



Programa de  
Pós-Graduação em  
**Linguística**

SENDO MÉDICO EM PORTUGUÊS:  
HISTÓRIAS VIVIDAS E NARRADAS POR DOIS MÉDICOS CUBANOS EM  
ATUAÇÃO NO BRASIL

SÃO CARLOS  
2023



**Universidade Federal de São Carlos**

Suiane Bezerra da Silva

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA

SENDO MÉDICO EM PORTUGUÊS:  
HISTÓRIAS VIVIDAS E NARRADAS POR DOIS MÉDICOS CUBANOS EM  
ATUAÇÃO NO BRASIL

SUIANE BEZERRA DA SILVA

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Linguística da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutora em Linguística.

Orientador: Prof. Dr. Nelson Viana

São Carlos - São Paulo - Brasil  
2023

Silva, Suiane Bezerra da

Sendo médico em português: histórias vividas e narradas por dois médicos cubanos em atuação no Brasil / Suiane Bezerra da Silva -- 2023.  
154f.

Tese de Doutorado - Universidade Federal de São Carlos, campus São Carlos, São Carlos

Orientador (a): Nelson Viana

Banca Examinadora: Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino, Prof. Dr. Dilma Maria de Mello, Profa. Dra. Sandra Regina Buttros Gattolin de Paula, Profa. Dra. Patrícia de Oliveira Lucas

Bibliografia

1. Médicos cubanos. 2. Programa mais médicos. 3. Narrativas. I. Silva, Suiane Bezerra da. II. Título.

Ficha catalográfica desenvolvida pela Secretaria Geral de Informática  
(SIn)

DADOS FORNECIDOS PELO AUTOR

Bibliotecário responsável: Ronildo Santos Prado - CRB/8 7325



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Educação e Ciências Humanas  
Programa de Pós-Graduação em Linguística

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Suiane Bezerra da Silva, realizada em 26/05/2023.

**Comissão Julgadora:**

Prof. Dr. Nelson Viana (UFSCar)

Profa. Dra. Eliana Goldfarb Cyrino (UNESP)

Prof. Dr. Dilma Maria de Mello (UFU)

Profa. Dra. Sandra Regina Buttros Gattolin de Paula (UFSCar)

Profa. Dra. Patrícia de Oliveira Lucas (UFPI)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Linguística.

Dedico esta tese às médicas e aos médicos cubanos  
que, com dedicação e esmero, cuidam da população  
brasileira usuária do SUS.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao longo do doutorado, contei com atitudes, palavras e escuta de muitas pessoas que me ajudaram a escrever a história deste trabalho. Dedico, então, algumas palavras para agradecer um pouco do muito que me deram.

Gostaria de começar agradecendo a mim pela persistência, perseverança e dedicação que caracterizam minhas atitudes diante da vida e que não se mostrariam diferente diante deste trabalho.

Agradeço à força superior na qual acredito e que chamo de Deus; agradeço por conceder ao ser humano a possibilidade de fazer ciência.

Agradeço ao professor doutor Nelson Viana, meu orientador, que com toda sabedoria, elegância e paciência me conduziu com maestria no percurso de doutoramento.

Agradeço à Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e, em especial, ao Programa de Pós Graduação em Linguística.

Agradeço à banca de qualificação, professora doutora Dilma Mello e professora doutora Sandra Gattolin pela leitura atenciosa do meu relatório de qualificação e pelas riquíssimas contribuições que a ele fizeram.

Agradeço à banca de defesa, professoras doutoras Dilma Maria de Mello (UFU), Eliana Goldfarb Cyrino (UNESP), Patrícia de Oliveira Lucas (UFPI) e Sandra Regina Buttros Gattolin de Paula (UFSCar), pela disponibilidade em participar desta banca e por me proporcionar ouvir e aprender com vocês.

Agradeço ao Ministério da Saúde e da Educação, em especial, aos gestores que colocaram em prática o Programa Mais Médicos para o Brasil e agradeço pela oportunidade de ter vivido a incrível experiência como professora do Módulo de Acolhimento e Avaliação.

Agradeço aos participantes Fredery e Salamandra que com muita generosidade e presteza sempre estiveram dispostos a me ajudar. Sem vocês este trabalho não seria o mesmo.

Agradeço ao meu companheiro, Paulo Henrique, que, nos altos e baixos do caminho, não largou a minha mão e continuou sendo parceiro, paciente e incentivador.

Agradeço à minha mãe Maria de Jesus pelo ninho sempre aconchegante que me prepara e por ter entendido as ausências para me dedicar a este projeto. Agradeço também à minha irmã pela parceria e por me socorrer nos recursos tecnológicos. Ainda, agradeço ao meu pai (*in memoriam*) pelas lições que me ensinou ainda em vida.

Agradeço às minhas amigas Camila, Carla, Cíntia, Heloísa, Sarah, Rafaela e Raquel por sempre me apoiar, deixar as coisas mais leves e me ensinar a lição de que uma mulher fortalece a outra.

Agradeço aos amigos Ricardo, Fabiano e Alex pelas palavras de ânimo e incentivo que sempre me deram.

Agradeço ao grupo de pesquisa RASTAPE, irmãos de orientação, que tanto me orientaram na construção do trabalho, em especial, Ana Lúcia Lico, Andreia Ianuskiewtz e Renata Tironi.

Agradeço ao grupo de pesquisa GPNEP pelas ricas contribuições que fizeram após minhas leituras de narrativas. Tem lugar cativo no meu coração Ana Carolina Durante, Debliane Colmanetti e Mayara Sataka.

Agradeço ao Instituto Federal de Brasília (IFB), meu local de trabalho, pelo incentivo à pesquisa e pela concessão de afastamento no último ano de doutorado. Em especial, quero agradecer às direções geral e de ensino e, principalmente, às colegas do núcleo de português, Daniele Rosa, Eliene do Carmo e Maria Emanuele Costa, por não medir esforços para me ajudar na conciliação do doutorado com as aulas.



Agradeço aos espaços públicos de estudo, em especial, à biblioteca pública de Ceilândia - Carlos Drummond de Andrade, à biblioteca da Universidade de Brasília - campus Ceilândia e a biblioteca do Sesc - Ceilândia pelo cuidado em promover um local adequado de estudo para seus frequentadores.

Agradeço à fisioterapeuta Juliana do Carmo e à psicóloga Karielle Souza pelo carinho com que cuidaram do meu corpo e da minha mente que tanto foram levados ao extremo nesse período.

Sou feita de retalhos. Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma. Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou. Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior... Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade... Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa. E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também. E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados... Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma. Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias. E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de "nós".

**SOU FEITA DE RETALHOS**

Cris Pizzimenti

## RESUMO

Em 2016, tive a chance de, pela primeira vez, ministrar aulas de português fora do Brasil para falantes de outras línguas. O público era médicos cubanos que se preparavam para a missão internacional organizada pelos Ministérios da Saúde e da Educação, por meio do Programa Mais Médicos. Finalizado o Módulo de Acolhimento e de Avaliação (MAAv), nome do curso oferecido aos médicos como pré-requisito para o ingresso no programa, tive interesse em saber como seria a vida desses profissionais no Brasil. Desse modo, esta é uma pesquisa narrativa, ancorada na perspectiva teórico-metodológica de Clandinin e Connelly (2000; 2015), cujo objetivo geral é compreender narrativamente as experiências de dois médicos cubanos atuando no Brasil. Especificamente, desejei: a) analisar e discutir narrativamente as experiências vividas e contadas por ambos trabalhando no Brasil após pouco contato com o português e b) identificar e discutir as estratégias do médico cubano e da médica cubana para se comunicar com os pacientes e realizar consultas. Os fatores que moldam a justificativa desta pesquisa estão relacionados ao meu entendimento de língua como um importante fator de comunicação, de interação e de inclusão social. Dessa forma, conhecer as histórias contadas pelos médicos pode permitir compreender as relações e as interações estabelecidas entre eles, a comunidade brasileira e o contexto em que estavam inseridos, uma vez que o desenvolvimento de sua função dependeria de uma efetiva comunicação com os pacientes; e a vida prática exigiria resoluções do cotidiano, como pagar contas, ir ao supermercado, pegar um táxi etc. Logo, saber o que dizem os médicos a respeito das interações com os brasileiros e o meio, se sua presença foi recebida com acolhimento ou rejeição e se foi possível realizar suas funções de assistência à saúde são fortes componentes narrativos para entender um fenômeno social e linguístico que se manifestou em nossa sociedade. A partir das discussões das experiências narradas pelos participantes, trago conceitos de experiência, desenvolvido pelo educador Dewey (1979); de variação linguística, segundo autores como Bagno (2002), Calvet (2002), Gnerre (1998); de ansiedade com relação ao uso da língua, expressão nomeada por MacIntyre e Gardner (1991a, 1991b); de conhecimento pessoal, conhecimento profissional (ELBAZ, 1983; FENSTERMACHER, 1994; CLANDININ e CONNELLY, 1985; 1988; 1995) e de profissional reflexivo (SCHÖN, 1983; 1992); a respeito dos atributos da Atenção Primária à saúde (STARFIELD, 2002) dentre outros que compreendi serem pertinentes para dialogar com os pontos abordados. As narrativas contadas e escolhidas para comporem este trabalho são histórias de aprendizagem e conhecimento compartilhado, de estratégias de comunicação, de preconceito entre outros aspectos significativos.

**Palavras-chave:** médicos cubanos; programa mais médicos; narrativas; experiência; pesquisa narrativa.

## ABSTRACT

In 2016, I had my first opportunity to teach Portuguese lessons abroad to speakers of other languages. My students were Cuban doctors who were preparing for the international mission organized by the Ministries of Health and Education through the "Mais Médicos" Physician Recruitment Program. After the end of the Welcome and Assessment Module (MAAv), i.e., the course that physicians had to attend as a prerequisite for entering the program, I was interested in learning about the life these doctors were going to have in Brazil. Thus, this is a narrative research study, based on the theoretical-methodological perspective of Clandinin and Connelly (2000; 2015), whose overall objective is to gain further insights into the experiences narrated by two Cuban doctors working in Brazil. Particularly, my goals were to: a) analyze and discuss the experiences lived and reported in the narratives of the two doctors working in Brazil when they still had had little contact with Portuguese and b) identify and discuss the strategies the male and female Cuban physicians used for communicating with their patients during medical consultations. My motivation for conducting this study lies in my understanding of language as an important means of communication, interaction, and social inclusion. Thus, knowledge of the stories told by physicians can unveil the relationships and interactions between them, the Brazilian community, and the context of their host country, because to successfully perform their duties, the physicians would have to be able to communicate effectively with their patients. Also, everyday life would require practical resolutions, such as paying bills, going grocery shopping, taking a taxi, etc. Therefore, what the physicians reported on their interactions with Brazilians and their surroundings, on whether their presence was accepted or rejected, and on whether they could provide health care assistance, are strong narrative components that can account for a social and linguistic phenomenon that has manifested itself in our society. While discussing the experiences narrated by the participants, I addressed the following concepts: experience, as developed by educator John Dewey (1979); language variation, according to authors such as Bagno (2002), Calvet (2002), Gnerre (1998); language anxiety, an expression coined by MacIntyre and Gardner (1991a, 1991b); personal knowledge, professional knowledge (ELBAZ, 1983; FENSTERMACHER, 1994; CLANDININ AND CONNELLY, 1985; 1988; 1995) and reflective practitioners (SCHÖN, 1983; 1992); primary health care attributes (STARFIELD, 2002), among others that I have considered to be relevant to the points raised. The physicians' narratives that were selected to compose this study are stories of shared learning and knowledge, of communication strategies, of prejudice, among other meaningful aspects.

**Keywords:** Cuban doctors; "Mais Médicos" Physician Recruitment Program; narratives; experience; narrative inquiry

## RESUMEN

En 2016, tuve la oportunidad, por primera vez, de impartir clases de portugués para hablantes de otras lenguas fuera del Brasil. El público objetivo eran médicos cubanos que se estaban preparando para la misión internacional organizada por los Ministerios de la Salud y de la Educación, por intermedio del “Programa Mais Médicos”. Al terminar el Módulo de Acogida y de la Evaluación (MAEv), nombre del curso ofrecido a los médicos como requisitos previos para el ingreso al programa, tuve interés en saber cómo sería la vida de estos profesionales en Brasil. Así, esta es una investigación narrativa, anclada en la perspectiva teórico metodológica de Clandinin y Connelly (2000; 2015), cuyo objetivo general es comprender narrativamente las experiencias de dos médicos cubanos actuando en Brasil. Concretamente, deseé: a) analizar y discutir narrativamente las experiencias vividas y contadas por ambos trabajando en Brasil después del poco contacto con el portugués y b) identificar y discutir las estrategias del médico cubano y de la médica cubana para comunicarse con los pacientes y realizar visitas médicas. Los factores que dan forma a la justificativa en esta investigación están relacionados a mi entendimiento de la lengua como un importante factor de comunicación, de interacción y de inclusión social. De esta manera, conocer las historias relatadas puede permitir comprender las relaciones y las interacciones establecidas entre ellos, la comunidad brasileña y el contexto en el cual estaban insertados, una vez que el desarrollo de su función dependería de una efectiva comunicación con los pacientes; y la vida práctica exigiría resoluciones del cotidiano, como pagar las cuentas, ir al supermercado, pagar el taxi, etc. Por lo tanto, saber qué dicen los médicos acerca de las interacciones con los brasileños y con el medio, si su presencia fue recibida con receptividad positiva ou rechazo y si fue posible realizar sus funciones de asistencia a la salud son fuertes componentes narrativos para comprender un fenómeno social y lingüístico que se manifestó en nuestra sociedad. A partir de discusiones de las experiencias narradas por los participantes, traigo conceptos de experiencias, desarrollado por el educador John Dewey (1979); de variación lingüística, según autores como Bagno (2002), Calvet (2002), Gnerre (1998); de ansiedad con relación al uso de la lengua, expresión nombrada por MacIntyre y Gardner (1991a, 1991b); de conocimiento personal y profesional (ELBAZ, 1983; FENSTERMACHER, 1994; CLANDININ y CONNELLY, 1985; 1988; 1995) y de profesional reflexivo (SCHÖN, 1983; 1992); sobre los atributos de la Atención Primaria a la salud (STARFIELD, 2002) entre otros que comprendí ser pertinentes para dialogar con los puntos tratados. Las narrativas relatadas y escogidas para componer este trabajo son historias de aprendizajes y conocimiento compartido, de estrategias de comunicación, de prejuicio entre otros aspectos significativos.

**Palabras clave:** médicos cubanos; programa más médicos; narrativas; experiencias; investigación narrativa.

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ADAPS** - Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde

**APS** - Atenção Primária à Saúde

**CC** - Competência Comunicativa

**CFM** - Conselho Federal de Medicina

**Cremesp** - Conselho Regional de Medicina de São Paulo

**GPNEP** - Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores

**ESF** - Estratégia Saúde da Família

**Ipea** - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

**MAAv** - Módulo de Acolhimento e Avaliação

**MP** - Medida Provisória

**MpB** - Médicos pelo Brasil (MpB)

**MS** - Ministério da Saúde

**MEC** - Ministério da Educação

**OPAS** - Organização Pan-Americana da Saúde

**PMMB** - Programa Mais Médicos para o Brasil

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Médicos cubanos em sala de aula da universidade cubana .....	17
<b>Figura 2:</b> Significado da palavra Salamandra.....	42
<b>Figura 3:</b> Foto com médicos cubanos no hotel em Brasília.....	66
<b>Figura 4:</b> Fotos de adesivos criados para utilizar em receitas médicas com pacientes que não sabem ler.....	103
<b>Figura 5:</b> Representação do conceito de Competência Comunicativa.....	108
<b>Figura 6:</b> Foto com uma turma de médicas e médicos cubanos na escadaria da universidade cubana.....	134

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Roteiro de perguntas.....	48
<b>Quadro 2:</b> Roteiro de perguntas (reformulado).....	52
<b>Quadro 3:</b> Termos linguísticos populares bragantinos.....	70
<b>Quadro 4:</b> Autopercepção dos médicos sobre sua habilidades em português em 2022.....	114



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
Narrativas iniciais	15
Justificativas pessoal, prática e social	21
Visitando algumas pesquisas	23
<b>CAPÍTULO 1 - VIAJANDO PELO CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA NARRATIVA</b>	<b>27</b>
Tinha uma pesquisa narrativa no meio do caminho	27
Paisagens da pesquisa	35
Participantes da pesquisa	40
Quem sou eu?	42
Médico desde criança	44
Instrumento de pesquisa	44
Conversa com os participantes da pesquisa: e aí, me conta como foi chegar ao Brasil?	45
Encontro virtual com Fredery - Parte 1	49
Encontro virtual com Fredery - Parte 2	53
Encontro virtual com Salamandra	56
Os textos de campo e os textos de pesquisa	59
Considerações sobre a ética nesta pesquisa	62
<b>CAPÍTULO 2 - CRÔNICAS DE CHEGADA</b>	<b>64</b>
Chegada à terra prometida	64
Viajando nas palavras	66
Os idiomas e eu	72
Minha primeira língua estrangeira	73
<b>CAPÍTULO 3 - CRÔNICAS DE APRENDIZAGEM COMPARTILHADA NAS EXPERIÊNCIAS</b>	<b>77</b>
Aprendendo com um colega experiente	77
Uma mão amiga	78
Trabalho em equipe	82
Iniciando os trabalhos na UBS	83
<b>CAPÍTULO 4 - CRÔNICAS DA LÍNGUA EM USO</b>	<b>95</b>
Sou cubana, mas sei falar “bom dia” em português	95
Não julgue um médico pela sua nacionalidade	99
O desafio profissional pode ser maior que o idioma	101
Preciso que você me ajude a te ajudar	111
<b>CAPÍTULO 5 - CRÔNICAS DE RESISTÊNCIA</b>	<b>117</b>
Acredita ou tem certeza?	117
Colocando os conhecimentos à prova	122
Onde está seu atestado?	124

O que faço com a sua agenda?	126
O trabalho precisa ser de equipe	127
<b>CRÔNICAS DE UM PERCURSO NARRATIVO (ALGUMAS CONSIDERAÇÕES)</b>	<b>130</b>
Mensagem da pesquisadora para Fredery	134
Mensagem da pesquisadora para Salamandra	135
Mensagem da pesquisadora para a pesquisadora	136
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>138</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>149</b>

## INTRODUÇÃO

Começo esta tese contando duas histórias. Elas ainda não se configuram como as histórias dos participantes; são narrativas iniciais (CLANDININ, 2013) sobre mim que me auxiliaram a encontrar o caminho para a investigação deste trabalho. Na perspectiva narrativa adotada (CLANDININ E CONNELLY, 2000; 2015), as pesquisas que fazemos têm relação com as experiências vividas por seus pesquisadores. Clandinin e Connelly (2015, p. 165) afirmam que “pesquisadores narrativos são sempre fortemente autobiográficos”. A partir das histórias que vivemos, situações acontecem para nos colocar em posição de curiosidade, questionamentos e indagações. Assim, as histórias que conto se relacionam com as razões que me levaram ao tema desta pesquisa.

Ainda nesta introdução, apresento os objetivos da pesquisa, as justificativas pessoal, prática e social (CLANDININ, PUSHOR E ORR, 2007), exponho algumas pesquisas que possuem relação com o tema e, por último, exponho como organizei este trabalho. Enfim, vamos às histórias.

### Narrativas iniciais

#### ***Convite para dar aula de português em Cuba***

*Em setembro de 2016, soube que o Ministério da Saúde iria promover o Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), curso oferecido pelo Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), em que professores de português ministrariam aulas para médicos cubanos atuarem no Brasil. Formada em Letras, fiquei interessada no projeto. Enviei meu currículo ao setor responsável e fui selecionada. A partir desse momento, precisei resolver muitas questões burocráticas que iam desde a dispensa da escola em que eu dava aula até as exigências feitas pelo Ministério da Saúde para minha ida a Cuba.*

*O fato de dar aula de português para médicos cubanos em outro país me deixava muito animada, mas, ao mesmo tempo, me apavorava. Nunca havia saído do Brasil a trabalho, não falava espanhol fluentemente e, no momento, não atuava na área de ensino de português para falantes de outras línguas. Mesmo assim, assumi o compromisso. Minha graduação tinha sido em Letras - Português do Brasil*

*como Segunda Língua, curso voltado para ensinar falantes de outros idiomas. Eu tinha sido uma boa aluna e sabia que não era preciso falar a língua dos aprendentes para ministrar aulas na língua-alvo. Além disso, somei o fato de o espanhol não ser uma língua distante do português. Feitas essas reflexões, confirmei minha participação como professora de português.*

*Após algumas reuniões de alinhamento, ainda no Brasil, para explicar o funcionamento do curso, o material a ser trabalhado, a dinâmica em sala de aula a ser desenvolvida e até algumas questões de comportamento a serem adotadas na missão (afinal, estávamos representando o governo brasileiro, dentro e fora dos horários de trabalho), o grande dia chegou. A comitiva viajou para Cuba e o Módulo de Avaliação e de Acolhimento teve início em 17 de outubro de 2016.*

Nessa primeira narrativa, conto como surgiu o convite para ministrar aulas para médicos cubanos. Eu tinha pouquíssimas informações sobre Cuba, meu conhecimento baseava-se mais no senso comum que, a depender de quem falava, tinha um viés positivo ou negativo. Talvez isso tenha despertado em mim o desejo de conhecer aquele país e ter minhas próprias impressões. Além disso, trabalhar em outro país era um desejo antigo de quando eu fazia graduação, mas que ainda não tinha sido realizado. Como comecei a trabalhar cedo para ajudar em casa, o sonho de morar fora, fazer intercâmbio e viajar pelo mundo havia sido adiado por tempo indeterminado. Parecia inacreditável poder ser colaboradora daquele programa. Apesar de querer muito participar, algumas coisas me preocupavam: eu não falava espanhol, nunca havia trabalhado no exterior e estava afastada há um tempo do campo de ensino de português para falantes de outras línguas. Ficava me perguntando: “o que eu faço se os alunos não me entenderem?”, “E se eu não os entender?”, “Como vou tirar suas dúvidas?”. Diante disso, fui lembrando de estratégias aprendidas durante a formação como professora de português como segunda língua, além de ouvir as histórias compartilhadas por colegas mais experientes e com prática de ensino naquele contexto para que me auxiassem na comunicação com os alunos. Ademais, estudei o material didático a ser utilizado nas aulas. Gostava sempre de lembrar que eu já tinha experiência como professora e que ia saber conduzir uma aula, mesmo que para um público diferente daquele ao qual estava acostumada. Na narrativa a seguir, conto como foi o primeiro dia de aula.

