu médico? Por quê?
- 1.8 Você acha que tem uma boa comunicação com o seu médico?
- 1.9 Como paciente, em sua opinião, qual a importância de ter uma boa comunicação com o médico?

2. Entrevista a ser feita com médicos atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS) do Hospital Mario Gatti em Campinas

- 2.1 Há quanto tempo você atua no SUS?
- 2.2 Quantos pacientes você tem?
- 2.3 Quantos pacientes você atende por dia?
- 2.4 Como são os seus pacientes?
- 2.5 Eles, no geral, seguem suas recomendações? Por que você acha que eles (não) seguem suas recomendações?
- 2.6 Alguma vez você teve dificuldades para se comunicar com seus pacientes? Conte um pouco como foi.
- 2.7 Você acha que tem uma boa comunicação com seus pacientes?
- 2.8 Como médico, em sua opinião, qual a importância de se ter uma boa comunicação com o paciente?