### **Primeiro dia de aula em Cuba**

**Figura 1:** Médicos cubanos em sala de aula da universidade cubana



**Fonte:** acervo pessoal

*No dia 17 de outubro de 2016, o Módulo de Acolhimento e Avaliação foi iniciado em Cuba. Na primeira atividade da manhã, alunos e professores se reuniram na área externa da universidade para uma pequena cerimônia de boas-vindas. Eram inúmeros médicos trajando jalecos, falando alto e olhando para o palco onde estávamos nós, os professores ou, como eles diziam, “os profes”. Por outro lado, no palco, ninguém usava jaleco (nem mesmo os médicos brasileiros), a maioria estava com uma mochila nas costas e também olhávamos para os alunos. Estávamos todos muito empolgados.*

*No início da cerimônia, o hino nacional de cada país foi reproduzido: nós cantamos o hino nacional brasileiro e eles o cubano; representantes de ambos os países fizeram um breve discurso e os professores foram convidados a se apresentarem. Em seguida, os alunos foram orientados a se encaminharem para a sala em que foram alocados e aguardarem seus professores.*

*Aguardei alguns minutos para que os alunos entrassem nas salas e, então, fui também à procura da minha. Ao encontrar a classe (nome dado às salas de aula), entrei. Com a minha entrada, todos os médicos se colocaram de pé. Uma colega*

*professora já havia nos dito sobre esse procedimento de se levantar em sinal de respeito ao professor, mas não deixei de achar diferente; também me senti importante e respeitada na minha profissão ao ser recebida daquela forma. Disse aos alunos que podiam sentar e fiz um gesto descendente com a palma da mão. Depois, peguei um giz, escrevi no quadro “Professora Suiane - Português” e comecei a me apresentar:*

*- Bom dia, pessoal. Eu me chamo Suiane e serei a professora de português dessa turma. Antes de começar a nossa aula, gostaria de fazer um acordo com vocês, tudo bem? Queria pedir a todos que tentem, ao máximo, falar em português na sala. Como temos pouco tempo de aula, vamos aproveitar cada minuto para praticar a língua que estamos aprendendo. Outra coisa, eu não falo espanhol, nadinha. Então, de todo modo, teremos de nos esforçar para conseguirmos nos comunicar.*

*Percebi que os médicos ficaram muito preocupados com o fato de eu não saber falar espanhol. De repente, da sala que estava silenciosa, comecei a ouvir burburinhos. Vendo aquela cena acrescentei:*

*- Pessoal, fiquem calmos. Vai dar tudo certo. Vocês estão entendendo o que estou falando agora? (Alguns médicos acenaram com a cabeça e outros verbalizaram que sim). Então, por que estão preocupados se vocês estão compreendendo tudo o que eu estou falando? Caso alguém não esteja me entendendo, vou repetir quantas vezes forem necessárias; também posso desenhar no quadro, fazer mímica, enfim, tudo para que nos entendamos.*

*Após dizer essas palavras, não sei se convenci a todos, mas o silêncio havia retornado. Com isso, perguntei se estavam com o livro e pedi que abrissem na Unidade 1. Segundo o cronograma, aquele dia estava programado para conhecer as regiões, os estados brasileiros e como eram chamados os nascidos em cada estado. Fomos fazendo um passeio pelas regiões. Eu falava o nome de um estado e pedia para que eles repetissem. Após falarmos o nome de todos os estados, perguntei quais deles os médicos gostariam de conhecer. Algumas pessoas foram respondendo e, quando ninguém mais falou, passamos para a segunda atividade. Vamos escutar a música “Meu nome é Gal”, interpretada por Gal Costa, e discutir as diferentes pronúncias que a letra “l” pode assumir no português do Brasil, além de responder algumas perguntas sobre interpretação de texto.*

*A aula foi seguindo de maneira tranquila e eu senti que alguns médicos estavam gostando, pois estavam interagindo cada vez mais. No final da aula, muitos dos que passavam por mim agradeciam pelo dia e, assim, nos despedimos.*

As duas fotos que apresentei no início da história foram tiradas por um aluno cubano na sala de aula em que acontecia o MAAv; me encontro de pé, de frente para a turma, com uma blusa de manga curta e de cor esverdeada; os médicos estão sentados, de costas para a foto, com jalecos brancos; no fundo da foto, há um quadro verde preenchido com palavras, mas que não é possível visualizá-las. Atuar no Programa Mais Médicos foi uma oportunidade única e engrandecedora, mas, sobretudo, desafiadora. Em três semanas, precisaríamos ensinar português para pessoas que, em sua maioria, nunca estudaram o idioma. Mesmo com toda a dedicação de alunos e professores, sabíamos que o curso ministrado em Cuba era apenas uma apresentação do português. Após esse breve momento de formação, esses aprendentes precisariam interagir com os brasileiros em um ambiente que exigiria um alto nível de comunicação. Ao longo das aulas em Cuba, fiquei imaginando as experiências que esses profissionais iriam viver no novo país.

Em março de 2017, tive novamente a oportunidade de voltar a Cuba pelo “Mais Médicos” (nome pelo qual também é conhecido) e atuar como professora. Eu estava mais segura e confiante do que da primeira vez. Conhecia o material didático, a dinâmica das aulas e o público-alvo. No entanto, a equipe de professores e de médicos era diferente daquela com que eu tinha viajado em 2016, mas praticamente todos já tinham participado de outras edições do programa. Dessa forma, pudemos trocar experiências das diferentes missões em que havíamos participado.

As aulas aconteciam de segunda a sexta-feira, no turno da manhã e da tarde. A primeira equipe de professores (que poderia ser de saúde ou de português, a depender da semana) era levada pela manhã à universidade; próximo ao horário do almoço, essa van passava no hotel para buscar a segunda equipe e levar também ao mesmo local. Ambas as equipes almoçavam juntas no refeitório. Nesse momento, professores de português e de saúde aproveitavam para conversar um pouco a respeito das turmas. No final do almoço, a equipe que ministrou aulas pela manhã era levada de volta ao hotel, enquanto a equipe da tarde se encaminhava para as aulas. No final do dia, a van passava na universidade para buscar a segunda equipe.

Nós, professores de português, ficávamos muito tempo juntos: tomávamos café da manhã, andávamos de van, almoçávamos, fazíamos reunião no final de alguns dias para alinhamento das aulas, dividíamos o quarto com algum colega. Por incrível que pareça, sempre tínhamos o que conversar.

Em uma das viagens para ir à universidade, fui conversando sobre o programa com um dos colegas de português e também coordenador da equipe de professores. Estávamos preocupados com os médicos cubanos quando chegassem ao Brasil. Ambos concordávamos que, apesar dos esforços de professores e alunos, a ambientação em português por apenas três semanas poderia não ser suficiente para que os médicos se comunicassem com os pacientes brasileiros, que era necessário um acompanhamento linguístico desses médicos no Brasil. Essa ideia ficou martelando em nossas cabeças e, entre idas e vindas da van, entre cafés e almoços, íamos pensando em como poderia ser dado um suporte para os médicos.

No final daquela missão, decidimos conversar com a equipe do Ministério da Saúde que estava nos acompanhando em Cuba. Elogiamos a iniciativa por parte daqueles que pensaram em incluir, no MAAv, temas referentes à saúde no Brasil e ao idioma, tão importante no processo de interação entre médico e paciente. Contudo, alertamos que havia necessidade de um acompanhamento linguístico para os médicos, pelo menos no primeiro ano. A equipe nos ouviu com atenção, anotou os pontos e disse que apresentaria aos seus superiores.

Apesar da atenção com que fomos ouvidos e da promessa de levar nossos apontamentos às esferas superiores dos ministérios da saúde e da educação, nunca houve, formalmente, um ensino continuado na área de português para médicos cubanos vindos em missão.

Em abril de 2018 e em setembro do mesmo ano, participei novamente do MAAv e a vontade de saber como estava sendo a experiência dos médicos no Brasil só ia aumentando. Sabendo pouco da língua portuguesa, como estavam se comunicando com a população brasileira? Como estavam realizando suas atividades laborais nas unidades básicas de saúde se relacionando com uma população que, em sua maioria, não fala espanhol? Essas tensões me acompanharam durante algum tempo e constituíram meu *puzzle* de pesquisa. Para explicar o significado de *puzzle*, trago a compreensão feita pelo Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores (GPNEP), responsável pela tradução da obra *Narrative Inquiry: Experience and Story in Qualitative Research*, de D. Jean



Clandinin e Michael Connelly (2000), referencial teórico-metodológico sob o qual me oriento. Em seu perfil do Instagram (Disponível em: <https://www.instagram.com/p/CgPM3GAuLII/> e acessado em: 20 de janeiro de 2022), o GPNEP, que optou por não traduzir o referido termo em inglês, compreende que o *puzzle* de pesquisa pode ser entendido como um conjunto de indagações, advindas das histórias iniciais, que configuram o não saber ou o não entendimento a respeito de algo. O *puzzle* não pode ser confundido com pergunta ou problema de pesquisa, pois não se está em busca de uma resposta certa ou única, tampouco as indagações feitas visam encontrar a solução para um problema. Além disso, a palavra tensão que utilizo não é entendida por mim pelo viés negativo ao qual normalmente é associada, mas a partir da posição de Mello, Murphy e Clandinin (2016, p.567) que consideram as tensões como “um espaço com muito potencial para a investigação”.

A partir das minhas indagações e da minha experiência vivida no curso em Cuba, foi nascendo o interesse por investigar as experiências que profissionais cubanos estavam vivendo no Brasil. Já sentia vontade de prosseguir com os estudos na área acadêmica e estava justamente em busca de um tema instigante, que despertasse interesse e que me encorajasse a percorrer um caminho longo que é o doutoramento. Com isso em mente, tracei o objetivo geral de pesquisa que, durante a trajetória do trabalho, foi se remodelando, mas que se apresenta, no momento da escrita desta tese, como: compreender narrativamente as experiências de dois médicos cubanos. Especificamente, desejo: a) analisar e discutir narrativamente as experiências vividas e contadas por uma médica cubana e um médico cubano trabalhando no Brasil após pouco contato com o português e b) identificar e discutir as estratégias utilizadas por ambos para se comunicar com os pacientes e realizar consultas. Tendo compartilhado as histórias iniciais, o *puzzle* e os objetivos da pesquisa, a seguir, exponho as justificativas do trabalho.

### **Justificativas pessoal, prática e social**

Pesquisadores narrativos começam suas investigações com histórias de vida, chamadas de narrativas iniciais ou inícios narrativos (CLANDININ, 2013), conforme apresentado no começo deste trabalho. A participação como docente no Mais Médicos e as reflexões que fiz sobre a atuação laboral dos médicos cubanos sem

terem muito conhecimento do português motivaram-me a desenvolver esta tese e moldam minha justificativa pessoal. Para as pesquisadoras Clandinin, Pushor e Orr (2007), as justificativas pessoais advêm das narrativas iniciais e são essas justificativas que situam o pesquisador no estudo. É difícil para um estudioso desenvolver estudos em áreas distintas de seus interesses. A motivação para a pesquisa precisa existir para dar combustível para o desenvolvimento do trabalho, que é árduo.

Além disso, Clandinin, Pushor e Orr (2007) propõem, além da justificativa pessoal, outras modalidades de justificativas para uma pesquisa: uma justificativa prática e outra social e/ou teórica. A primeira “guarda relações com a vida prática e cotidiana das pessoas e/ou de determinada atividade profissional” (OLIVEIRA, 2017, p. 22). A segunda “está associada à preocupação que o pesquisador precisa ter com questões relacionadas ao meio em que vive, bem como com as contribuições que sua investigação pode proporcionar à vida social” (OLIVEIRA, 2017, p. 22). Nesse sentido, busquei entender as seguintes perguntas: por que entender a experiência dos médicos cubanos em serviço no Brasil poderá contribuir para uma visão prática? Qual a relevância do trabalho para os estudos linguísticos em contexto profissional de imersão?

Conhecer as histórias dos médicos cubanos pode ajudar a compreender suas necessidades durante as atividades laborais e desenvolver estratégias para facilitar o cotidiano desses profissionais, configurando-se, assim, como uma justificativa prática deste trabalho. Além disso, para gestores e formuladores de políticas públicas, como é o caso do PMMB, é de extrema importância conhecer os desdobramentos das ações implementadas, para que haja aperfeiçoamento e reformulação neste e/ou em programas posteriores. Para os estudiosos da língua, este trabalho poderá contribuir com avanços na área de ensino e aprendizagem de línguas. Muitos professores de português que participaram do MAAv são pesquisadores da área de ensino e aprendizagem, e estudos como este seriam de grande acréscimo para suas investigações, além de funcionarem como devolutiva do trabalho que ajudaram a construir.

Para finalizar esta seção, discorro a respeito da justificativa social. Entendo a língua como um importante fator de comunicação, de interação e de inclusão social. Dessa forma, conhecer as histórias contadas pelos médicos pode permitir compreender as relações e as interações estabelecidas entre eles, a comunidade

brasileira e o contexto em que trabalharam, uma vez que o desenvolvimento de sua função dependeria de uma efetiva comunicação com seus pacientes; e a vida prática envolve situações cotidianas, como pagar contas, ir ao supermercado, pegar um táxi etc. Logo, saber o que dizem os médicos a respeito das interações com os brasileiros e com o meio, se sua presença foi recebida com acolhimento ou rejeição e se foi possível realizar suas funções de assistência à saúde são informações importantes para entender um fenômeno social e linguístico que se manifestou em nossa sociedade.

Antes de finalizar esta seção, também gostaria de explicar o título do trabalho. A primeira parte do título foi inspirada na tese de Terezinha de Jesus Machado Maher (1996), *Ser professor sendo índio: questões de língua(gem) e identidade*. A autora descreve e discute os modos pelos quais as práticas discursivas dos participantes indígenas de um projeto de educação na Amazônia Ocidental refletem processos de (re)definição do que é ser, hoje, um professor-índio, tendo em vista o momento sócio-histórico. Os participantes da pesquisa de Maher (1996) se tornaram professores, mas, antes, eram e continuaram sendo indígenas. Embora com foco, participantes e contextos distintos em relação ao estudo desenvolvido nesta pesquisa, entendo que os médicos cubanos tiveram a paisagem de trabalho alterada, passaram a atender uma comunidade diferente, em uma língua distinta daquela que sabiam, porém continuaram sendo médicos; trouxeram consigo essa bagagem e precisaram ressignificar seus conhecimentos. Nesse sentido, o uso do gerúndio no título da tese de Maher (1996) me motivou a também utilizar esse modo verbal no título desta tese. Já a segunda parte do título tem a intenção de colocar em perspectiva as histórias que os próprios participantes narraram de suas experiências vividas.

Tendo percorrido sobre as justificativas pessoal, prática e social presentes neste trabalho, faço, na seção a seguir, uma visita a algumas pesquisas sobre o Programa Mais Médicos para o Brasil.

### **Visitando algumas pesquisas**

Com o intuito de conhecer pesquisas relativas ao tema sem, contudo, aspirar abarcar todos os estudos desenvolvidos com esse foco, realizei uma pesquisa no Portal de periódicos da Capes para verificar registros de trabalhos voltados para a

área de português no contexto do PMMB. Nos filtros de busca avançada, combinei as palavras “programa mais medicos” com “idioma”, “português”, “língua portuguesa”, “língua” e fiz um recorte temporal entre os anos de 2013 a 2021. Meu objetivo era conhecer pesquisas sobre o PMMB voltadas ao português. Constatei, a partir da leitura dos títulos e dos resumos dos trabalhos, que é quase inexistente a literatura sobre estudos linguísticos ligados ao programa.

A primeira combinação (“programa mais medicos” e “idioma”) resultou em 12 trabalhos, todos voltados para a área de saúde. Nenhum estudo trazia a questão da língua como foco da pesquisa. Contudo, é importante salientar dois trabalhos que tocaram no assunto de idioma. O artigo intitulado *A percepção dos usuários cearenses sobre o Programa Mais Médicos* (MELO; BAIÃO; COSTA, 2016) teve como objetivo conhecer a percepção que usuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) possuíam sobre o Programa Mais Médicos. No resultado da pesquisa, os usuários destacaram que uma das dificuldades encontradas no contexto do programa foi o fato de os “[...] médicos bolsistas estrangeiros possuírem uma limitação com o idioma” (MELO; BAIÃO; COSTA, 2016, p. 1302). Apesar desse apontamento, não há aprofundamento no que diz respeito à interação a partir da língua. Nessa mesma linha, o artigo *Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró* (SILVA; SILVA; PONTES; CUNHA, 2016) também objetivou analisar a percepção de usuários sobre o PMMB. Os autores destacaram o seguinte trecho no resumo publicado: “os usuários referem o idioma como uma barreira, que foi amenizada pelo uso de estratégias comunicacionais nas ESF” (SILVA; SILVA; PONTES; CUNHA, 2016, p. 2861). Também nesse trabalho não houve investigação mais detalhada de questões linguísticas. Contudo, é possível inferir, a partir dessa afirmação, que possivelmente houve interação entre médico e paciente, uma vez que “estratégias comunicacionais” foram utilizadas.

As outras combinações de palavras (“programa mais medicos” e “português”; “programa mais medicos” e “língua portuguesa”; “programa mais medicos” e “língua”) trouxeram resultados semelhantes aos da primeira combinação e os trabalhos encontrados também não se relacionavam a assuntos diretamente ligados ao uso de português pelos médicos cubanos. Como resultado da busca, com a palavra “língua”, encontrei 23 artigos; com a palavra “língua portuguesa”, 13 trabalhos; com “português, 20 resultados”. Observei que, ao utilizar essas entradas, o que, de fato, era destacado nos textos pela plataforma era o idioma no qual o

artigo estava escrito e não exatamente o teor do conteúdo. Entretanto, uma obra destacou-se dentre as demais por abordar questões fora do escopo da saúde. Dias e Pinto (2017) elaboraram um trabalho com o título *Ideologias linguísticas e regimes de testes de língua para migrantes no Brasil*. As autoras examinaram dois instrumentos de avaliação (Certificação de Proficiência em Língua Portuguesa para Estrangeiros - Celpe-Bras, e a avaliação de língua portuguesa para médicos vinculados ao programa “Mais Médicos”) e analisaram o procedimento adotado pelo Brasil para conceder naturalização ao estrangeiro (em que um dos critérios é saber português). Apesar de estar voltado para testes de proficiência em português, o trabalho não está focado no PMMB, tampouco no contexto de aprendizagem de português pelos médicos cubanos. O objetivo era analisar “o regime de testes de língua no contexto de migração transnacional para o Brasil e sua relação com ideologias linguísticas hegemônicas na construção de sistemas de diferenciação corporal” (DIAS e PINTO, 2017, p. 61).

No recorte de pesquisa feito no portal da Capes, não encontrei, portanto, trabalhos que versassem sobre as interações entre médicos de outras nacionalidades e pacientes brasileiros na área de ensino e aprendizagem de língua propriamente. Tampouco houve trabalhos sob a perspectiva narrativa que buscassem compreender as experiências vividas pelos médicos cubanos em contexto brasileiro.

Com relação a trabalhos de pós-graduação, conheci, através de um professor que ministrou aulas comigo em uma das missões de que participei, a tese de Moana de Lima e Silva (2017), que foi professora de módulos de acolhimento e avaliação. Com o título *O Ensino de Português para Fins Específicos No Programa Mais Médicos Para o Brasil*, a autora analisou como o livro didático, utilizado no curso ministrado para os médicos cubanos no Programa Mais Médicos, “pode ser considerado um instrumento linguístico norteador no processo de ensino-aprendizagem do PLE” (SILVA, 2017, p.15). A pesquisa foi apresentada ao Programa de Pós-graduação em Filologia e Língua Portuguesa do Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas da Faculdade Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, USP. O trabalho de Silva (2017) se volta para o ensino de língua para fins específicos e para a análise do material didático do curso ministrado no PMMB.

Pesquisando mais recentemente, encontrei a dissertação de mestrado de Danielle Pinto Silva (2019) com o título *Médicos cubanos e comunidade bragantina: notas sobre o contato linguístico espanhol/português em terras brasileiras*, que apenas em 2021 esteve disponível em sua íntegra. Silva (2019, p. 16), moradora da cidade de Bragança, no Pará, interessou-se por “compreender como a comunidade local [...] consegue estabelecer comunicação e entender os diagnósticos profissionais oriundos das consultas médicas”. Tendo como eixos teóricos o contato linguístico e a tradução, o objetivo da pesquisa é compreender diferenças e semelhanças e identificar estratégias utilizadas por cada um dos grupos para o sucesso da interação comunicativa nas situações específicas das consultas médicas. A autora afirma que, apesar de o tema ser “bastante recorrente em algumas áreas de estudo, com um volume considerável de produções acadêmicas a respeito,[...] no campo dos estudos de língua [...], este trabalho tem um caráter de pioneirismo” (SILVA, 2019, p. 21). Concordando com a autora a respeito da escassez de trabalhos sobre o PMMB sob a perspectiva da língua; considero, também, que as nossas pesquisas são uma das poucas voltadas para questões linguísticas. Em vários momentos deste trabalho, dialogarei com a pesquisa de Silva (2019).

A partir dessa visita a alguns trabalhos sobre a temática do PMMB, gostaria de apresentar como organizei esta tese. Começo este trabalho com esta Introdução, que conta algumas histórias iniciais que fizeram parte da minha vida e que acredito terem me guiado até este trabalho.

Em seguida, no Capítulo, delineio o percurso teórico-metodológico que adotei neste estudo: a pesquisa narrativa. A decisão de apresentar a metodologia logo no início da tese se justifica, pois entendo que muitos leitores podem não ter intimidade com a pesquisa narrativa, sobretudo na perspectiva de Clandinin e Connelly (2000; 2015). Apresentar os fundamentos que embasam essa concepção poderá tornar a leitura mais compreensível e fluida.

Nos Capítulos de 2 a 5, apresento as histórias das experiências narradas pelos participantes da pesquisa e discuto os sentidos compostos por eles.

Por fim, teço algumas considerações sobre a pesquisa.

Desejo a todos uma ótima leitura.

## **CAPÍTULO 1 - VIAJANDO PELO CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO DA PESQUISA NARRATIVA**

Início esta parte da tese contando a história que me levou à metodologia deste trabalho e disorro sobre a pesquisa narrativa da perspectiva teórico-metodológica de Clandinin e Connelly (2000; 2015). Logo depois, apresento a paisagem de pesquisa e os participantes envolvidos. Posteriormente, exponho os instrumentos utilizados, os textos de campo e os textos de pesquisa. Por fim, faço considerações a respeito da ética neste trabalho.

### **Tinha uma pesquisa narrativa no meio do caminho**

Quando escrevi o primeiro projeto de doutorado, pensei em trabalhar com materiais didáticos que auxiliassem os médicos cubanos em suas atividades diárias no trabalho. O objetivo era construir um aplicativo de celular voltado para o ensino de português para médicos cubanos no âmbito do Programa Mais Médicos. Imaginava que, tendo um material complementar, voltado para as necessidades profissionais do cotidiano, os médicos poderiam desenvolver suas atividades com mais facilidade.

Tendo sido aprovada no doutorado, as leituras e as reflexões realizadas nas disciplinas da pós-graduação e os encontros com meu orientador me levaram a outra perspectiva: antes de propor um material pedagógico, seria preciso conhecer as necessidades das pessoas que irão fazer uso da ferramenta; ouvir suas experiências vividas no contexto de português no Brasil; e mais, entender como era a interação desses profissionais com a população brasileira. A proposta da pesquisa, então, foi sendo encaminhada para a investigação da interação entre médico cubano e paciente brasileiro em contexto de saúde. A essa altura estava pensando em uma pesquisa qualitativa, exploratória de base etnográfica.

Para a geração de dados, entrevistas semi estruturadas com médicos cubanos e pacientes brasileiros seriam realizadas, além da minha participação em consultas médicas, se assim fosse autorizada pelos participantes.

Com a pandemia da Covid-19 deflagrada no mundo no início de 2020, as chances de se desenvolver uma pesquisa que envolvesse o contato entre pessoas,

sobretudo em contexto hospitalar, eram quase nulas. Dessa forma, o projeto precisou novamente ser remodelado.

Com certo desespero e preocupação sobre os caminhos que a tese iria seguir, compartilhei minha angústia no grupo de estudos criado por meu orientador para reunir seus orientandos. Ao refletir sobre a natureza e objetivos do trabalho, uma colega do grupo fez a seguinte sugestão: “Por que você não faz pesquisa narrativa?”. Com cara de espanto, eu retruquei: “O que é pesquisa narrativa?”. Em breves palavras, a colega me explicou que era uma metodologia que investigava as narrativas dos participantes de pesquisa. A sugestão me deixou curiosa e, por não saber, ao certo, o que significava fazer pesquisa narrativa, no dia seguinte, apressei-me em procurar bibliografias a respeito.

O professor João Antonio Telles (1996) foi quem primeiro “falou de pesquisa narrativa, na paisagem acadêmica brasileira, considerando o campo da Linguística Aplicada”. (MELLO, 2020a, p. 42). Ao ler seu artigo *A trajetória narrativa: histórias sobre a formação do professor de línguas e sua prática pedagógica*, descobri que “a pesquisa narrativa tem suas origens na Poética de Aristóteles e nas confissões de Santo Agostinho” (TELLES, 1999, p. 80). Por sua característica abrangente, narrativas são utilizadas em diversos campos do conhecimento, como a teoria literária, filosofia, psicologia, educação, linguística e diversos outros. Portanto, eu precisaria definir qual vertente da pesquisa narrativa atenderia aos meus propósitos de pesquisa. Como professora de língua, fui dando preferência aos estudos de pesquisa narrativa mais voltados para essa área. Contudo, também são diversos os caminhos metodológicos de pesquisa narrativa na área de ensino e aprendizagem de língua. Minha grande dúvida residia em que tipo de pesquisa narrativa iria desenvolver.

Realizei algumas leituras de teses e dissertações que abordavam diferentes caminhos de pesquisa narrativa, mas não havia conseguido ainda enxergar um percurso a seguir. Lembrei-me, então, de uma colega da pós-graduação que havia realizado pesquisa narrativa em sua dissertação. Ao entrar em contato com ela, fui apresentada ao Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores – GPNEP – do Instituto de Letras e Linguística da Universidade Federal de Uberlândia. Coordenado pelas professoras Dilma Mello (professora da Universidade Federal de Uberlândia) e Viviane Cabral Bengezen (professora da Universidade Federal do Catalão), o GPNEP “consiste em um espaço acadêmico direcionado aos estudos



relacionados ao paradigma de pesquisa narrativa e à formação de professores” (informações retiradas do site do grupo: <https://gpnep.home.blog/sobre-o-gpnep/>, acessado em 20 de março de 2023). Foi nesse grupo, e também em uma disciplina que cursei com as professoras coordenadoras, que conheci a visão dos autores Clandinin e Connelly (2000).

Para os autores canadenses, as narrativas são formas de compreender a experiência do indivíduo. No processo de narrar as histórias vividas, as pessoas contam e recontam suas histórias e vão compondo sentido dessas experiências. Na pesquisa narrativa, aqueles que compõem os sentidos das experiências são os que as viveram. Para Clandinin e Connelly (2015), no movimento de contar, recontar e reviver as experiências vividas, as pessoas compreendem o conhecimento vivido e construído. Mello (2020a) ressalta a importância de entender que os termos “contar”, “recontar” e “reviver”, usados na pesquisa narrativa, possuem significados diferentes em relação à definição dos termos trazida pelos dicionários. O termo “contar” se refere ao movimento retrospectivo feito, no caso desta pesquisa, pelo médico cubano e pela médica cubana ao retomar ou lembrar suas experiências de vida. O contar é o primeiro movimento feito pelos participantes; primeiro eles contam para si mesmos suas histórias. No segundo movimento, ou seja, quando os médicos compartilharam comigo suas histórias, foi o processo de recontar que estava presente. “Recontar, portanto, não é contar de novo, mas *compor sentidos* das experiências já contadas.” (MELLO, 2020a, p. 49). Já o termo “reviver” é o movimento de “pensar possibilidades futuras para um agir diferente diante de experiências semelhantes àquelas contadas e recontadas.” (MELLO, 2020a, p. 49). Mello (2020a) destaca que, normalmente, o movimento de reviver não é alcançado durante o desenvolvimento da pesquisa, pois não há tempo hábil para realizá-lo.

Dessa forma, não basta observar o comportamento das pessoas e a forma como elas interagem entre si e com o meio, pois, na pesquisa narrativa, “os significados que alguém constrói ou compõe é interno (de dentro) e externo (para fora) e é por isso que precisamos ouvir as histórias das pessoas.” (MELLO, 2005, p. 93). As histórias não são apenas um texto, mas sim a “experiência vivida, contada e recontada.” (MELLO, 2005, p. 96). Essa maneira de fazer pesquisa veio ao encontro daquilo que eu estava procurando: ouvir as histórias das experiências vividas por médicos cubanos atuando no Brasil.

Clandinin e Connelly (1996), seguindo a ideia de Carr (1986), afirmam que

quando as pessoas notam algo de sua experiência para si mesmas ou para os outros, elas o fazem não pelo mero registro da experiência ao longo do tempo, mas o fazem em forma de história. A história não é, portanto, nem sensação bruta nem forma cultural, mas ambas e nenhuma delas. Com efeito, as histórias são o mais próximo que podemos chegar da experiência, pois nós e outros contamos nossa experiência (CLANDININ E CONNELLY, 1996, p. 29, tradução minha).

O trecho original escrito pelos autores foi

when persons note something of their experience either to themselves or to others, they do so not by the mere recording of experience over time but do so in storied form. Story is, therefore, neither raw sensation nor cultural form but is both and neither. In effect, stories are the closest we can come to experience, as we and others tell of our experience (CLANDININ e CONNELLY, 1996, p. 29).

Além disso, para entender a maneira de se fazer pesquisa narrativa na perspectiva de Clandinin e Connelly (2000, 2015), precisei entender primeiro que ela se configura como teórica e também metodológica, pois ela “é, ao mesmo tempo, método de estudo e fenômeno estudado” (CAINE; LESSARD; CLANDININ, 2020, p. 22).

Uma pesquisa narrativa pode ser desenvolvida de duas formas: pelo contar de histórias (*telling*), por meio do vivenciar histórias (*living*) ou por ambos (CLANDININ; CONNELLY, 2015). Na perspectiva do contar de histórias (*telling*), as experiências narradas são as de um passado anterior ao início da pesquisa (CLANDININ; CONNELLY, 2015), como é o caso deste trabalho: os médicos cubanos viveram suas experiências antes do início da pesquisa. Nesse mesmo caminho do contar de histórias, está o trabalho de Fiuza (2013), que ouviu histórias de professores universitários em atuação no ensino de língua espanhola, com o objetivo de conhecer suas histórias de aprendizagem e também histórias sobre o ensino de espanhol.

Na perspectiva do vivenciar histórias (*living*), em que pesquisador e/ou participante vivenciam as experiências em concomitância ao desenvolvimento da investigação, está o trabalho de Colmanetti (2016), que objetiva entender a construção do conhecimento prático-profissional durante sua atuação como professora tutora.

Oliveira (2017) desenvolve sua pesquisa tanto pelo contar de histórias quanto pela vivência de histórias e objetiva levantar, descrever e analisar algumas de suas experiências de vida e as possíveis implicações em sua formação docente.

Em muitas pesquisas narrativas, os pesquisadores são também participantes da pesquisa, narrando e compondo sentidos de suas experiências. A tese de Bengezen (2017) objetiva compreender narrativamente as experiências de autoria vividas por ela e por seus alunos nas aulas de inglês em uma escola pública. Durante (2023), por sua vez, busca compreender narrativamente como tem se constituído professora. No caso desta pesquisa, eu não sou participante, apenas escuto as narrativas dos participantes e busco compreender os sentidos compostos por eles.

Um conceito importante considerado na pesquisa narrativa desenvolvida pelos autores canadenses está relacionado ao construto de experiência do filósofo e pedagogo John Dewey (1979). Segundo Clandinin e Connelly (2015), Dewey (1979, p. 30) “transforma o termo comum, experiência [...], em um termo de pesquisa e, assim, nos dá um termo que permite um melhor entendimento da vida no campo da Educação”. Afirmando que “a experiência é pessoal e social” (CLANDININ e CONNELLY, 2015, p. 30), Dewey considera que “as pessoas são indivíduos e precisam ser entendidos como tal”, mas esse entendimento não pode se limitar apenas a esse ponto, pois estamos sempre em interação e em um contexto social (CLANDININ e CONNELLY, 2015, p. 30). O termo experiência amplia nossa compreensão de aprendizagem e nos permite entender que é possível aprender em diferentes contextos, seja com um professor, com colegas, em uma comunidade etc.

Dewey (1979) acrescenta que a experiência assume um caráter de continuidade, ou seja, ela “se desenvolve a partir de outras experiências e de que experiências levam a outras experiências” (CLANDININ e CONNELLY, 2015, p. 30). Tal característica atribui à continuidade uma propriedade temporal própria da experiência. Além disso, esse princípio de continuidade seria fruto da interação entre os indivíduos, sendo, portanto, dois conceitos indissociáveis. Vivendo as experiências do presente, influenciadas pelas vividas no passado e vislumbrando as que viveremos em um futuro, Dewey (1979), Clandinin e Connelly (2000; 2015) e Clandinin e Rosiek (2007) entendem que estamos sempre no meio, em um entre-lugar. Esses princípios de Dewey (1979) ajudaram os autores canadenses, Clandinin e Connelly (2000, 2015), a pensarem no espaço tridimensional da pesquisa narrativa: temporalidade, sociabilidade e lugar. Estudos narrativos sob essa perspectiva precisam orientar suas investigações a partir dessa tridimensionalidade, também chamada de lugares comuns.

No aspecto temporal, Connelly e Clandinin (2015) pontuam que

[n]o pensamento narrativo, a temporalidade é uma questão central. Temos como certo que localizar as coisas no tempo é a forma de pensar sobre elas. Quando vemos um evento, pensamos sobre ele não como algo que aconteceu naquele momento, mas sim como uma expressão de algo acontecendo ao longo do tempo (CLANDININ; CONNELLY, 2015, p. 63).

Acrescentam, ainda, que “pesquisadores narrativos não descrevem um evento, pessoa ou objeto como tal, mas, ao contrário, descrevem-nos com um passado, um presente e um futuro” (CONNELLY E CLANDININ, 2004, p. 479, tradução minha). No original: “narrative inquirers do not describe an event, person or object as such but, rather, describe them with a past, a present, and a future (CONNELLY E CLANDININ, 2004, p. 479). Em outras palavras, uma pessoa não pode se desligar de seu passado; é ele que molda as experiências presentes e prospecta as atitudes futuras. Portanto, ao compor os significados de uma história, o pesquisador narrativo deve se preocupar não só com aquilo que ocorreu hoje, mas também com os acontecimentos pretéritos que propiciaram a ocorrência da história corrente e como elas poderão projetar o futuro.

Na sociabilidade o pesquisador narrativo deve se preocupar com os aspectos pessoais e, ao mesmo tempo, com as condições sociais na investigação dos eventos. Dessa forma, é necessário se questionar sob quais condições estavam os participantes da pesquisa; quais seus sentimentos, sensações, desejos, esperanças (CONNELLY e CLANDININ, 2004). Por outro lado, quais eram as circunstâncias sociais nas quais viviam os participantes? (CONNELLY e CLANDININ, 2004). Se essas circunstâncias fossem diferentes, a história seria outra? Alguns sentimentos estariam presentes se o contexto fosse distinto? Como seria a experiência se a relação fosse estabelecida com outras pessoas? (CONNELLY e CLANDININ, 2004). Essas indagações sobre as condições pessoais e sociais dos indivíduos, no viver de suas experiências, permitem que, segundo Mello (2005, p.91), “(...) haja um movimento para dentro (*inward*), quando se analisam as condições pessoais, e para fora (*outward*), quando são observadas as condições sociais”.

O lugar se configura como o terceiro aspecto da tridimensionalidade e é definido como os “limites concretos específicos, físicos e topológicos do lugar onde a investigação e os eventos acontecem” (CONNELLY e CLANDININ, 2004, p. 480, tradução minha). No original: “[...] specific concrete, physical, and topological

boundaries of place where the inquiry and events take place.”(CONNELLY e CLANDININ, 2004, p. 480). Para a pesquisa narrativa, o lugar é um aspecto crucial a se considerar; ele influencia a experiência das pessoas e pode, até mesmo, influenciar a forma como se conta a história. É importante considerar as características do lugar e seu impacto nos estudos (CONNELLY e CLANDININ, 2004). Diante disso, o pesquisador narrativo deve se perguntar se as experiências vividas pelos participantes seriam outras caso o lugar em que eles viveram fosse diferente; e se esses estivessem contando de um lugar distinto, haveria alguma alteração na narrativa? (CONNELLY e CLANDININ, 2004). Nessa perspectiva, portanto, a influência do meio sobre o sujeito deve ser levada em conta.

A tridimensionalidade, portanto, faz parte da metodologia da pesquisa narrativa de Clandinin e Connelly (2000; 2015) e precisa ser considerada pelo pesquisador no processo de compreensão dos sentidos compostos pelos seus participantes de pesquisa.

Esse aspecto tridimensional também me aproximou da configuração textual utilizada na pesquisa narrativa. A temporalidade, a sociabilidade e o lugar não são apenas expostos nos procedimentos de pesquisa, mas também na maneira de redigi-la (MELLO, 2005). Ao iniciar a tese com as narrativas iniciais, faço um movimento retrospectivo para refletir sobre o percurso que fiz para chegar ao tema desta pesquisa. O aspecto social se faz presente quando considero o valor da pesquisa para mim, bem como para os participantes. Utilizar uma escrita que permita a leitura do trabalho por diferentes públicos que possam se interessar pelo assunto também é uma tentativa de incluir pessoas. Imagens e quadros são descritos para contemplar aquelas pessoas com algum comprometimento visual; as notas de rodapé são pouco utilizadas para que aqueles que utilizam leitores de tela possam ter acesso a todas as informações contidas no trabalho. Ainda no que diz respeito à escrita, o formato narrativo permite que eu narre o percurso percorrido para a realização deste trabalho, bem como concede espaço para que os participantes narrem suas histórias, além de possibilitar um ambiente para a reflexão, como preconizado por Dewey (1979). Outras configurações de textos, escritos ou não escritos, também são possíveis nos trabalhos narrativos, tais quais: teatralização, ficcionalização, poemas, desenhos, fotografias etc.

Na pesquisa narrativa, a subjetividade do pesquisador é assumida, ou seja, é considerada desde a escolha de qual narrativa contar até a composição de sentido.

Nos capítulos que apresento as histórias dos participantes, por exemplo, a seleção das narrativas que resolvi trazer para compor esta parte do trabalho não aconteceu de forma aleatória. Eu fiz uma escolha e assumo a subjetividade presente nela. Também os participantes fizeram suas escolhas das histórias que iriam narrar e, sem dúvida, essa decisão sobre o que contar também quer dizer algo.

Para aprofundar, refletir e discutir as histórias narradas pelos médicos participantes, adotei a perspectiva de composição de sentidos das autoras Ely; Vinz; Anzul; Downing (2001). Para elas, a verdade assume um *status* temporário, que poderá ser entendida de outra forma se for interpretada em outro momento ou por outra pessoa. As autoras, enfatizam a importância da escrita e reescrita das narrativas para uma constante reflexão e compreensão dos sentidos compostos.

Em vez de uma tentativa de encontrar ou ver o significado “nos dados”, é muito mais produtivo compor o sentido que os dados podem nos levar a entender. Na vida, criamos nossa própria realidade a partir de pessoas ou situações; não é que a pessoa ou situação seja a realidade (ELY; VINZ; ANZUL; DOWNING, 2001, p. 19, tradução de DURANTE, 2023.).

No original: Instead of an attempt to find or see meaning ‘in the data’ it is far more productive to compose meaning that the data may lead us to understand. In life, we create our own reality out of persons or situations; it isn’t that the person or situation is the reality (ELY; VINZ; ANZUL; DOWNING, 2001, p. 19).

Meu entendimento sobre isso é que a compreensão dos sentidos que fazemos das narrativas que ouvimos é feita a partir da nossa visão sobre as coisas. Não significa que essa compreensão é a realidade, ela apenas revela aquilo que o nosso olhar viu. Dessa forma, a constante reflexão pode nos permitir compreender cada vez mais e mais profundamente o que ouvimos.

Além disso, discorrem, ainda, que a leitura e discussão de textos em grupos de apoio podem auxiliar o pesquisador na busca por diferentes possibilidades de sentido, mas sem a intenção de esgotar todas as possibilidades de interpretação. Ainda sob essa ótica, Bulloughs e Pinnegar (2001) e Mello (2005), afirmam que, quando colegas de área (pesquisadores, professores) reconhecem as histórias contadas e os significados compostos a partir delas, é possível que haja coerência na interpretação. Compreendo que essa coerência na interpretação, dita pelos autores, significa dizer que as narrativas suscitaram compreensões semelhantes em mais de uma pessoa e, portanto, podem fazer sentido dentro da tentativa de entendimento do fenômeno estudado. Connelly e Clandinin (2004) afirmam que a

interpretação deve ser plausível, apresentar construções coerentes e ser feita seguindo os critérios de temporalidade, lugar, aspectos pessoais e sociais da pesquisa, além das histórias dos participantes. No entanto, é importante saber que

nessa perspectiva teórico-metodológica, a experiência é estudada com o outro, e não sobre o outro. Um objetivo primeiro ou original da pesquisa narrativa é entender a experiência como ela é vivida e compreendida pelo participante de pesquisa, e não sobre como nós pesquisadores entendemos a experiência do outro. Esse objetivo é o que nos leva, como pesquisadores narrativos, à necessidade de viver com o outro e/ou ouvir o que e como o participante de pesquisa escolhe e conta as suas narrativas de experiências. (MELLO, 2020a, pp. 48-49)

A partir da leitura e releitura das narrativas, elaboração e reelaboração das histórias e ouvindo os apontamentos feitos no grupo responsivo GPNEP, pude discutir os sentidos trazidos pelos participantes de pesquisa a partir de suas experiências vividas. Além disso, as narrativas elaboradas por mim foram apresentadas aos participantes para que eles contribuíssem e até mesmo alterassem trechos com os quais não concordavam.

Outro ponto a ser considerado na pesquisa narrativa, segundo os autores canadenses, é o lugar da teoria. Acostumada a seguir os moldes mais tradicionais de ciência, fui descobrindo, aos poucos, que a teoria nesse tipo de pesquisa assume um lugar diferente: primeiro, vive-se a experiência para depois teorizar a respeito dela (DEWEY, 1979; CLANDININ e CONNELLY, 2000, 2015). Dessa forma, esta tese não apresenta um capítulo separado de arcabouço teórico; alguns conceitos serão mobilizados ao longo dos capítulos em que serão apresentadas e discutidas as histórias dos participantes.

Tendo percorrido sobre as trilhas que me levaram a encontrar a pesquisa narrativa sob a ótica de Clandinin e Connelly (2000, 2015), apresento, a seguir, as paisagens de pesquisa.

### **Paisagens da pesquisa**

Considero importante iniciar esta seção contextualizando o Programa Mais Médicos e discutindo um pouco a respeito de sua repercussão na sociedade brasileira.

Em 2011, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), realizou uma pesquisa junto às famílias brasileiras cuja finalidade era conhecer suas percepções sobre bens e serviços públicos, oferecidos em diversas áreas, como trabalho, educação, cultura, saúde, justiça, segurança, mobilidade, entre outras (IPEA, 2011). Segundo os entrevistados, a principal melhoria sugerida para os serviços de saúde seria aumentar o número de médicos em centros e/ou postos de saúde, no atendimento de especialidades e no serviço de urgência e emergência. Além disso, outra pesquisa, realizada em 2013, também pelo Ipea, apontou que o Brasil possuía uma proporção de 1,8 médico por 1000 habitantes, índice considerado baixo quando comparado ao de outros países que também oferecem sistemas universais de saúde semelhantes ao sistema brasileiro, como o Reino Unido (2,7 médicos por 1000 habitantes).

Em resposta a esses números e também atendendo a manifestações que ocorreram em 2013 – deflagradas, inicialmente, por ocasião do aumento do preço das passagens de ônibus, mas que, posteriormente, ecoaram para discursos de insatisfação acerca da condição de diversos setores, tais como saúde, educação e segurança –, a então presidenta Dilma Rousseff, publicou a Medida Provisória (MP) nº 621, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013a), que instituiu o Programa Mais Médicos, com a finalidade de formar recursos humanos na área médica para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Diferentes entidades médicas reagiram à MP, afirmando não haver falta de médicos, mas uma má distribuição desses profissionais, que estão concentrados nas capitais e nos grandes centros urbanos. Para sustentar essa afirmação, a categoria se baseou em um documento publicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) e pelo Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp), intitulado *Demografia Médica no Brasil* (SCHEFFER, 2011). Um dos pontos defendidos por essas instituições médicas se referia ao melhoramento da estrutura dos serviços de saúde no interior do país para que, assim, houvesse melhores condições de trabalho e os médicos se sentissem atraídos a atuarem nesses locais. A partir das críticas, reformulações foram propostas para, então, ser publicada, de fato, a Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013 que instituiu o Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013b).

Sassi (2018) destaca que a Lei dos Mais Médicos, como é conhecida, teve por objetivo a



ampliação das vagas de graduação em medicina nas instituições de ensino já existentes e da autorização para criação de novas escolas médicas; a ampliação das vagas de formação em residência médica; a reformulação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em medicina; a alocação de médicos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), em vários municípios do país, incluindo a permissão de atuação de médicos estrangeiros no Brasil, especialmente cubanos, sem necessidade de “revalidação” de diploma; e a melhoria da infraestrutura das UBS. (SASSI, 2018, p. 22)

Para atingir esses objetivos, a estratégia criada pelo MS foi organizar as ações em três eixos: *eixo provimento emergencial*, cujo foco era a seleção e a alocação de médicos nas UBS dos municípios do país; *eixo formação para o SUS*, voltado para a reformulação da formação médica, além do aumento de vagas de graduação em medicina e residência médica; e *eixo ampliação e melhoria da infraestrutura*, com o enfoque em reformas, construção ou ampliação das UBS.

Neste trabalho, aproximei-me apenas do eixo provimento emergencial, estratégia que mais chamou a atenção da mídia e aquela na qual tive participação, atuando como professora de português de médicos que atuavam nas UBS.

Apesar de a Lei dos Mais Médicos permitir a atuação de médicos cubanos no Brasil, foi reconhecida a necessidade de suporte linguístico de língua portuguesa a esses profissionais, uma vez que, em geral, eles não tinham conhecimento do idioma. Desse modo, os Ministérios da Saúde e da Educação organizaram um curso intitulado Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv), regido pela Portaria nº 1.369, de 8 de julho de 2013 (BRASIL, 2013).

Ao chegarem ao Brasil, depois de procedimentos administrativos de natureza legal e operacional, bem como procedimentos de alocação de sede de trabalho em unidades básicas de saúde brasileiras, os profissionais eram, então, encaminhados aos respectivos municípios de atuação e iniciavam o trabalho, o que demandava, portanto, desde o início de suas atividades no país, o uso do português.

No final de 2018, após eleições presidenciais, a cooperação com Cuba foi rompida e os médicos participantes desse acordo, convocados a retornarem ao seu país. Muitos retornaram, mas mais de dois mil e quinhentos profissionais permaneceram no Brasil, aguardando uma possível oportunidade, então aventada, de atuação por contrato específico, e não mais vinculado ao acordo de cooperação.

Enquanto aguardavam oportunidade nesse sentido, muitos desses profissionais buscaram desenvolver outras atividades, o que foi bastante divulgado em distintos veículos de comunicação no país.

Em 2020, o Ministério da Saúde, no Edital N° 9, de 26 de março, “tornou pública a realização de chamamento público de médicos intercambistas, oriundos da cooperação internacional para reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020). No âmbito desse edital e de outros lançados posteriormente, uma parte dos médicos cubanos que ficaram no Brasil pôde retornar ao trabalho no SUS, com contrato vigente por dois anos.

Segundo análises feitas sobre o PMMB no que se refere ao eixo provimento emergencial, “os resultados alcançados já comprovam o sucesso dessa ampla e inovadora iniciativa.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Apesar da avaliação positiva, em 2019, foi lançado o programa Médicos pelo Brasil (MpB), por meio da Lei nº 13.958, cujo objetivo é “estruturar a carreira médica federal para locais com dificuldade de fixar o profissional e com alta vulnerabilidade social” (BRASIL, 2019). O MpB substituiria gradativamente o PMMB e, durante o período de troca, editais dos dois programas ocorreriam em paralelo. As principais diferenças entre os programas se relacionam, dentre outros pontos, ao tipo de vínculo empregatício: se no PMMB o médico é bolsista durante toda a sua permanência no programa, no MpB o médico selecionado, após especialização em medicina de família e comunidade, passa a ser contratado como celetista vinculado à Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps) com expectativa de progressão de carreira; outra característica do MpB é a assistência aos municípios: visa a atender prioritariamente aos vazios assistenciais do Brasil, e não mais municípios de todos os perfis, como previa o PMMB. Além disso, um processo seletivo foi organizado no novo programa, no lugar de um chamamento público. Outra distinção entre os programas se refere ao órgão responsável pela sua implementação e desenvolvimento: se o PMMB era fruto de um projeto interministerial (Ministério da Saúde e Ministério da Educação), o MpB vincula-se unicamente ao Ministério da Saúde.

Com a mudança de governo em 2023, o presidente da República, Luiz Inácio Lula da Silva, anunciou, em março, a retomada do PMMB. Com foco em garantir a presença de médicos brasileiros no Mais Médicos, o presidente não descartou a possibilidade de participação de profissionais contratados do exterior: “Se não houver quantitativo, teremos a opção de médicos brasileiros formados no exterior. E, se ainda assim não tivermos os profissionais, optaremos por médicos estrangeiros” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023).

Por fim, após esse panorama histórico, acredito ser importante frisar que o término da cooperação entre Brasil e Cuba não extinguiu a presença de médicos cubanos no território nacional. Muitos deles tentam refazer sua vida no novo país, seja como profissionais da saúde ou em outro ambiente de trabalho. As repercussões, portanto, geradas pelo PMMB são visíveis e devem estar registradas na história do nosso país.

Outrossim, cabe ainda ressaltar que a reivindicação pelo direito à saúde para todos, tendo por consequência a criação do SUS, bem como as solicitações e protestos por melhorias do sistema, gerando a criação do PMMB, foram exigências feitas pela população, beneficiária das políticas públicas. Tanto o SUS quanto o PMMB precisam de constantes reestruturações e melhorias, mas é inegável que esse conjunto de ações tem contribuído para melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

Nas narrativas iniciais, conto a experiência de ser professora de português para médicos cubanos. Inicialmente, os módulos ocorriam no Brasil para os médicos participantes da cooperação Brasil-Cuba e, também, para aqueles que desejavam participar do PMMB como médico intercambista individual. Eram três as categorias de médicos que poderiam atuar no PMMB: médicos brasileiros (chamados “CRM Brasil” pelos dirigentes do PMMB); médicos “intercambistas individuais” (brasileiros formados no exterior sem diploma revalidado no Brasil e também os estrangeiros de diferentes países); e médicos cubanos (chamados de “cooperados”, pois vieram ao país através de um Termo de Cooperação entre o governo brasileiro e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Em anos posteriores, o MAAV passou a ser ministrado em Cuba, para os médicos cubanos participantes da cooperação; e no Brasil, para os médicos intercambistas. O módulo de que participei aconteceu durante três semanas em uma universidade em Havana, Cuba. Médicos cubanos de diferentes províncias se deslocavam para a capital para participarem da formação e, em caso de aprovação, ficavam na expectativa de trabalharem na missão Mais Médicos para o Brasil.

O curso era composto por uma carga horária de 120 horas-aula presenciais, distribuídas em três semanas. O conteúdo oferecido nesse módulo estava relacionado à área de saúde e língua portuguesa. Ao final da terceira semana, os participantes eram avaliados e, uma vez aprovados (conforme critérios de nota e frequência devidamente estabelecidos), estariam aptos a serem incorporados ao

programa. Cabe dizer que ministrei aulas de português em quatro missões que ocorreram em Cuba, em 2016, 2017 e em 2018 (duas vezes nesse ano) .

A primeira paisagem de pesquisa se estabeleceu em uma sala de aula de uma universidade cubana. Ela abrigava quase sessenta pessoas, que trajavam jalecos e estavam sentadas próximas umas das outras, mesmo com o clima quente e com pouca ventilação no ambiente. As cadeiras eram postas umas atrás das outras, com a mesa do professor à frente, uma configuração tradicional e que não permitia muita inovação, devido ao espaço do local não ser grande. Também havia um quadro de giz e uma televisão pequena. Além da descrição física do local, complementavam essa paisagem homens e mulheres com idades entre 25 a 55 anos, aproximadamente, mães com crianças ainda bem pequenas, pais de família, todos com sonhos, receios, desejo de aprender, de mudar. Participar de missões era a vontade de uns e necessidade de outros; uns viviam sentimentos de euforia pela possibilidade de viajar pelo mundo, conhecendo e ajudando pessoas; outros sofriam antecipadamente com a possibilidade de deixar sua terra natal e sua família. A carga horária diária era alta e muitos médicos ainda passavam a madrugada repassando os conteúdos estudados durante o dia.

Finalizado o curso e embarcando para realizar atividades laborais, os médicos partiram de seu país de origem e passaram a construir suas vidas em outro lugar. A partir daí, as paisagens de pesquisa passaram a se localizar no Brasil.

Um hotel em Brasília é a segunda paisagem de pesquisa. Lá, os profissionais permaneciam por volta de 21 dias, enquanto cumpriam questões burocráticas de documentação e lugar de destino. O hotel era localizado no centro da capital e fornecia alimentação em três momentos do dia. Frequentemente, funcionários do Ministério da Saúde do Brasil visitavam os cooperados, bem como os encaminhavam para órgãos ou instituições com a finalidade de dar andamento ao processo de trabalho.

Por fim, as unidades básicas de saúde (UBS), local para onde os médicos foram encaminhados para cumprirem suas atividades laborais, foram paisagens que considerei neste estudo. Apesar de eu não ter estado nessa paisagem, os participantes e suas experiências narradas foram vividas lá. Quatro UBS compuseram o cenário das narrativas dos médicos participantes deste estudo: duas quando participavam do programa como médicos cooperados e duas quando foram reincorporados ao programa como médicos individuais intercambistas. As UBS

estão localizadas em regiões e estados diferentes: a médica viveu suas experiências em um município localizado no sul do Brasil; enquanto o outro médico viveu suas experiências em um município do nordeste e outro do norte.

Tendo situado as paisagens onde viveram algumas de suas experiências, apresento, na seção a seguir, os participantes de pesquisa.

### **Participantes da pesquisa**

No primeiro dia de aula do curso, nervosa e ansiosa para começarmos os trabalhos, fui recepcionada de forma muito atenciosa e respeitosa pelos alunos. Na maior parte do tempo, a sala quieta; olhos bem abertos e mãos ágeis para anotar as informações no caderno retratavam bem o comportamento dos médicos. No intervalo das aulas, uma aluna se aproximou de mim. Com um sorriso no rosto e já se desculpando por não falar português, ela me mostra seu caderno com algumas conjugações verbais. Disse que estava estudando antes mesmo de o curso começar. Eu a parabenei pelo esforço e disse que poderia me mostrar trabalhos extras sempre que quisesse. A partir desse dia, meus intervalos sempre começavam mais tarde, pois ficava de cinco a dez minutos conversando com essa aluna. Nós ainda não sabíamos, mas nossos caminhos iam se cruzar muitas vezes, mesmo ao final daquelas semanas de aula.

Por ter disponibilizado meu contato telefônico e meu e-mail aos médicos ao final da missão, quando a médica chegou ao Brasil, um mês após o módulo, entrou em contato comigo e fui visitá-la em seu hotel, uma vez que ficava em Brasília, local onde moro. Criamos mais laços e, a partir de então, passamos a nos comunicar com mais frequência.

Quando iniciei os estudos na pós-graduação, em 2019, três anos após a minha primeira participação no MAAv, havia comentado com essa médica que gostaria de estudar algo relacionado ao Mais Médicos e perguntei, na época, se ela aceitaria colaborar com o trabalho. Ela prontamente disse que sim e, quando o projeto apresentado ao comitê de ética foi aprovado, em 2021, eu a procurei. Vale ressaltar que a médica já residia no Brasil há 5 anos quando iniciou sua participação nesta pesquisa.

Enviei uma mensagem de celular, perguntando se a médica ainda aceitaria participar do estudo. Novamente ela confirmou e, então, eu enviei o Termo de


Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), pedi que ela lesse com atenção e respondesse o formulário de aceitação à participação na pesquisa. Ao longo de nossas conversas, perguntei qual nome fictício ela queria receber, ao que me respondeu que gostaria de ser chamada de Salamandra. Curiosa, quis saber de onde vinha essa ideia de nome. A médica disse que gostava de uma novela cuja protagonista tinha uma tatuagem de salamandra desenhada em suas costas; seu par na novela também a chamava assim. Além disso, ela se identificava com o significado do símbolo da salamandra e me mandou um *print* de tela que pesquisou em um site de busca:

**Figura 2:** Significado da palavra Salamandra

## Salamandra (mitologia)

Artigo [Discussão](#)

Origem: Wikipédia, a enciclopédia livre.

 **Nota:** Para outros significados, veja [Salamandra \(desambiguação\)](#).

**Salamandras** são criaturas mitológicas ligadas ao **Fogo**. O mito surgiu como derivação da crença de que as **salamandras** são imunes ao fogo<sup>[1]</sup>.

No *Liber de Nymphis, sylphis, pygmaeis et salamandris et de caeteris spiritibus*, escrito pelo alquimista **Paracelso** no **século XVI**, elas aparecem entre os espíritos elementais, ao lado das **ondinas** (da água), dos **silfos** (do ar) e dos **gnomos** (da terra)<sup>[2]</sup>.

É um símbolo da justiça e da paz interior<sup>[3]</sup>. Na **Psicologia analítica** de **Jung**, é associada à transformação e à superação de obstáculos no caminho da **individuação**<sup>[4]</sup>.

**Fonte:** [https://pt.wikipedia.org/wiki/Salamandra\\_\(mitologia\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Salamandra_(mitologia))

Disse a ela que, conhecendo um pouco de sua história, o nome se adequava muito à pessoa. A seguir, trago uma narrativa de Salamandra, contando um pouco de sua vida e de sua história com a medicina. Optei por escrever a história em primeira pessoa para dar a ideia dela mesma se apresentando, mas o texto foi elaborado por mim, a partir das conversas que tivemos.

### **Quem sou eu?**

*“O que você vai ser quando crescer?”. Essa é uma pergunta que muitas pessoas, de diferentes culturas, já ouviram ou já se fizeram. Eu queria ser manicure, enfermeira ou médica. Que ideia! Como querer profissões tão diferentes?*

*Enfermagem e medicina tudo bem, estão em áreas semelhantes: ambas exigem nível superior, pertencem ao nicho da saúde, lidam com pessoas, cuidam delas, procuram aliviar suas dores. Mas... e manicure? Bem, manicure é um ramo que também lida com pessoas, cuida delas, eleva a autoestima. Pensando por esse lado, esses três campos podem até ter semelhanças: trabalham com o bem estar social. Minha cabeça infantil não se importava com essas diferenças; para mim, escolher a profissão se relacionava com aquilo que eu gostava de fazer e eu gostava de cuidar do outro. Talvez eu tenha nascido predestinada a essa função, pois, desde que me entendo por gente, conheço alguém próximo que precisava de auxílio. Minha mãe foi diagnosticada com transtorno bipolar severo e, para auxiliá-la nas crises e entender melhor a doença, é que me veio a ideia, desde criança, de atuar na área do cuidado.*

*Meu pai sempre me incentivou para que eu persistisse em me tornar médica. Lembro de uma história que ele contava sobre o dia em que pegou um estetoscópio emprestado só para me ver brincando de médica. Também me recordo de suas jornadas exaustivas de trabalho para que eu apenas estudasse. Assim como no Brasil, o curso de medicina em Cuba exige dedicação integral, pois, além de um extenso currículo de disciplinas, também precisamos dedicar longas horas de estudo. E o esforço não acaba aí: ao nos tornarmos médicos, enfrentamos desafios que vão para além de nossa profissão, como as condições de trabalho oferecidas pelo país. Cuba não é um país rico e isso se reflete nas condições de vida e de trabalho de seus cidadãos. Minha remuneração como médica era pequena e, apesar de não ter passado necessidades severas, como fome, eu não podia comprar coisas básicas para a casa, por exemplo, papel higiênico. Essas e outras questões fazem com que muitos cubanos busquem melhores condições de vida em outro país. No meu caso, a oportunidade que vi para oferecer uma vida mais confortável a mim e a meus familiares foi através da missão internacional.*

*Eu nunca pensei em morar fora, muito menos morar permanentemente longe do meu país. Nem havia pensado em sair nem que fosse para passear, não tinha dinheiro para isso. Gosto muito de onde eu venho, tenho muito orgulho de ser cubana, mas entendo que há fragilidades, questões que ninguém pode entender, nem eu que nasci em Cuba consigo compreender. Uma situação da vida me obrigou a migrar, caso contrário, estaria lá até hoje.*

Quando fiz o convite para Salamandra participar da pesquisa, perguntei se ela conhecia algum colega que aceitaria participar do estudo e ela me enviou o contato telefônico de um médico que também tinha sido meu aluno no MAAv. Apesar de não termos estabelecido contato tão próximo, lembro-me muito bem da sua presença no curso. Sentava-se sempre nas cadeiras da frente, era animado e engraçado. Quando fui ao hotel visitar Salamandra, ele também estava lá, mas não nos falamos muito. Fiquei um pouco tímida para retomar o contato com o médico, pois, diferentemente de Salamandra, não conversamos ao longo dos anos. Mesmo assim, tomei coragem e enviei uma mensagem para o celular dele: “Olá. Há quanto tempo? Como você está?”. Rapidamente ele me respondeu, dizendo que estava bem e que realmente fazia tempo que não nos falávamos. Em seguida, contei a ele que estava fazendo uma pesquisa relacionada ao programa Mais Médicos e gostaria de convidá-lo para saber mais a respeito de suas experiências no Brasil e, quem sabe, contar com sua colaboração para o trabalho futuramente. Sua resposta foi positiva e, então, eu enviei o TCLE e dei as mesmas orientações recomendadas à Salamandra. Assim como sua colega, o médico estava no Brasil há 5 anos quando iniciamos o contato para este trabalho.

Também perguntei a ele qual nome gostaria de ter na pesquisa; sua resposta: Fredery, pois era o nome de um familiar muito querido e que considerava como um filho, já que ele não tinha um. A seguir, Fredery também se apresenta em uma narrativa escrita por mim, a partir de nossas conversas.

### ***Médico desde criança***

*Em Cuba, desde a infância, as escolas oferecem uma espécie de matéria chamada “orientação educacional”. Ela funciona para ajudar os alunos a escolherem a profissão que desejam seguir. Ao longo dos anos, a área de especialidade que estava se desenhando para mim era a medicina. Acredito que essa opção não tenha sido por acaso. Em minha família, muitas pessoas fizeram medicina: meu pai e meu irmão são médicos, além disso algumas tias e primos também optaram por esse ofício. Com isso, sempre respirei o ar do ambiente hospitalar, fosse nos encontros familiares ou em rodas de conversa com amigos que já haviam optado pela profissão. Ao longo dos anos, vi muitos irem e virem de missões médicas por diversos países, como: Venezuela, Paquistão, Guatemala, Gâmbia, Angola, Qatar. A*



*experiência profissional acumulada por eles era muito grande, além dos benefícios econômicos. Tudo isso me motivou para que, além de medicina, eu quisesse fazer missões.*

Após a apresentação dos participantes, exponho, na seção a seguir, os instrumentos de pesquisa escolhidos e discorro, também, sobre a elaboração dos textos de campo que foram se transformando em intermediários e, por fim, em textos de pesquisa.

### **Instrumento de pesquisa**

Em uma das reuniões que tive com meu orientador, decidimos que uma conversa inicial, sem perguntas pré-estabelecidas, com os participantes comporia um dos instrumentos de pesquisa. Como moramos em estados diferentes e distantes (a médica mora na região sul, o médico na região norte e eu no centro-oeste), a videoconferência se tornou o meio mais viável para a realização do estudo.

O intuito de começar com a conversa, sem roteiro pré-elaborado, era deixar os participantes à vontade e ouvir livremente as experiências que eles queriam compartilhar comigo. “Conversas implicam o ouvir. [...] há uma sondagem em uma conversa, uma sondagem profunda, mas é feita em uma situação de confiança mútua, de escuta, e de solidariedade com a experiência descrita pelo outro” (CLANDININ; CONNELLY, 2015, p. 153). Além disso, quis que conversássemos todos juntos para justamente criar um ambiente descontraído e confortável para ambos, uma vez que eles se conheciam e eram colegas. Na narrativa a seguir, conto minha experiência sobre a conversa que tive com os participantes, que aconteceu em novembro de 2021.

#### ***Conversa com os participantes da pesquisa: e aí, me conta como foi chegar ao Brasil?***

*Eu estava ansiosa pela conversa. O que eles iam falar? Será que eu saberia conduzir aquele momento? E se eles ficarem calados esperando que eu faça perguntas? Seria possível realizar uma pesquisa sobre suas histórias? Será que se*

*sentirão à vontade para falar comigo, já que eu havia sido a professora deles no curso? Um turbilhão de perguntas veio à minha mente e eu estava prestes a saber o que, de fato, aconteceria.*

*A conversa com Fredery e Salamandra ocorreu em uma tarde de sábado. Ao compartilhar o link da sala virtual, Fredery foi o primeiro a entrar. Perguntei como ele estava, como andava a vida, essas coisas que se fala quando ainda não se quer chegar ao assunto propriamente dito; estava esperando Salamandra entrar na sala.*

*Poucos minutos depois, recebi a solicitação da médica para ingressar na videoconferência. Salamandra estava deitada em sua cama com cobertores, pois fazia muito frio na região onde morava; Fredery também estava deitado, mas na rede da varanda de sua casa. Eu estava em meu escritório. Perguntei se eu podia iniciar a gravação e eles me responderam que sim. Então, utilizei a ferramenta de gravação disponibilizada pelo próprio programa da videochamada. Antes de iniciarmos a conversa sobre suas experiências sendo médicos no Brasil, relembramos o momento em que nos encontramos no hotel em Brasília, ainda em 2016. Salamandra se lembrou de que, naquele dia, tínhamos ido conhecer a torre de TV, ponto turístico que ficava perto de onde estavam hospedados. Fredery corrigiu-a e disse que ele não tinha ido, pois não estava se sentindo bem, devido aos exageros cometidos na noite anterior. Caímos na gargalhada.*

*Naquele momento, pareceu-me que eles estavam confortáveis com a situação e relaxados para conversar. Então, decidi fazer uma pergunta. Como a intenção daquele primeiro encontro era falar livremente sobre tudo aquilo que gostariam de compartilhar comigo, fiz uma pergunta bem geral: “E aí, me conta como foi chegar ao Brasil”.*

*Fredery foi o primeiro a falar. Nossa última conversa tinha sido no saguão do hotel em Brasília, ainda em 2016. Depois, havíamos apenas trocado algumas mensagens pelo celular para que eu pudesse convidá-lo para a pesquisa. A lembrança que eu tinha dele era com um sotaque espanhol bem forte, eu tinha até dificuldade para entendê-lo. Dessa vez não... ele falava em português. Como era bom ouvi-lo e ver que ele tinha avançado no conhecimento da língua ao longo dos 5 anos que estava no Brasil. Fiquei orgulhosa por sua conquista, principalmente porque me disse que foi aprendendo por si só, ouvindo e interagindo com as pessoas.*

*Fui ouvindo Fredery atentamente. A forma como o médico contava suas histórias de dificuldades com a língua era bem humorada. Em vários momentos, nós três ríamos das situações narradas por ele. Não sei se é sua forma de encarar os problemas ou se porque já tinha superado aqueles momentos difíceis.*

*Ao ouvir suas histórias, não escondia minha admiração com as técnicas utilizadas por ele para superar barreiras de diferentes ordens e dizia palavras, como “muito interessante como você contornou a situação”, “nossa, que legal”. A cada dificuldade imposta pela barreira da língua e do preconceito que suas histórias revelavam, o médico não desistia de seguir realizando seus trabalhos e buscando formas para interagir com os pacientes. Enquanto o ouvia, lembrei-me da primeira vez em que viajei para o exterior e da vontade que tive de ir embora para o meu país quando uma atendente de uma loja em Nova Iorque riu de mim por uma resposta errada que dei. Fiquei pensando em como Fredery devia ter se sentido tendo de enfrentar sozinho as situações diárias com pessoas que diziam que ele falava enrolado.*

*Notei que Salamandra ainda não tinha se manifestado, estava quieta, apenas ouvindo seu colega falar. Então, esperei Fredery encerrar uma história e me dirigi à médica para perguntar se ela não gostaria de compartilhar conosco seu início de jornada no Brasil. Assim como seu colega, a médica também escolheu contar uma história de dificuldades de comunicação que teve ainda no hotel. Sua maneira de contar também foi bem humorada, o que fez com que Fredery e eu ríssemos junto com ela da situação. Sua história novamente me remeteu àquela primeira viagem ao exterior. Apesar de ter estudado inglês por alguns anos, não sabia se iria conseguir me comunicar no país. Tinha medo de não entender o agente de imigração, de não conseguir sair do aeroporto, de não compreender as placas, de não conseguir pegar o transporte ou comprar algo numa loja. Eu estava apenas a passeio, conhecia o idioma do país e estava em uma viagem de férias. Os equívocos que eu eventualmente cometesse poderiam não ter tanto impacto na vida de alguém. Com aquela médica seria diferente: o objetivo de sua viagem era para trabalhar e os mal-entendidos na comunicação poderiam causar sérios problemas. Pelo pouco que a conheço, Salamandra me parece um pouco tímida quando está perto de estranhos ou em um lugar desconhecido. Além disso, era sua primeira vez em outro país. Pensei em como ela tinha sido corajosa por ter aceitado o desafio de viajar em missão para um país cujo idioma lhe era praticamente desconhecido.*

*Sem precisar perguntar, a médica contou sobre seus primeiros dias na UBS e comparou seu início no trabalho com o começo das atividades de seu colega. Observou também que as pessoas tinham uma barreira psicológica para falar com ela, ou seja, antes mesmo que iniciasse a consulta, o paciente já dizia que não ia entender o que estava sendo dito. Nesse momento, Fredery se manifestou, concordou com a fala da colega e quis contar sua experiência. O médico emendou outro assunto e vi que Salamandra também parecia querer falar. Novamente esperei o fim da história de Fredery, perguntei se ela gostaria de acrescentar algo e ela realmente queria. Eu raramente interrompia o que eles diziam, deixava-os falar livremente e apenas acenava com a cabeça para dizer que estava compreendendo ou usava a palavra “entendi”, “uhum”, “sei”. Apenas quando sentia que o médico estava falando mais que sua colega, esperava o fim de sua história e falava o nome da médica, perguntando como tinha sido com ela.*

*Enquanto os médicos contavam suas histórias, eu me perguntava onde eu estava que não consegui ajudar meus alunos. Por que eles não me procuraram para mais aulas de português, mesmo que informalmente? E por que eu não os procurei para me colocar à disposição? Por que não busquei ouvir suas histórias desde o início de sua jornada no Brasil para que, assim, pudesse ajudá-los? Fiquei com esse sentimento de arrependimento, mas, infelizmente, o tempo não volta.*

A conversa foi leve, divertida e eu fiquei muito satisfeita. Os participantes compreenderam bem a proposta do encontro e foram muito colaborativos, contando suas experiências e compartilhando suas histórias sem necessidade de muitas intervenções. Quando olhei no relógio, já tínhamos conversado por uma hora e meia. Decidi, então, encerrar nosso encontro para não ocupar muito tempo dos participantes ou cansá-los, mas perguntei se poderia entrar novamente em contato em outro momento, de forma individual. Eles concordaram e nos despedimos.

Após essa conversa, transcrevi o áudio. Prestava atenção no assunto das histórias e o que eu poderia aprofundar no momento em que estivesse conversando individualmente com os participantes; me perguntava o que se aproximava mais do meu objetivo, daquilo que havia me despertado interesse em pesquisar. Além disso, elaborei um roteiro de perguntas para me guiar no momento em que estivesse conversando individualmente com cada participante. A ideia não era seguir à risca as perguntas do roteiro, mas utilizá-las como um suporte a fim de guiar o encontro.

Preferi, portanto, chamar de conversa, e não de entrevista, o momento de interação que tive com os participantes. Essa preferência não foi arbitrária. O que algumas pesquisas tradicionais chamam de entrevista semi estruturada, e eu mesma assim a chamei enquanto redigia o TCLE, optei posteriormente por chamar de conversa, pois “as conversas são marcadas pela igualdade entre os participantes e pela flexibilidade para permitir que estabeleçam formas e temas adequados a sua pesquisa de grupo” (CLANDININ e CONNELLY, 2015, p. 152). O quadro a seguir traz as perguntas que compunham o roteiro.

#### **Quadro 1: Roteiro de perguntas**

- Há quanto tempo você está no Brasil?
- Você ficou no Brasil ininterruptamente nesse período?
- Como eram as aulas de português no Módulo de Acolhimento e Avaliação?
- Como você estudava durante o curso?
- Há quanto tempo você atua como médico no Brasil?
- Qual foi sua primeira impressão ao chegar ao Brasil?
- Essa impressão se confirmou ao longo do tempo? Explique.
- Qual foi sua primeira impressão ao chegar na UBS para a qual você foi encaminhado?
- Essa impressão se confirmou ao longo do tempo? Explique.
- Como foi a acolhida da comunidade frequentadora da UBS?
- No Brasil, você mora com falantes de português?
- No Brasil, você mora com falantes de espanhol?
- Como você avalia seu desempenho para ler, escrever, entender e falar em português?
- Como você avalia seu desempenho global em português?
- Na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, houve situação em que não foi possível entender o que o paciente falou? Se sim, poderia dar um exemplo?
- Na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, algum paciente não entendeu o que você falou? Se sim, poderia dar um exemplo?
- Dentre as habilidades de falar, ouvir, escrever e ler, qual você considera desenvolver mais no contexto do seu trabalho? Por quê?
- Você já fez o Celpe-Bras ou algum exame de proficiência em Língua Portuguesa? Se sim, qual foi o nível obtido?
- Depois do módulo e antes de chegar ao Brasil, você estudou português? Se sim, como era esse estudo?
- Você já havia tido contato com o português antes do Programa Mais Médicos? Explique.
- Você fala outra língua além do espanhol? Qual? Por que você aprendeu essa língua?

- O português seria uma língua de seu interesse se não fosse participar do PMM? Por quê?
- As aulas que você teve no MAAv te prepararam para desempenhar sua função em português?
- Você gostaria de ter tido curso de português no Brasil durante o programa?
- Os cursos oferecidos na área de saúde contribuíram para o seu aprendizado em português?
- Como foi e é a relação linguística com seus colegas no ambiente de trabalho? Eles costumam falar mais devagar, mais rápido?

**Fonte:** autoria própria

Ao discutir o roteiro com meu orientador, acrescentar e retirar algumas perguntas, entrei em contato novamente com os médicos e marquei outro encontro virtual. Fredery foi quem primeiro me respondeu ao convite, então, marcamos de nos falar em fevereiro de 2022. A narrativa a seguir conta como foi essa experiência.

### ***Encontro virtual com Fredery - Parte 1***

*Foi em uma sexta-feira à tarde que Fredery e eu combinamos de conversar, após o encontro que fizemos juntos com sua outra colega médica. A sala virtual que eu costumava utilizar já não me permitia gravar videochamadas e, então, durante a semana da conversa, pedi ajuda da minha irmã para baixar um programa de gravação em meu computador. Como era novo para mim, testei algumas vezes a ferramenta para que nada falhasse na hora do encontro.*

*Minutos antes da reunião, abri o arquivo com o documento contendo as perguntas, criei o link da sala virtual e abri o programa de gravação. Fiquei pensando em como seria a logística da conversa: apesar de ter feito um roteiro de perguntas, não queria que o momento ficasse mecânico. Talvez imprimi-lo teria sido uma alternativa, pois eu poderia apontar no papel as possíveis perguntas a serem feitas ao longo da conversa. Contudo, eu não queria ficar baixando a cabeça para olhar o papel enquanto o participante estivesse falando; além disso, não havia mais tempo para imprimir, não tenho impressora em casa e precisaria procurar um local. Isso me deixou um pouco ansiosa. Decidi, então, minimizar a tela da videochamada quando precisasse visualizar as perguntas do roteiro. Aparentemente, o primeiro desafio havia sido vencido.*

O relógio marcou o horário que havíamos combinado. Enviei uma mensagem de boa tarde para Fredery e, em seguida, encaminhei o link da sala virtual. Ele rapidamente entrou e, novamente, eu o cumprimentei. Agradei sua disponibilidade e expliquei que, apesar de termos feito uma conversa anterior, naquele momento eu queria ouvi-lo individualmente. Disse que faria algumas perguntas, mas que ele ficasse à vontade para falar coisas para além delas. Fredery estava na sala de sua casa. Notei que atrás dele estavam alguns cachorrinhos e, de vez em quando, uma pessoa passava para acessar outros cômodos. Já eu estava sozinha em casa, mas com meus cachorros na garagem.

Iniciei a conversa, que durou cerca de trinta minutos, fazendo uma pergunta mais geral, que ainda não estava no roteiro: o que te levou a escolher o curso de medicina. Depois, já querendo entrar no assunto da língua, busquei na lista a pergunta: você já havia estudado outro idioma? Com sua resposta positiva, quis saber como ele costumava estudar para essa outra língua e em qual idioma a professora ministrava as aulas. Perguntei também sobre a relação dele com o português e se ele havia encontrado semelhanças entre português e espanhol que o ajudassem a aprender a língua mais facilmente.

Durante a conversa, eu balançava a cabeça para mostrar que estava entendendo o que estava sendo dito; em outros momentos expressava essa compreensão com palavras do tipo: "uhum" "entendi", "perfeitamente".

Outra pergunta que fiz, motivada pelos rumos que a conversa ia tomando, foi se ele acreditava que deveria perder mais o sotaque espanhol para ser melhor compreendido pelos brasileiros. A partir de uma experiência narrada pelo médico para dizer como fazia para conseguir se comunicar com o paciente brasileiro, perguntei como era exatamente a metodologia desenvolvida por ele para se fazer entender pelo paciente. Ao me responder, indaguei onde ele havia aprendido tal estratégia.

Ao final do encontro, perguntei o que representou o curso de português para ele e o que mudaria para possíveis cursos futuros caso a missão Mais Médicos voltasse a acontecer no contexto de cooperação com Cuba.

Fui encaminhando a conversa para o fim. Agradei a disposição de Fredery em colaborar com a pesquisa e perguntei se poderíamos continuar em contato. Ele me respondeu que sim e, então, nos despedimos.

Na semana seguinte à conversa, fui assistir à gravação e pretendia também transcrevê-la. Por volta do sétimo minuto, era possível ouvir latidos dos meus cachorros. Reparei no vídeo que, no momento dos latidos, coloquei fones de ouvido. Foi a partir daí que não consegui mais ouvir a voz de Fredery na gravação: o programa que eu usava em meu computador não captou o som da voz do médico quando coloquei os fones. Por não ter feito anotações durante a conversa, contando que poderia assisti-la depois, pude resgatar apenas as perguntas que fiz, mas não me lembrava de todas as respostas dadas.

Naquele momento senti meu coração acelerar, meu rosto esquentar ao mesmo tempo que meu corpo gelava. Como ia resgatar as respostas dadas pelo médico? O que fazer para reverter o áudio e não perder aquele rico material? Como eu ia explicar essa falha para Fredery?

Depois de assistir a mil tutoriais na internet; levar meu computador para minha irmã, que é engenheira de software; chorar alto e também em silêncio, aceitei o fato de que eu não conseguiria reaver aquele material. Me enchi de coragem e entrei novamente em contato com o médico para solicitar outro encontro.

Para essa segunda conversa, escolhi o lugar mais silencioso da minha casa: o *closet*. Na mensagem que enviei para Fredery, solicitando um novo encontro, pedi a ele que também buscasse um lugar silencioso de sua casa para que pudéssemos conversar sem interrupções. Eu também reestruturei o roteiro de perguntas, reorganizando-os por temas, e pensei em posicioná-lo lado a lado com a janela da videoconferência para que, assim, pudesse visualizar mais facilmente as perguntas e utilizar aquelas que melhor se encaixavam no assunto que estávamos falando. O segundo roteiro, então, ficou desta forma:

#### **Quadro 2: Roteiro de perguntas (reformulado)**

##### Perguntas sobre língua

- 1) Você já estudou uma língua estrangeira? Se sim, qual sua relação com ela?
- 2) Como você costumava estudá-la? Você se acha fluente nessa língua?
- 3) Há cursos de português em Cuba?
- 4) Como você avalia seu desempenho para ler, escrever, entender e falar em português?
- 5) Como você avalia seu desempenho global em português?
- 6) Você já fez o Celp-Bras ou algum exame de proficiência em Língua Portuguesa? Se sim, qual foi o nível obtido?
- 7) Depois do módulo e antes de chegar ao Brasil, você estudou português? Se sim, como era esse estudo?



- 8) O português seria uma língua de seu interesse se não fosse participar do PMM? Por quê?
- 9) Você gostaria de ter tido curso de português no Brasil durante o programa?
- 10) No Brasil, você mora com falantes de português?
- 11) No Brasil, você mora com falantes de espanhol?

#### Perguntas sobre o Módulo de Acolhimento e Avaliação (MAAv)

- 1) O que você sabia de português quando fez o MAAv?
- 2) Como você estudava português no contexto do curso?
- 3) Como os grupos estudavam para o curso?
- 4) Se eu falasse espanhol no curso de português, você acha que teria aprendido mais?
- 5) O que representou o curso para você?
- 6) O que você acrescentaria no curso?

#### Perguntas no contexto brasileiro

- 1) Há quanto tempo você está no Brasil?
- 2) Qual foi sua primeira impressão ao chegar ao Brasil? Essa impressão se confirmou ao longo do tempo? Explique.
- 3) Você acha que é compreendido pelos brasileiros?
- 4) Diga uma situação em que você não foi compreendido.
- 5) Qual estratégia utilizada por você para se fazer compreender.
- 6) Você acha que precisa perder o sotaque espanhol para ser mais compreendido?

#### Perguntas no contexto médico brasileiro

- 1) Qual foi sua primeira impressão ao chegar na UBS para a qual você foi encaminhado?
- 2) Essa impressão se confirmou ao longo do tempo? Explique.
- 3) Como foi a acolhida da comunidade frequentadora da UBS?
- 4) Na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, houve situação em que não foi possível entender o que o paciente falou? Se sim, poderia dar um exemplo?
- 5) Na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, algum paciente não entendeu o que você falou? Se sim, poderia dar um exemplo?
- 6) Dentre as habilidades de falar, ouvir, escrever e ler, qual você considera desenvolver mais no contexto do seu trabalho? Por quê?
- 7) Os cursos oferecidos na área de saúde contribuíram para o seu aprendizado em português?
- 8) Como foi e é a relação linguística com seus colegas no ambiente de trabalho? Eles costumam falar mais devagar, mais rápido?

**Fonte:** autoria própria

No dia da segunda conversa, em abril de 2022, enviei o link da videoconferência a Fredery. Narro essa experiência a seguir.

## **Encontro virtual com Fredery - Parte 2**

*Antes de enviar a mensagem para Fredery, pensei em milhões de maneiras de como escrever a mensagem. Será que eu deveria revelar o motivo dessa segunda conversa ou diria que apenas ela faz parte do procedimento metodológico de aprofundamento das narrativas? Se eu optasse pela segunda justificativa, ele iria achar estranho repetir algumas perguntas. Além disso, eu não queria enganar o participante; erros acontecem e eu estava me sentindo péssima por isso, mas não havia mais nada que eu pudesse fazer a não ser realizar outro encontro.*

*Resolvi ser sincera. Antes de começar a gravar a conversa, expliquei a ele o problema com a gravação anterior e pedi desculpas pelo contratempo. Perguntei se ele se incomodaria em responder algumas perguntas do encontro anterior, caso eu precisasse retomá-las. O médico disse que não havia problemas e que eu poderia perguntar o que quisesse, quantas vezes quisesse. Apesar da gentileza com que ele havia respondido, não pude evitar o sentimento de vergonha que tive ao cometer esse erro, mesmo que sem intenção.*

*Na segunda conversa, que durou cerca de cinquenta minutos, Fredery estava sentado na sala de sua casa, enquanto eu busquei o local mais calmo possível da minha. Iniciei fazendo uma pergunta do roteiro: como havia sido a experiência com a primeira língua estrangeira aprendida por ele. Para contar a experiência com outro idioma, o médico contextualizou primeiro como costumava ser o ensino de outra língua em Cuba na sua época para, então, contar sua experiência. A partir da história que me narrou, fiz duas perguntas que fugiam do roteiro que havia elaborado: quis saber se ele concordava com sua professora quando ela disse que ele tinha uma barreira psicológica para falar inglês. Ao ouvir a resposta positiva do médico, perguntei se esse mesmo sentimento aconteceu quando precisou falar português, ele confirmou e contou que esse medo ocorria sobretudo quando precisava ficar sozinho na cidade em que ia trabalhar. Senti que poderia selecionar outra pergunta do roteiro: “No Brasil, você morava sozinho, com falantes de espanhol ou de português?”, pois queria saber se sua exposição à nova língua era integral ou se, em casa, ele utilizava o espanhol com outra pessoa. Fredery não foi objetivo ao responder essa pergunta, só disse que, na UBS, teve ajuda de um médico cubano experiente que o ajudou muito no início dos trabalhos. Pensei que,*

*talvez, não devesse ter feito essa pergunta, pois poderia ter sido íntima demais, e ele poderia não querer falar sobre sua vida pessoal.*

*O médico prosseguiu contando sobre sua rotina na UBS e falou sobre uma vez que notou que havia utilizado uma palavra em português que não passou credibilidade a uma paciente. Perguntei como ele havia percebido isso e qual palavra utilizou dali em diante. Senti que essa pergunta se aproximava daquela que havia planejado no roteiro: Qual estratégia utilizada por você para se fazer compreender? Ao ouvir sua resposta, quis saber onde ele havia pesquisado, para quem havia perguntado aquilo. Ele apenas disse que foi observando e prestando atenção nas outras pessoas e fez uma longa narrativa, contando diversas histórias.*

*Percebi que muitas dessas histórias contemplavam as perguntas que eu havia preparado em meu roteiro, como: Diga uma situação em que você não foi compreendido? Qual estratégia utilizada por você para se fazer compreender? Como foi a acolhida da comunidade frequentadora da UBS? Na Unidade Básica de Saúde em que você trabalha, algum paciente não entendeu o que você falou? Se sim, poderia dar um exemplo?*

*Tendo sido contemplada com várias perguntas do roteiro, me permiti sair do “script” e perguntei se ele achava que o comportamento inapropriado de alguns pacientes estava ligado ao fato de ele ser um médico cubano ou isso vinha da própria personalidade dos pacientes. O médico respondeu que são vários os fatores que influenciavam o comportamento dos pacientes e, novamente, fez uma longa fala. Aproveitando os tópicos contemplados em sua narrativa, perguntei se ele achava os pacientes brasileiros muito diferentes dos pacientes cubanos e ele foi bem enfático em dizer que somos um povo muito parecido, explicou em que e abordou, também, semelhanças e diferenças entre o sistema de saúde brasileiro e cubano.*

*Senti que podíamos voltar ao roteiro de perguntas, pois Fredery parecia ter finalizado o que queria falar sobre o assunto alvo da minha pergunta. Então, retomei uma fala que o médico havia feito sobre ter conhecido o Brasil muito pelas novelas e perguntei se aquilo que ele tinha visto se assemelhava ao que ele estava vendo no país. Essa pergunta estava diferente no roteiro (Qual foi sua primeira impressão ao chegar ao Brasil? Essa impressão se confirmou ao longo do tempo? Explique.), mas senti que reformulando-a poderia fazer mais sentido para o momento.*

*Depois de sua resposta, resgatei outra pergunta do roteiro que achei pertinente: Você acha que é compreendido pelos brasileiros? Em sua resposta positiva, o médico falou novamente sobre as histórias das estratégias que utilizava para se fazer entender e eu me lembrei de uma que ele tinha falado na primeira conversa. Pedi, então, que repetisse. Após sua resposta, emendei outra pergunta do roteiro: solicitei que ele avaliasse seu desempenho global para ler, escrever, entender e falar em português. Para ouvir e ler, Fredery disse que escolheria o excelente; para escrever, regular; e, para falar, escolheu o bom.*

*Pensando em encaminhar a conversa para o fim, pois já estávamos nos aproximando de uma hora de encontro, perguntei quais planos ele tinha para o futuro. Fredery se diz apaixonado pelo Brasil, que sua vontade é ficar permanentemente, conseguir revalidar seu diploma de médico e poder exercer sua profissão. No entanto, disse que mesmo sem atuar como médico, não deseja sair nunca do Brasil.*

*Com essa última pergunta, me despedi de Fredery, agradecendo sua disposição em me ajudar e compartilhando um pouco de suas histórias comigo.*

Clandinin e Connelly (2000; 2015) defendem que, ao iniciarmos uma pesquisa narrativa, estamos entrando no meio de uma vida em curso, ou seja, fatos e acontecimentos ocorreram antes de a pesquisa iniciar e, possivelmente, novas coisas ocorrerão durante e após o estudo. As experiências das pessoas não começam no momento da pesquisa, tampouco acabará ao final dela. Essa ideia foi fazendo cada vez mais sentido ao longo da tese, pois, para mim, existiram muitos meios. Tive conhecimento da pesquisa narrativa no meio de meu doutorado; fui me apropriando dos conceitos, dos termos dessa perspectiva ao longo da tese. Quando eu perdi os áudios da primeira conversa individual com Fredery, senti que estava perdendo as provas daquele momento em que vivemos. Ao marcar a segunda conversa e repetir as mesmas perguntas, eu esperava receber as mesmas respostas e deixá-las registradas. Ainda não havia entendido que não precisamos provar nada na pesquisa narrativa. Eu não precisava comprovar verdades. Hoje compreendo que viver a mesma experiência duas vezes não é possível, pois outras experiências já haviam acontecido no intervalo de uma conversa para outra e outros sentidos poderiam ser compostos por Fredery. Ao recontar suas histórias na segunda conversa, outras experiências seriam vividas por Fredery e também por

mim; novos sentidos seriam compostos por nós dois, mesmo que as mesmas histórias fossem contadas. Fazendo um paralelo com as palavras de Heráclito, ninguém pode entrar duas vezes no mesmo rio, pois as águas são outras e nós também somos outros. Assim também é com a experiência: não podemos repeti-la, pois vivemos novas e outras coisas a cada momento e isso modifica a experiência posterior. Eu não precisava repetir as perguntas, poderia resgatar na memória aquilo que eu lembrava e perguntar a Fredery se havia acontecido mesmo daquela forma. Além disso, outras perguntas poderiam surgir, outras histórias poderiam ser compartilhadas e não haveria problema algum.

Tendo aprendido com a experiência anterior, marquei com Salamandra nosso primeiro encontro individual, que ocorreu em março de 2022. A seguir, narro como foi esse momento, que durou cerca de uma hora.

### ***Encontro virtual com Salamandra***

*Em uma segunda-feira à noite, combinei com Salamandra nossa primeira conversa. Estava um pouco mais segura para esse momento, uma vez que éramos mais próximas. Além disso, a experiência que vivi depois dos encontros com Fredery me ensinou muita coisa. Enviei uma mensagem pela manhã, perguntando do nosso encontro. Ela confirmou e eu disse que enviaria o link da sala virtual quando chegasse mais perto do horário. Assim fiz.*

*Quando recebi a solicitação para ingressar na sala, aceitei e cumprimentei Salamandra. Sua expressão estava cansada; disse que estava estudando muito para fazer a prova do Revalida. Solidarizei-me com sua situação e disse que estava torcendo para que ela conseguisse passar no exame, que seus esforços seriam recompensados. Ela agradeceu. Em seguida, perguntei se poderíamos iniciar a conversa e a gravação. Ao seu sinal positivo, começamos a conversar.*

*Assim como fiz com Fredery, expliquei que tinha algumas perguntas para fazer, mas que ela poderia se sentir livre para falar sobre outras coisas que não estavam relacionadas diretamente a elas. A médica disse que tudo bem e, então, eu comecei a conversa fazendo uma pergunta do roteiro: Você já estudou uma língua estrangeira? Se sim, qual sua relação com ela? Ao contar sua experiência com outro idioma, o inglês, tive vontade de perguntar em qual língua ela se considerava mais fluente, no inglês ou no português. Ela respondeu rapidamente que no português.*

*Apesar de ter estudado por muitos anos o inglês na escola e na faculdade, não era uma língua que ela gostava. Aproveitei para perguntar qual palavra dentre regular, bom e ótimo ela atribuía para sua fala, escrita, compreensão oral e leitura em português. Acrescentei também à pergunta qual era, dentre essas habilidades, seu maior medo ou dificuldade de não conseguir desenvolver? Ela respondeu que tinha medo das pessoas não a entenderem.*

*Me permiti sair um pouco do roteiro e quis saber o motivo de Salamandra ter escolhido o curso de medicina e ela me contou uma longa história. Após sua resposta, voltei para o roteiro e perguntei se, ao chegar no Brasil, sua convivência era mais com falantes de português ou de espanhol. Ao longo de sua resposta, senti vontade de fazer algumas perguntas, como: você ficou com medo de vir ao Brasil? Quando você percebeu que estava falando português?*

*Em certa altura da conversa, depois de uma de suas falas, perguntei se Salamandra não se importava em ser identificada como alguém de outra nacionalidade. Ela disse que não, que se orgulhava de seu país e que não estava em seus planos perder seu sotaque para parecer nativa. Achei muito bonito seu sentimento de pertencimento e sua identidade linguística. Pensei em tantas pessoas que perseguem o “ideal” de língua. Mesmo sem ser da área de línguas, Salamandra entendia que o importante na língua é a comunicação. Elogiei sua postura e aproveitei para resgatar algumas perguntas do roteiro: Você acha que é compreendida pelos brasileiros? Você se considera fluente? Você já fez o Celpe-Bras ou algum exame de proficiência em Língua Portuguesa? Se sim, o que te motivou a fazer? Você gostaria de ter tido curso de português no Brasil durante o programa?*

*Essa última pergunta fez com que Salamandra falasse um pouco do curso que teve em Cuba e das dificuldades que enfrentou para ter noções de uma língua que nunca havia ouvido antes. Essa fala me levou a fazer outra pergunta que estava no roteiro: se eu falasse espanhol no curso de português, você acha que teria aprendido mais? E acrescentei uma pergunta que me surgiu naquele momento: as aulas de inglês que você teve na escola eram ministradas em qual idioma? Salamandra entendeu o ponto onde eu queria chegar, ou seja, minha questão era: por que ela sentiu dificuldades em ter aulas com a professora utilizando a língua alvo, se, na escola, a metodologia aplicada era semelhante? Ao justificar-se disse que, por ter estudado durante toda a vida escolar, tinha mais familiaridade com o*

*inglês que com o português. Ela jamais teria aprendido português se não fosse a missão internacional para o Brasil. Aproveitei esse momento para usar o roteiro e perguntei se ela gostaria de ter tido curso de português quando chegou ao Brasil e a resposta foi sim.*

*Mudando um pouco os rumos da conversa, resgatei novamente o roteiro e quis saber sua primeira impressão ao chegar ao Brasil e se essa impressão se confirmou ao longo do tempo? A médica respondeu que imaginou coisas completamente diferentes das que viu, que foi surpreendida por coisas boas e ruins e narrou duas histórias como exemplo. Aproveitei para perguntar como tinham sido os primeiros momentos dela na UBS que trabalharia. Salamandra teceu muitas críticas com relação à organização do município e narrou experiências ruins a respeito da recepção, do tratamento que recebeu e dos atrasos no pagamento. Me permiti sair do roteiro novamente e perguntei se essas coisas a frustraram a ponto de ela querer voltar para seu país; ela disse que foram outros os motivos que a fizeram querer ir embora, mas que tantos outros a fizeram ficar, o financeiro foi o principal.*

*Depois de ouvir essas histórias, notei em suas palavras um misto de revolta com o seu país, mas também de saudade. Então, perguntei à médica se ela era feliz em Cuba e tive uma resposta positiva, diferentemente quando fiz a mesma pergunta a respeito do Brasil. Quis saber se o que a prendia aqui eram apenas questões financeiras, mas Salamandra me disse que também gostava da liberdade que o país possibilitava.*

*Já havíamos conversado por uma hora quando decidi encaminhar a conversa para o fim. Então, perguntei a Salamandra quais eram suas expectativas para o futuro. Assim como Fredery, a médica está tentando revalidar seu diploma para poder continuar atuando como médica, após seu contrato atual ser encerrado. Ela foi aprovada na primeira etapa, mas reprovou na segunda. Disse que tentará mais duas vezes e, se não conseguir ser aprovada, irá embora do Brasil. A médica sentiu-se muito humilhada no exame. Quando fez a prova pela primeira vez, saiu com a sensação de ser a pior médica do mundo. Ela me deu alguns exemplos do que aconteceu no dia em que foi fazer a prova e porque teve essa sensação ruim. Por fim, agradei a disponibilidade dela em me ajudar, a gentileza de ter compartilhado suas histórias comigo e, assim, nos despedimos.*

Ao todo, realizei um encontro virtual com os dois participantes juntos; além disso, tive três conversas individuais com Fredery e duas com Salamandra. Precisei fazer mais uma conversa com Fredery, devido ao contratempo operacional que tive (narrado em Encontro virtual com Fredery - Parte 2). Ademais, trocávamos mensagens de celular quando eu tinha alguma dúvida que podia ser sanada rapidamente.

Após apresentar a conversa como instrumento de pesquisa e narrar como aconteceram os encontros com os participantes, na seção a seguir, discorro sobre os textos de campo e os textos de pesquisa.

### **Os textos de campo e os textos de pesquisa**

As narrativas contadas pelos participantes, bem como as mensagens que trocamos por celular e por e-mail foram compondo os textos de campo deste trabalho. Em muitas pesquisas, as informações obtidas a partir de instrumentos de pesquisa (questionários, entrevistas, gravações de diálogos etc) são chamadas de dados. Para a pesquisa narrativa, segundo a perspectiva de Clandinin e Connelly (2000; 2015), “o entendimento é de que durante a pesquisa de campo o que ocorre é uma composição de textos de campo diversos. [...] criados a partir das relações entre o pesquisador, os participantes de pesquisa e as histórias de experiência que cada um já traz para o momento da pesquisa” (MELLO, 2020b, p. 68). Voltando para si mesmos, os médicos realizavam um movimento introspectivo, selecionando e decidindo quais histórias queriam compartilhar comigo. Além disso, seguindo os movimentos narrativos, referentes ao aspecto temporal da pesquisa narrativa, os participantes moviam-se para o passado, em um movimento retrospectivo, e lembravam-se de histórias que viveram; também, retomavam-nas no presente e construía entendimentos sobre as experiências vividas anteriormente; por fim, no movimento prospectivo, os participantes lançavam-se para frente, imaginando as possibilidades futuras de reviver as experiências como médicos no Brasil.

Após esse momento de escuta, transcrevi nossas conversas e comecei a pensar na composição do meu texto final de pesquisa. No momento da composição dos textos intermediários que, como o nome diz, “são aqueles construídos ao longo do processo de entendimento da experiência vivida” (MELLO, 2020b, p. 68), compreendi que poderia organizar as narrativas dos participantes em formato de



crônica, pois os médicos estavam contando histórias sobre seu cotidiano no trabalho que podiam ser dispostas em uma ordem temporal. A palavra crônica tem sua origem associada à palavra grega *khronos*, que significa tempo. Há registros de que, em latim, existia a palavra *chronica*, que era utilizada para “designar o gênero que fazia o registro dos acontecimentos históricos, verídicos, numa seqüência cronológica, sem um aprofundamento ou interpretação dos fatos” (AMARAL, 2008, p. 12). A crônica como conhecemos hoje consolidou-se por volta do século XIX e, a partir daí, cronistas passaram a registrar, cronologicamente, não só grandes fatos históricos, como também começaram a fazer relatos da vida social, da política, dos costumes e do cotidiano do seu tempo, tendo como meios de circulação revistas, jornais e folhetins. São vários os tipos de crônica: literária, jornalística, dissertativa, poética etc. Segundo Amaral (2008, p. 12), “autores que escrevem crônicas como gênero literário recriam os fatos que relatam e escrevem de um ponto de vista pessoal, buscando atingir a sensibilidade de seus leitores”. Pensadas aqui como crônicas literárias, as histórias dos participantes são contadas em primeira pessoa do singular, mas foram escritas por mim, a partir daquilo que os médicos me narraram durante o tempo em que nos relacionamos em campo. Com isso, busquei viajar para o mundo do outro (LUGONES, 1987), ou seja, para o mundo dos participantes, me aproximando de suas experiências e procurando sensibilizar o leitor para que também embarcasse nessa viagem. Os títulos dos capítulos de 2 a 5 foram escolhidos a partir do que considerei serem palavras representativas para os fios narrativos (CLANDININ e CONNELLY, 2015) que unem as narrativas.

Os textos intermediários foram compartilhados com os participantes por e-mail. Perguntei se o que eu havia escrito realmente se aproximava da experiência vivida por eles, se gostariam de mudar alguma coisa, se eles se viam nas histórias contadas. Ambos leram a mensagem e rapidamente responderam que estavam de acordo com tudo. Pela rapidez na resposta, indaguei-me se eles, de fato, não tinham algo a acrescentar ou alterar. Resolvi, então, mudar de estratégia: marquei uma conversa on-line e fui lendo cada história escrita. Aproveitava para fazer perguntas sobre algum aspecto que não tinha ficado evidente para mim ou pedia mais detalhes da história. Depois disso, também compartilhei os textos intermediários com o grupo responsivo GPNEP, que me auxiliava com reflexões e interpretações possíveis.

Ao contrário dos textos de campo, mais descritivos e próximos às experiências vividas, os textos de pesquisa são fruto das indagações repetidamente

feitas pelo pesquisador narrativo, a fim de encontrar sentido e relevância. Em um texto de pesquisa, há pontos a serem considerados, como o sentido e o significado social. Nesse processo de composição do texto de pesquisa, eu buscava entender os porquês de serem essas as histórias contadas, e não outras; quais fios narrativos perpassavam as experiências vividas pelos participantes. Também me perguntava: “quem liga para isso?”, “como saber se haverá interesse por nossa pesquisa?”, “será que a nossa pesquisa faz alguma diferença?”, “traz alguma contribuição?” (CLANDININ e CONNELLY, 2015, p. 165). Esses questionamentos me auxiliaram a desenvolver os textos de pesquisa, tendo como perspectiva a audiência, os participantes e as razões de estar escrevendo. Precisei considerar, também, as razões que me levaram a escolher a pesquisa narrativa como metodologia para o trabalho. O que a pesquisa narrativa, na perspectiva de Clandinin e Connelly (2000; 2015), permite entender que outros tipos de pesquisa não permitiriam? A cada passo dado, percebia que o caminho a ser percorrido era no sentido dessa metodologia. Desde o início, o meu olhar se voltava para os médicos cubanos; eu queria saber a respeito de suas experiências como médicos no Brasil. De que forma fazer isso, então, sem perguntar a eles? Como saber sobre o assunto sem ouvi-los? A curiosidade sobre as experiências vividas pelos médicos, portanto, foram se tornando cada vez mais o foco de meu interesse e a metodologia de Clandinin e Connelly (2000; 2015) me ofereceu ferramentas para entendê-las.

Na transposição dos textos de campo para os textos de pesquisa, a teoria não assume um lugar de destaque (CLANDININ e CONNELLY, 2015). Assumo que esse foi um aspecto muito desafiador para mim, acostumada com a tradição formalista. Clandinin e Connelly (2015, pp. 173-174) afirmam que é comum pesquisadores narrativos iniciantes se preocuparem com “definições e procedimentos de diferentes teorias metodológicas, [...] tentando encontrar um nicho para a pesquisa narrativa em meio à ordem das molduras das metodologias qualitativa teóricas apresentadas a eles”. Contudo, essa não é uma abordagem encorajada pelos autores. Nesse sentido, pesquisadores narrativos iniciam suas pesquisas a partir das experiências vividas e contadas por meio de histórias. Logo, é mais proveitoso dedicar-se ao fenômeno da experiência, no lugar de comparar arcabouços teóricos. No entanto, o cabo de guerra era inevitável. Enquanto eu tentava discutir uma experiência, logo buscava encaixá-la em uma teoria. Cheguei ao ponto de escrever um capítulo exclusivamente teórico. No entanto, ao mergulhar

cada vez mais nas histórias, buscando compreender as experiências, o caminho tradicional que eu costumava trilhar foi sendo invertido e, em vez de olhar para a teoria e depois para o fenômeno, passei a olhar mais para o fenômeno e enxergar a teoria como uma busca para compreender a experiência.

Após apresentar meu processo de criação dos textos de campo e dos textos de pesquisa, na seção a seguir, discuto um pouco a questão ética que envolve esta pesquisa.

### **Considerações sobre a ética nesta pesquisa**

Ao fazer pesquisa envolvendo seres humanos, normas éticas precisam ser seguidas e providências precisam ser tomadas antes de se iniciar qualquer trabalho. Nesse sentido, o projeto desta tese foi submetido ao comitê de ética em pesquisa, por meio da Plataforma Brasil,

uma base nacional e unificada de registros de pesquisas envolvendo seres humanos para todo o sistema CEP/CONEP. Ela permite que as pesquisas sejam acompanhadas em seus diferentes estágios, desde sua submissão até a aprovação final pelo CEP e pela CONEP, quando necessário, possibilitando, inclusive, o acompanhamento da fase de campo, o envio de relatórios parciais e dos relatórios finais das pesquisas (quando concluídas)<sup>1</sup>.

No projeto, informei o número de participantes envolvidos, o instrumento de pesquisa a ser utilizado e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE que apresentaria aos participantes (Apêndice 1).

Apesar de já conhecer os participantes, passei a conversar com eles sobre a pesquisa e a gravar nossas conversas só depois da aprovação do trabalho pelo comitê de ética e da assinatura do TCLE, em que foram informados dos objetivos do trabalho, dos riscos e benefícios envolvidos e dos meios em que as informações sobre eles seriam veiculadas.

Contudo, mesmo já tendo obedecido a questões legais sobre ética na pesquisa, guiei-me também por outro tipo de ética considerada na pesquisa narrativa, a ética relacional (CLANDININ, 2013), que envolve minha responsabilidade como amiga, professora e pesquisadora narrativa. Embora os guias de ética em pesquisa com seres humanos sejam “detalhados e legalistas, não

---

<sup>1</sup> As informações foram retiradas do site da Plataforma Brasil disponível por meio do link: <https://plataformabrasil.saude.gov.br/login.jsf?sessionId=FB7C7669D3666D33D12B3BEF6AE4477E.sserver-plataformabrasil-srvjpdf130>

nos permitem considerar questões de relacionamento, as quais, na narrativa, são o centro de todo esse processo de pesquisa” (CLANDININ e CONNELLY, 2015, p. 221). Nesse sentido, entendo a ética também no sentido de responsabilidade relacional, fruto de negociações entre pesquisadores e participantes. Ela está presente desde o convite à participação no estudo, passando pela entrada no campo até a elaboração dos textos de campo e dos textos de pesquisa. Estive, portanto, atenta a essas etapas para tentar assegurar o respeito aos participantes.

Em primeiro lugar, ao fazer o convite para participar desta tese, esclareci aos participantes que a colaboração era total e absolutamente voluntária; tentei deixá-los confortáveis para que não se sentissem coagidos ou envergonhados por eu ter sido sua professora no curso e expliquei que a pesquisa, apesar do tema, não possuía vínculo governamental, ou seja, suas narrativas em nada afetariam o cargo que estavam ocupando no município.

No que diz respeito às negociações dos sentidos, como já dito anteriormente, contei com a colaboração dos participantes para que, juntos, pudéssemos escrever as histórias narradas por eles. A partir dessa ação, entendo e concordo com Connelly e Clandinin (2006) quando se preocupam em “como os participantes são representados nos textos de pesquisa” (CONNELLY e CLANDININ, 2006, p. 483, tradução minha). No original: “*as participants are represented in research texts*” (CONNELLY e CLANDININ, 2006, p. 483). Com isso em mente, as perguntas que sempre soaram em minha cabeça foram: as narrativas contadas nesta pesquisa conseguiram honrar os participantes? Suas histórias têm estado em primeiro plano neste trabalho? Elas, de fato, retratam suas experiências? A partir das negociações tratadas nas minúcias de cada passo, tentei respeitar a ética relacional no desenvolvimento do trabalho.

Gostaria de encerrar a seção sobre a ética nesta pesquisa e também encerrar o capítulo em que narro meu percurso neste estudo. Nos próximos capítulos, apresentarei as narrativas dos médicos Fredery e Salamandra, bem como discutirei os sentidos compostos por eles.

## CAPÍTULO 2 - CRÔNICAS DE CHEGADA

Neste capítulo, Salamandra e Fredery contam como foram os primeiros dias no Brasil. Conforme abordado no Capítulo 1, na seção em que eu explico como fui compondo meu texto de pesquisa, escolhi a crônica para apresentar as histórias dos participantes. As narrativas estão em primeira pessoa, porém foram escritas por mim a partir das conversas feitas com os participantes. A formatação do texto é alterada para itálico quando uma história está sendo narrada ou quando quero destacar um discurso direto feito por mim ou por algum participante.

### ***Chegada à terra prometida***

*Quando cheguei ao Brasil, me senti como um peixe fora d'água. Desde o aeroporto de Brasília até o hotel, eu ouvia todo aquele barulho das pessoas conversando e não conseguia entender; não distinguia uma palavra do que estavam dizendo. Isso começou a me assustar. No entanto, meu grande medo era de não ser compreendida. Gosto de me relacionar com as pessoas e, no começo, assim que cheguei, queria falar, mas não conseguia.*

*Lembro de um dia ter combinado um encontro com a professora de português do curso. Ela morava em Brasília e já estávamos em contato por mensagens de celular. Em uma noite, depois do trabalho, ela disse que passaria no hotel para dar um oi. Fiquei bastante feliz de poder vê-la novamente, criamos uma boa amizade durante o tempo de curso.*

*Quando ela chegou no hotel, me avisou pelo celular e eu descí para encontrá-la. Ela já estava no lobby com alguns médicos que também foram seus alunos. Ao me ver, deu um gritinho e correu para me abraçar. Como ela era divertida! Lembro-me muito de nossas aulas. Aprendi demais no curso que tivemos, pena que o tempo foi curto. Ela me fez um monte de perguntas: quis saber como eu estava, como tinha sido a viagem, se estava gostando do Brasil, o que tinha achado de Brasília, se eu já tinha passeado... Com aquela avalanche de perguntas, fiquei completamente atordoada. Eu entendia tudo o que ela falava, porém não conseguia responder em português e me recusava a falar em espanhol; queria mostrar para ela o quanto eu estava me esforçando para falar em português. No entanto, da minha*

*boca só saía “a, u, i, a, e”. Fiquei morrendo de vergonha. O que ela iria pensar de mim? Por que eu não conseguia usar aquilo que havia aprendido no curso?*

*Naquele dia ainda caminhamos um pouco ao redor do hotel. Lembro de termos ido a uma torre que ficava ali do lado. Pegamos um elevador para subir. A professora falava e falava. Eu apenas sorria e balançava a cabeça. Vez ou outra eu tentava dizer algo, porém saía mais espanhol que português.*

*A visita não durou muito tempo. A professora disse que tinha que voltar, pois morava um pouco distante do centro e já era noite. Tiramos uma foto com os colegas que estavam por ali na frente do hotel e depois nos despedimos.*

Ao narrar essa história, Salamandra me fez voltar àquele dia em que nos reencontramos. Para mim, revê-la e também ver outros alunos daquela turma foi um momento muito feliz, pois, com eles, estreei como professora de português para falantes de outras línguas no Programa Mais Médicos. Sem dúvida, foi a turma que mais me marcou, porque para mim, assim como para eles, muitas coisas estavam sendo novidade. Lembro-me até hoje do cheiro do aeroporto de Cuba, da primeira vez que vi o Malecon (um paredão construído ao longo da costa para proteger a cidade de Havana de grandes ondas marítimas), do primeiro dia de aula, das reuniões com os colegas professores, das experiências que contávamos ter tido com as turmas e de como os médicos estavam nervosos no dia das provas finais do curso. Quando encontrei aqueles médicos e médicas na recepção do hotel, falei *eu disse que vocês passariam, não disse? Eu sabia que nos reencontraríamos aqui em Brasília*. Eles aplaudiram e todos comemoramos juntos.

Nem todos os alunos da turma estavam naquele hotel, mas os que ali estavam foram me cumprimentar e me agradeceram pela oportunidade de aprendizado que tiveram no curso. A foto a seguir é aquela de que Salamandra fala; a resolução está desfocada para preservar a identidade das pessoas. É possível vermos dez pessoas em pé, sete mulheres e três homens. Eu estou bem no meio, mas apenas minha cabeça aparece na imagem. Outros dois homens estão agachados à frente.

**Figura 3:** Foto com médicos cubanos no hotel em Brasília



**Fonte:** acervo pessoal

Nessa primeira história, Salamandra diz ter aprendido muito no curso em Cuba, todavia, conta que, apesar de compreender, não conseguia me responder em português. A pergunta: *por que eu não conseguia usar aquilo que havia aprendido no curso?*, feita por ela na narrativa, também passava na minha cabeça. Minha expectativa como professora não era encontrá-los falando fluentemente o português, mas esperava que aquilo que tínhamos estudado no curso fosse colocado em prática por eles quando chegassem ao Brasil. Contudo, o que ouvi foi um festival de *yo, pero, brasileños* e tantas outras palavras em espanhol que já havíamos conhecido em português. Quando saí do hotel naquele dia, fiquei preocupada pensando em como seria o trabalho dos médicos nas UBS, falando ainda em espanhol. Queria ser uma mosca para poder acompanhar as interações com os pacientes nos consultórios.

Assim como Salamandra, Fredery também narrou uma história de quando recém-chegou ao Brasil, que apresento a seguir:

### ***Viajando nas palavras***

*O hotel em Brasília parecia uma extensão de Cuba: meus amigos e eu estávamos constantemente juntos, saíamos sempre em grupo e tínhamos o suporte*

*dos funcionários do Ministério da Saúde para resolver assuntos burocráticos, como abrir conta no banco, emitir CPF, a carteira de registro médico etc.*

*Passados 21 dias na capital, finalmente soube o lugar para onde eu seria encaminhado: iria para o nordeste do Brasil. Arrumei a bagagem e fui levado ao aeroporto sob supervisão de um dos funcionários do ministério. Fui informado de que, quando chegasse ao aeroporto de destino, um motorista estaria me esperando para me levar de carro até o município, que ficava cerca de 5 horas de distância.*

*Ao chegar ao aeroporto, localizei o motorista, que estava com uma placa na mão com meu nome. Cumprimentei-o e fomos em direção ao carro. O motorista havia levado seu filho. Entrando no carro, os brasileiros começaram a conversar. Foi aí que me bateu um desespero! O português daqueles dois era diferente. Não entendia uma palavra do que diziam. Foram 5 horas de intenso pavor. Eu torcia para que não fizessem nenhuma pergunta a mim, pois não saberia responder, não compreendia nada!*

*Passavam-me muitas coisas pela cabeça: acho que não vai dar certo minha vinda ao Brasil, não conseguirei atuar como médico, como vou entender os pacientes? Vão me enviar de volta a Cuba.*

*Finalmente a viagem acabou. Fui deixado pelo motorista em uma pousada da cidade no final da tarde. A recepcionista da pousada me recebeu e logo me alertou sobre as condições do lugar: a cozinheira estava doente e não haveria refeições naquela noite, no dia seguinte e depois. Faminto, depois de ter passado várias horas no carro, não acreditei naquela situação. A pousada ficava na rodovia e os locais onde poderia vender algo para comer estavam fechados. Desesperado e com muita dificuldade para me comunicar com a recepcionista, pedi que ela ligasse para algum responsável na prefeitura e avisasse da minha situação. Estava faminto, recém-chegado na cidade, sem conhecer nada a meu redor e compreendendo muito pouco o que me diziam. Um tempo depois, chegou um representante da prefeitura que me buscou e me levou a um churrasquinho; também me levou para comprar um chip e me ajudou a configurá-lo em meu celular. Estava com muitas saudades de casa, da minha família. Já eram onze da noite quando, finalmente, consegui falar com minha mãe e minha tia. Exausto, fui dormir logo em seguida.*

Essa narrativa de Fredery me chamou a atenção, pois ele a contou no início de nossa primeira conversa. Quando eu perguntei e *aí, me conta como foi chegar ao*



*Brasil?*, o médico disse que teve muitas dificuldades com a comunicação, mas a primeira história que decidiu me contar não foi na paisagem do hotel, nem mesmo no consultório médico. Compreendo que ele quis contar a história de quando se deu conta de que não se comunicar com as pessoas ia ser muito mais problemático do que pensava. Ao prestar mais atenção à história **Viajando nas palavras**, compreendi que Fredery quis destacar a questão do português falado naquela região, um estado do nordeste do Brasil. O assunto variação linguística me veio à mente. Ele disse que sentiu muita diferença entre o português falado por mim, uma pessoa escolarizada e que mora na capital, e os moradores daquele município, localizado no interior do país, cujos pacientes possuíam, muitas vezes, baixo grau de escolaridade e um sotaque diferente do meu.

Silva (2019), cujo trabalho foi apresentado na **Introdução** desta tese, na seção **Visitando algumas pesquisas**, apresenta uma fala de médicos cubanos muito semelhante a de Fredery. Segundo a autora

[...] alguns cooperados afirmaram que tais orientações [sobre a língua] foram realizadas durante algumas semanas, porém nada específico da região onde iriam atuar e que, no início, houve muito estranhamento no primeiro contato com a língua portuguesa, principalmente em localidades mais distante das cidades, como no norte e nordeste, pois apresentam variedades linguísticas próprias de suas comunidades. (SILVA, 2019, p. 44, grifo meu)

A narrativa de Fredery associada às falas de médicos cubanos trazida no estudo realizado por Silva (2019) me fizeram lembrar das aulas em Cuba. Como professora, sabia que o tema da variação linguística não havia sido amplamente discutido por mim, pois não havia tempo. Algumas páginas do livro utilizado abordavam diferenças linguísticas no uso de algumas palavras a depender da região, mas era algo muito pontual e mais voltado para o vocabulário. Lembro-me também de alguns alunos encontrarem diferenças na pronúncia de palavras entre os professores: uns perguntavam como se pronunciava *corretamente* a palavra “dia”, já que ouviam o som do “d” como no espanhol, mas também me ouviam falar “djia”. Usei a palavra *corretamente*, pois foi assim que os médicos falaram. Nessas horas, eu aproveitava para falar sobre a imensidão do Brasil e sobre as diversas formas de se pronunciar uma palavra. Acrescentava que as variedades eram encontradas em diferentes regiões do país e que, por isso, eram válidas. Não existia uma melhor que a outra.

A Sociolinguística é uma área da Linguística que estuda a língua em uso real, considerando as relações entre a estrutura da língua e os aspectos sociais e culturais da produção linguística. Para essa corrente, a língua não pode ser estudada como uma estrutura autônoma, descontextualizada da cultura e da história das pessoas que a utilizam; a língua é, portanto, uma instituição social. Quando falamos em variação linguística, queremos dizer que existem “distintas possibilidades para a expressão de uma determinada função linguística, ou seja, distintas estratégias, recursos linguísticos ou conjuntos de realizações possíveis dentre os recursos expressivos à disposição.” (PONTES, 2014, p. 97). Também é importante ressaltar que toda língua varia; essas variações podem ocorrer “como resultado dos fatores espaço e tempo, mas também como recurso de individualidade, quer por uma pessoa, quer por uma comunidade” (SILVA, 2019, p. 66). Tarallo (2005) classifica as variações como: diatópicas (diferenças linguísticas presentes em função do espaço geográfico); diastráticas (diferenças em função dos aspectos sociais, como: sexo, idade, etnia etc.) e diafásicas (diferenças em função da utilização dos diversos estilos de linguagem na comunicação). Pontes (2014) julga de “vital importância o ensino desses três tipos de variação, principalmente, da variação diatópica, para que o aluno tenha conhecimento da ampla diversidade linguística, por região geográfica” (p. 98).

Conhecer a variedade linguística da população que seria assistida era importante para conhecer a cultura, os costumes, o jeito de viver de uma comunidade e também a pronúncia, os sotaques e as diferentes formas de falar determinada palavra. O ensino das variedades linguísticas permite que o aprendente compreenda a heterogeneidade presente nas línguas, podendo auxiliá-lo a se inserir na comunidade de fala e ajudá-lo a compreender as diferenças sociais que podem estar marcadas na variedade utilizada por cada falante.

Voltando ao trabalho de Silva (2019), a variedade falada em Bragança, no Pará, foi um desafio para os médicos cooperados que trabalhavam nas UBS locais. A autora elaborou um quadro em que apresenta nomes utilizados pelos pacientes nas consultas para descreverem partes do corpo e que deixaram os médicos cubanos confusos, sem saber seu significado.

**Quadro 3** - Termos linguísticos populares bragantinos

<b>PARTES DO CORPO</b>	<b>TERMOS POPULARES</b>
Coluna vertebral	Espinhela caída Dor nos quartos Dor no espinhaço
Cabeça	Dor na moleira Moleira aberta/mole
Barriga	Dor no pé da barriga Dor de veado Barriga d'água
Pés, mãos, pernas	Curuba, pereba, frieira
Corpo inteiro	Catapora, bexiga, cobreiro, quentura

**Fonte:** Silva (2018, pp. 84-85)

Silva compreende que o tema da variação linguística é fundamental para se trabalhar no contexto de ensino de língua e acrescenta que “o desconhecimento das variações linguísticas poderiam se constituir num sério entrave à comunicação” (SILVA, 2019, p. 123).

Nas conversas que tivemos, Fredery e Salamandra não falaram especificamente de uma situação em que algum paciente utilizou uma variedade local que eles não entenderam. Fredery pontuou que, aos poucos, foi conhecendo e entendendo a variedade daquela região, mas que, durante o tempo que ficou naquela UBS, não conseguiu compreender a fala de duas servidoras que atuavam na farmácia. Eu perguntei se ele tinha alguma explicação para isso e ele me disse que elas eram de outro estado do Nordeste. Nesse momento eu fiquei impressionada com a percepção daquele médico: ele viveu a experiência das variedades linguísticas e percebeu que, por mais que exista uma região chamada Nordeste, a língua falada não era homogênea entre todos estados que a compõem. Em outras palavras, a variedade daquela região era possível de se compreender devido à interação com a comunidade; se outra variedade aparecesse, voltava-se a ter dificuldades de entendimento.

Hoje penso se não podíamos ter abordado mais o tema da variação linguística no curso em Cuba. A fala de Fredery me fez refletir em como o ensino do português padrão ainda é o escolhido nos cursos de língua. Mesmo naquele contexto em que

se sabia que os médicos cubanos iam desenvolver seus trabalhos em localidades mais afastadas do centro, a preparação do curso ainda se deu contemplando a variedade padrão da língua. Nos exercícios em que praticávamos a compreensão oral dos médicos cubanos, os áudios utilizados durante as aulas eram parte integrante de um programa de rádio voltado para a área de saúde, mas os episódios eram gravados por repórteres oriundos da região sudeste brasileira que entrevistavam pessoas também do sudeste. Apesar do pouco tempo de curso, poderíamos ter pensado em contemplar nas aulas diferentes variedades linguísticas brasileiras. A indicação de material sonoro que contemplasse o sotaque dos estados brasileiros para que os médicos fizessem autoestudo poderia ter sido uma estratégia para expandir seus conhecimentos para além da sala de aula.

Além disso, ações no âmbito do Governo Federal ou dos municípios poderiam ter sido desenvolvidas, a fim de proporcionar um acompanhamento linguístico dos profissionais enviados ao Brasil. Uma professora de português do município poderia ter auxiliado os médicos, uma vez que, além de saber a didática de ensinar o idioma, conheceria a cultura linguística da comunidade. Lembro-me das conversas que tive com os demais professores de português durante as missões e chegamos a alertar os responsáveis dos ministérios da saúde e da educação a respeito desse assunto. A única formação continuada prevista na Portaria interministerial nº 1.369, de 8 de julho de 2013, que dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil, nas Disposições gerais, Capítulo I, Artigo 2º, versa a respeito de um curso de especialização, promovido por instituições públicas de educação superior brasileiras. Assim diz o Artigo 2º:

O Projeto Mais Médicos para o Brasil tem a finalidade de aperfeiçoar médicos na atenção básica em saúde em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (SUS), mediante oferta de curso de especialização por instituição pública de educação superior e atividades de ensino, pesquisa e extensão, que terá componente assistencial mediante integração ensino-serviço (BRASIL, 2013, grifo meu).

Segundo a Portaria nº 1.369, portanto, o aperfeiçoamento dos médicos era voltado para a área de saúde no âmbito da atenção básica. Nenhuma normativa foi elaborada para que houvesse um subsídio linguístico para os médicos cubanos ao longo de sua permanência no Mais Médicos, nem mesmo no primeiro ano. O que a Portaria nº 1.369 diz sobre ensino de português consta apenas do Capítulo 2, Art. 16 em que podemos ler que o “Módulo de Acolhimento e Avaliação dos médicos

intercambistas será executado na modalidade presencial, com carga horária mínima de 120 (cento e vinte) horas, e contemplará conteúdo relacionado [...] à Língua Portuguesa”.

Com uma carga horária de 120 horas, o objetivo do curso em Cuba não era ensinar o português de maneira aprofundada, haja vista o nome dado a ele: Módulo de Acolhimento e Avaliação. A ideia era sensibilizar os médicos cubanos ao idioma brasileiro e oferecer um primeiro contato com a língua. As tensões que provoço neste momento do trabalho são: qual a importância dada ao idioma no PMMB? O que se esperava de profissionais de saúde que não sabiam falar português, mas que precisavam realizar consultas médicas no contexto brasileiro? Que consequências a falta de comunicação poderia causar aos agentes envolvidos?

Perguntei a Salamandra se ela sentiu necessidade de ter mais aulas de português e ela respondeu dizendo que gostaria de ter tido algo quando chegou no Brasil. Ela não foi específica sobre o que exatamente queria, mas disse que aterrissou no país *em branco* e que teria sido bom se tivesse tido *alguma coisa* no início da sua estada. Entendo que esse *alguma coisa* poderia ser o acompanhamento linguístico de que nós, professores de português, tanto falávamos. No meu entendimento e a partir dessas primeiras histórias narradas por Fredery e Salamandra, o ensino de português poderia ter ganhado mais espaço no âmbito do Mais Médicos para que os profissionais não se sentissem tão inseguros e temerosos no desempenho de suas atividades laborais.

Ouvindo essas primeiras histórias, que foram narradas logo no início da conversa em que nós três estávamos juntos na videoconferência, quis saber sobre suas experiências em aprender outro idioma. Nas narrativas a seguir, os médicos contam suas histórias de aprendizagem de língua: a primeira narrativa é de Salamandra, seguida pela de Fredery.

### ***Os idiomas e eu***

*Eu nunca havia saído nem pensado em sair de Cuba. Quando soube que uma nova seleção de médicos aconteceria para substituir aqueles que foram ao Brasil na primeira missão Mais Médicos, eu estava trabalhando como médica anesthesiologista, havia recém terminado a especialização.*

*Ao saber que, para participar do programa, seria necessário fazer prova de português, me desesperei. Nunca fui boa em idiomas, não tenho essa capacidade. Desde pequena, na escola, temos aulas de inglês, mas eu estudava apenas para passar de ano. Quando você não é obrigado a falar uma língua, quando não há objetivo, é difícil aprender. E olha que inglês é uma língua internacional. Eu pensava: se nem o inglês, que é uma língua falada mundialmente, eu consigo falar fluentemente, imagine o português que é falado por países específicos. Sem contar que, em Cuba, a língua portuguesa não é amplamente conhecida. Vemos muitas novelas brasileiras que passam na televisão, porém são todas dubladas. Achei, portanto, que a língua seria meu primeiro problema. Foi aí que antecipei-me nos estudos, antes mesmo de iniciarem as aulas do programa. Buscava ouvir muita música brasileira. Confesso que não entendia nada, mas, de todo modo, pensava estar acostumando os ouvidos para receber a nova língua.*

### ***Minha primeira língua estrangeira***

*O contato que tive com língua estrangeira iniciou-se na primeira série. Em Cuba, as aulas de idiomas são ofertadas desde o início da vida escolar. Apesar de haver outras possibilidades de escolha de idioma (russo ou alemão), escolhi estudar inglês, incentivado pela minha mãe, que acreditava ser uma língua mais útil para mim no futuro. Durante todo o período na escola até a universidade, estudei inglês.*

*O esperado de alguém que estuda tantos anos um idioma é que a pessoa consiga falar de forma fluente. No entanto, eu tinha um bloqueio, uma coisa que a gente chama aqui de medo cênico, que me impedia de falar inglês. Era mais fácil dizer a um estrangeiro “I don’t speak English” do que tentar estabelecer um diálogo com ele. Eu tinha vergonha de falar alguma besteira, alguma coisa fora do lugar, uma palavra mal pronunciada, um sotaque, tinha receio de parecer ridículo. Esse medo me paralisava e não me permitia praticar os conhecimentos que eu havia aprendido. Uma professora que tive em certa época me falou uma coisa da qual nunca me esqueci: que o conhecimento estava no meu cérebro, mas existia uma barreira psicológica que me impedia de falar. Eu achava que não sabia, pensava que a língua era muito difícil, mas ela acreditava que eu sabia falar, porque passei muitos anos estudando, então, alguma informação estava aqui, gravada em mim. Ela disse*

*que quando eu realmente precisasse usá-la, eu iria ultrapassar aquele obstáculo. E isso, de fato, aconteceu.*

*Houve um tempo em minha carreira de médico que precisei atuar numa policlínica que ficava em frente a um hotel. Sempre que estava de plantão na madrugada, apareciam turistas estrangeiros para serem atendidos, pois, essa clínica era a mais próxima. Naqueles momentos eu tive que fazer uso do inglês para poder ajudar pacientes estrangeiros que estavam passando mal. Foi quando percebi que, de fato, sabia o idioma, realmente havia aprendido. Eu realizava os atendimentos em inglês.*

Ouvindo essas histórias, compreendi que o aprendizado do inglês pelos médicos era permeado por sentimentos de incapacidade, insegurança, medo. As narrativas dos médicos me levaram aos seguintes questionamentos: por que temos medo de falar outro idioma? Por que a avaliação do outro, sobretudo do falante nativo, nos intimida? Em que medida as emoções nos impedem de aprender e falar outra língua?

Um crescente corpo de autores (MACINTYRE; GARDNER, 1991a; ONWUEGBUZIE; BAILEY; DALEY, 1999; MATSUDA e GOBEL, 2004; DEWAELE; PETRIDES; FURNHAM, 2008; MACINTYRE, 2007; LIU; JACKSON, 2008; MATSUDA, 2004) tem demonstrado interesse em estudar como o medo de falar outro idioma pode influenciar o uso da língua pelo aprendente.

A ansiedade em relação ao uso de língua estrangeira, expressão nomeada por MacIntyre e Gardner (1991a, 1991b) para o medo de falar outro idioma, é um tipo específico de ansiedade. Pode ser definida como “o sentimento de tensão e apreensão especificamente associado a contextos de segunda língua, incluindo fala, compreensão e aprendizado” (MACINTYRE e GARDNER, 1994, p. 284, tradução minha). No original: *Language anxiety can be defined as the feeling of tension and apprehension specifically associated with second language contexts, including speaking, listening, and learning* (MACINTYRE e GARDNER, 1994, p. 284). O aprendente com alto nível de ansiedade no uso de outra língua muitas vezes exhibe comportamento de evitação (HORWITZ et al., 1986). Além disso, estudos demonstram que há ligação entre ansiedade e características pessoais, como atitudes com relação à língua alvo, ao professor, aos colegas, à sala de aula, à autoestima; além de uma gama de fatores contextuais que afetam os níveis de

ansiedade, por exemplo, o conhecimento de várias línguas, a distância ou proximidade entre a língua materna e a língua estudada, sexo, idade, ambiente da sala de aula, etc (DEWAELE, 2005).

Na narrativa, **Minha primeira língua estrangeira**, Juan conta como sentia dificuldade para falar inglês, mesmo tendo estudado por anos o idioma. Sua reação ao encontrar um falante de língua inglesa era esquivar-se e dizer que não sabia a língua. Para ele, era mais fácil dizer *I don't speak English* e se livrar logo do problema do que encarar a comunicação em língua estrangeira. O médico agia dessa forma, pois, segundo ele mesmo disse, tinha um “medo cênico”, ou seja, receio de falar em público e cometer algum erro na língua estrangeira.

Já Salamandra revela baixa autoestima como aprendiz de língua; na narrativa **Os idiomas e eu**, a médica revela que estudava inglês apenas com o propósito de não ficar retida na escola, uma vez que não pretendia viajar para fora do país, tampouco interagia com estrangeiros. É compreensível, portanto, seu desespero quando soube que precisaria aprender português para participar do programa Mais Médicos; ela receava que não conseguiria ser aprovada no curso por não ter habilidades para aprender língua. Daly (1991) e Mejías, Applbaum e Trotter (1991) pontuaram, nas pesquisas que fizeram, que a maioria dos alunos fica extremamente ansiosa quando é solicitada a falar em idioma estrangeiro.

As emoções, portanto, influenciam a maneira como os aprendentes se expressam no idioma estudado e podem comprometer a interação. Segundo os autores Horwitz et al. (1986), McCroskey (1982) Schlenker e Leary (1985), a frustração vivida por um aluno incapaz de comunicar uma mensagem pode levar à apreensão sobre futuras tentativas de interação. Fredery e Salamandra não esconderam que se sentiam ansiosos e temerosos por falar outro idioma. Entendo que esse poderia ter sido um empecilho para que os médicos desenvolvessem sua atividade laboral no Brasil.

Em contrapartida, MacIntyre e Gardner (1994) consideram que o aprendiz vai se tornando cada vez mais confiante para enfrentar situações de comunicação quando progride no aprendizado da língua estrangeira e vive momentos que podem servir como exemplos para outras ocasiões, o que nos permite compreender que a ansiedade para utilizar língua estrangeira se relaciona não somente com a competência linguística, mas também com características pessoais e contextuais.



Na ânsia, portanto, de saber se Fredery e Salamandra iam conseguir enfrentar seus medos de falar português e curiosa para saber sobre a rotina dos atendimentos nas UBS com os pacientes, pedi que os médicos continuassem suas histórias, que são apresentadas no capítulo a seguir.

## CAPÍTULO 3 - CRÔNICAS DE APRENDIZAGEM COMPARTILHADA NAS EXPERIÊNCIAS

Depois de ouvir as histórias dos médicos sobre os primeiros dias no Brasil, quis saber como foram as experiências atuando nos municípios. Para saber os desdobramentos de seus primeiros momentos, perguntei a Fredery o que aconteceu no dia seguinte à sua chegada e ele me contou a narrativa a seguir.

### ***Aprendendo com um colega experiente***

*Em meu segundo dia no município, fui apresentado ao prefeito. Nos cumprimentamos e ele me deu as boas vindas. Em seguida, fui levado à UBS onde trabalharia para realizarem meu cadastro no sistema. No local, conheci o doutor Juan, médico cubano que trabalhava na UBS há três anos. Eu iria substituí-lo já que seu ciclo na missão havia se encerrado. Contudo, antes de ir embora, o doutor Juan ficaria mais quinze dias me auxiliando nas consultas. Fiquei aliviado ao saber que teria uma pessoa para me ajudar com os pacientes naqueles primeiros dias e me passar informações importantes sobre a rotina de atendimentos, protocolos e procedimentos necessários para o desenvolvimento do trabalho. Estar com meu colega de profissão e conterrâneo foi muito bom. Depois do apuro que passei no dia anterior, conseguir me comunicar com alguém me deixou mais tranquilo. Logo trocamos contato de celular.*

*Soube que iniciaria os atendimentos apenas na semana seguinte, então, aproveitei aquela semana de “folga” para me dedicar aos estudos de português. Assistia a muitos vídeos no YouTube, mas também procurava ouvir atentamente as conversas ao meu redor para tentar compreender o que estavam falando. A língua me preocupava muito, mas também me assustava o fato de não conhecer os protocolos de atendimento. Apesar de a medicina ser universal, existem muitas diferenças nos procedimentos entre países e eu não conhecia os do Brasil. Eu precisava aprender o máximo possível com meu colega para desempenhar bem a minha função.*

*Quando iniciei na UBS, lembro-me de uma das primeiras consultas com um paciente do dia, seu Antônio. Ao chamá-lo, doutor Juan pediu que se sentasse e me apresentou: disse que eu também era médico e que iria acompanhar a consulta.*

*Verificando o prontuário de seu Antônio, Juan viu que o paciente era diabético e, pela checagem da glicose, realizada pouco antes da consulta pela técnica de enfermagem, notou que estava descompensada. O paciente precisaria ser encaminhado para uma unidade de pronto atendimento (UPA) para receber insulina, procedimento não realizado na UBS. Doutor Juan, então, dirigiu-se a mim e explicou o que iria fazer, o papel que deveria ser preenchido e o que escrever nele. Em seguida, voltou-se para seu Antônio, disse que ele precisaria se dirigir a uma UPA ainda naquela manhã para que seu quadro não se agravasse e entregou-lhe o encaminhamento a ser apresentado na UPA.*

Em nossas conversas, Fredery disse que precisou conhecer as condutas médicas brasileiras, pois alguns aspectos divergiam das adotadas em Cuba e chegou a me dar um exemplo: em Cuba, quando um paciente se queixa de dor de cabeça muito forte, o médico lhe receita uma dose de certo medicamento que, pela sua análise clínica, acredita que vá melhorar. Já no Brasil, o médico precisa obedecer a um protocolo que diz que primeiro se começa por uma dose específica do medicamento e, caso necessário, vai aumentando aos poucos. Esse aprendizado, portanto, era importante para o desenvolvimento de sua função.

Percebendo que a presença do médico Juan tinha sido muito importante para o conhecimento da rotina médica na UBS, quis saber o que Fredery fazia para desenvolver também suas habilidades linguísticas. O médico disse que, apesar de não ter continuado formalmente os estudos de português em casa, prestava muita atenção nas palavras ditas pelos pacientes durante as consultas e também ao que era dito por Juan; quando não entendia o que o paciente tinha falado, anotava e, depois da consulta, perguntava para o colega. Juan, portanto, também era um apoio linguístico para Fredery.

O primeiro dia de trabalho de Salamandra também contou com a ajuda de uma médica cubana. Perguntei como foi a experiência dela com sua conterrânea e ela me contou a seguinte narrativa:

### ***Uma mão amiga***

*Na manhã seguinte à minha chegada, o motorista que me levou do aeroporto ao hotel retornou e disse que foi orientado a me levar a uma UBS; não era ainda o*

*local em que eu efetivamente trabalharia. Chegando lá, fui apresentada a Dolores, uma doutora cubana que chegou antes de mim pelo programa e já atuava como médica ali. Naquele dia, eu acompanharia Dolores em sua rotina no posto.*

*Primeiro, a doutora me mostrou alguns prontuários. Em Cuba, nós temos o costume de escrever muitas coisas no prontuário dos pacientes; tentamos ser bem detalhistas nos sintomas e nas queixas que nos fazem e também nos procedimentos que realizamos. O problema era que, no início, eu não conhecia muitas palavras em português. O conselho da médica foi que eu escrevesse em espanhol mesmo, pois, como o prontuário seria acessado por mim, eu saberia lê-lo depois.*

*Em seguida, passamos ao atendimento aos pacientes. Aquele dia da semana era dedicado à renovação de receitas. Dolores chamou o primeiro paciente, seu Mário, e me apresentou a ele. Pegou sua receita e me explicou de que tipo era, como eu deveria preenchê-la e quais outros tipos de receitas poderiam aparecer ali. Enquanto ia me explicando, notei que ela tentava falar em português. No entanto, apesar do meu pouco conhecimento, não achava que seu português estava bom. Em alguns momentos, seu Mário franzia a testa, mostrando não entender tudo o que ela falava. Também achei o ritmo de sua fala acelerado. Tive a impressão de que a médica não avançou muito no conhecimento da língua. Ainda naquele dia, cheguei a ver um paciente, que foi atendido por Dolores, na sala da enfermagem perguntando para a enfermeira como deveria tomar o medicamento descrito na receita. Parece que ele não havia entendido o que a doutora havia falado.*

*Aprendi muitas coisas naquela tarde com Dolores, mas apenas sobre questões operacionais e fluxos de trabalho, não no quesito língua. Eu estava muito preocupada com o português; precisava melhorar logo para poder falar com os pacientes. Então, no hotel, retomei os estudos do idioma. Troquei as configurações de língua do meu celular para o português; ouvia muitas músicas que os professores nos passaram no curso em Cuba, lembro muito daquela dupla Jorge e Mateus. Eu ouvia suas canções e tentava escrever o que eu conseguia entender. Ouvi tanto que chegou a me dar dor de cabeça. Além disso, eu revisitava o material de áudio que nos deram no curso e tentava responder às questões do livro. A televisão também me serviu de grande aprendizado. Posso dizer que, a partir do momento em que pisei no município, tentei viver 24h no idioma brasileiro.*

Salamandra tocou em um ponto que considero importante discutir: a escrita de prontuários. Uma das várias tarefas de um médico de UBS é o registro de dados e o preenchimento de informações relevantes de um paciente para traçar um histórico de saúde que permita delinear o perfil de cada pessoa e facilitar a investigação de possíveis doenças. Portanto, quanto mais detalhado e claro for o prontuário mais elementos auxiliarão o médico no diagnóstico. Tais informações ficam registradas na ficha do paciente e podem ser acessadas pela equipe de saúde e também pelo próprio paciente. Outrossim, pode haver troca de médico que, possivelmente, verificará o que foi escrito pelo seu antecessor. Se Salamandra escrevia o prontuário em espanhol, como tornar acessível o conteúdo escrito e possibilitar o entendimento por todas as pessoas?

Mais uma vez essa história me recobrou as aulas no MAAv. Alguns gêneros textuais foram trabalhados durante as aulas, como a elaboração de um panfleto para conscientização e prevenção de alguma doença, um atestado de doença ou de óbito, uma receita médica. Todavia não houve exploração e aprofundamento dos diferentes gêneros textuais frequentemente utilizados na rotina de médicos em uma UBS. Um dos questionamentos que surgiam nas rodas de conversas entre professores de português era: como pedir para que os médicos cubanos escrevam textos logo nos primeiros dias de aula se eles mal conhecem as palavras em português? Não vou me repetir e dizer que uma estratégia linguística deveria ter existido para que impasses como esse (do prontuário ser escrito em outra língua) não acontecesse. Apenas reafirmo a importância do ensino de português no contexto do PMMB.

Outra parte da narrativa de Salamandra que gostaria de discutir diz respeito à análise que a médica fez de sua veterana. Apesar de ter aprendido os processos rotineiros que envolvem as consultas, o que mais chamou a atenção de Salamandra, na narrativa **Uma mão amiga**, foi a forma de agir da médica Dolores. Além de considerar que o português de sua conterrânea não havia se desenvolvido muito, apesar do tempo em que estava no Brasil, Salamandra sentiu que o paciente, pela sua expressão facial, não entendeu o que estava sendo dito pela médica. Considero essa percepção refinada e bastante relevante, pois, ao interagirmos, acionamos outras formas de linguagem que vão além das palavras. Estar atento aos outros sinais que o corpo expressa mostra, para mim, uma visão

global e integral do que está acontecendo no momento da interação. A respeito desse tema, gostaria de compartilhar uma experiência vivida por mim e por alguns professores que estiveram comigo no primeiro módulo de que participei em Cuba, em 2016:

### ***O jeito dos médicos mostrarem suas dúvidas***

*Nas idas e vindas de van para a universidade onde ocorriam as aulas, nós, professores de português, conversávamos muito a respeito das aulas que havíamos dado, do tempo que tínhamos gastado em determinada atividade, das dúvidas levantadas pelos médicos, da forma como eles interagiram em determinado assunto, das músicas que eles haviam gostado etc.*

*Certa vez, ao voltarmos da aula da tarde, o professor Roberto nos perguntou se tínhamos percebido que os alunos franziam o nariz quando não entendiam algo que dissemos. Todos respondemos que não, que não tínhamos notado essa característica. Ele continuou explicando e detalhando como isso acontecia. Não conseguimos resistir e combinamos de fazer esse experimento social na próxima aula.*

*No dia seguinte, ao falar com um médico cubano, pronunciei uma palavra que não existia. No mesmo instante, o médico franziu duas vezes o nariz, mas não pediu para eu repetir. Ao perguntar se ele havia entendido o que eu havia dito, ele me respondeu que não e, então, eu reformulei a frase usando, dessa vez, uma palavra do português.*

*Ao voltarmos para a van naquele dia, vários professores disseram também ter feito o experimento e perceberam o mesmo comportamento. A partir daí, passamos a prestar mais atenção àquela expressão dos médicos e, quando víamos alguém com o nariz franzido, sabíamos que deveríamos repetir a explicação, pois eles não haviam entendido o que tínhamos dito.*

Nessa experiência vivida por mim, pude refletir sobre a importância de se estar atento a outros sinais além da fala e, assim, aprimorar minha prática profissional. Nem sempre as pessoas falarão sobre suas dúvidas, mas poderão mostrar indícios delas.

Apesar de ambos os médicos terem contado com a colaboração de profissionais cubanos experientes no programa no início dos atendimentos, eles teriam de assumir as consultas por conta própria e eu quis muito saber sobre esse momento. Então, perguntei a Fredery e Salamandra se eles se lembravam das primeiras consultas que fizeram sozinhos. As narrativas a seguir contam como foi a interação deles atuando sem a ajuda de seus colegas. Quem conta primeiro é Fredery na narrativa **Trabalho em equipe**; em seguida, Salamandra conta sua experiência em **Iniciando os trabalhos na UBS**.

### ***Trabalho em equipe***

*Atender o primeiro paciente sozinho foi um pouco assustador. Eu lembro que fiquei muito nervoso no início do dia, mas, pouco a pouco, paciente por paciente, o medo foi diminuindo e consegui dar prosseguimento às consultas.*

*Percebi que eu tinha mais dificuldades para me comunicar com os pacientes idosos. Um dia, iniciei a consulta com um senhor chamado Geraldo. Fiz algumas perguntas iniciais, mas ele disse que não havia entendido. Repeti a frase, mas ele novamente disse que não tinha entendido. Eu tentava falar mais alto, mais pausadamente, mas, ainda assim, seu Geraldo não conseguia me compreender. Decidi, então, chamar Deise, a enfermeira que estava na sala ao lado para me ajudar.*

*Ao entrar na sala, disse a Deise que iria precisar de sua ajuda para conversar com seu Geraldo. Pedi que ela perguntasse sua idade e confirmasse seu diagnóstico de hipertensão. Além disso, queria saber o porquê de ele estar ali na consulta. Minha colega ia repetindo tudo o que eu falava para o idoso, em voz bem alta, articulando bem as palavras e de maneira lenta. Eu ficava prestando atenção nas palavras que ela usava, na forma com que ela pronunciava para poder reproduzir em outro momento com outros pacientes. Na maior parte das vezes, eu entendia o que o idoso falava, porém, em outros momentos, me virava para Deise e ela repetia para mim o que o paciente tinha dito. Quando consegui, finalmente, encerrar a consulta com seu Geraldo, prescrevi a receita e, com a ajuda de Deise, expliquei como ele deveria tomar o medicamento e em que intervalo de tempo. Eu não tinha problemas em chamar alguém para me ajudar. Quando não conseguia me comunicar com os pacientes, chamava algum colega ali do posto para me*

*auxiliar na mediação. Ao final, o idoso agradeceu, disse que tinha problemas na audição e que também era analfabeto.*

### ***Iniciando os trabalhos na UBS***

*Em meu quarto dia no município, após ter conhecido as instalações e procedimentos rotineiros nos dois dias anteriores, já fui encaminhada para trabalhar na UBS. Coincidentemente, aquele dia também era de renovação de receitas. Com a mente fresca dos ensinamentos aprendidos com a doutora Dolores, chamei o primeiro paciente, seu André.*

*Ele era um senhor e entrou no consultório acompanhado de sua esposa. O casal era muito agradável. Pedi a receita anterior de seu André e comecei a fazer uma nova. Tive dúvidas sobre o nome comercial de um medicamento ali descrito. Pedi licença ao casal para poder usar meu celular e consultar o nome do composto do remédio. Expliquei, também, que precisava escrever direitinho o nome do medicamento, pois, caso contrário, a farmácia retornaria com o pedido e eles não conseguiriam retirar. Eles disseram que não tinha problema, que não seria a primeira vez que um médico mexeria no celular durante a consulta.*

*Ao longo do atendimento, pudemos conversar. Ele me disse que tinha problemas no coração e que há muito lutava com isso. Reclamou um pouco sobre não conseguir todos os remédios de que precisava. Eu conseguia compreender tudo o que ele dizia e ele também me entendia. Eu tentava falar devagar e articular bem as palavras. Antes de mim, uma médica cubana também atendia naquela UBS, então, acredito que isso tenha facilitado a minha chegada. Eles até chegaram a dizer que eu falava bem o português.*

*Como eu era nova ali, o casal tinha curiosidades sobre mim e começaram a me perguntar coisas. Queriam saber se eu havia vindo sozinha para o Brasil, se eu tinha pais, irmãos. Ao falar da minha família e da saudade que estava sentindo, não aguentei a emoção e acabei chorando. O casal ficou muito sensibilizado e me acolheu. Eles foram incríveis. No final da consulta, criamos um laço de amizade para além do consultório. Foi uma boa experiência.*

Os médicos, apesar de terem chegado ao Brasil sem saber muito o português, conseguiram aprendê-lo aos poucos, no dia a dia, nas interações. Eles



não me disseram o momento exato em que aprenderam certa palavra ou determinada estrutura. Na primeira conversa individual que tive com Salamandra, a médica disse não se lembrar exatamente quando passou a entender tudo o que lhe diziam ou quando foi deixando de usar palavras do espanhol por conhecê-las em português. Para mim, ia se tornando cada vez mais nítido que os médicos aprenderam o idioma a partir das experiências que iam vivendo e das reflexões que faziam. Fui compreendendo que o fio narrativo que guiava suas histórias apontava para uma linha ascendente de construção de conhecimento.

Para compreender, então, as experiências vividas pelos participantes e narradas em suas histórias, recorri ao conceito de John Dewey (1979) sobre experiência. Dewey (1979) entende que a experiência possui dois princípios básicos: a continuidade e a interação. Para o filósofo, vivemos os frutos de experiências anteriores, ou seja, uma experiência não ocorre isoladamente, imóvel no tempo e no espaço; ela é o resultado de experiências passadas e, por sua vez, gera experiências futuras. Esse movimento gera uma continuidade da experiência ou, nas palavras de Dewey (1979), o *continuum* experiencial que, por sua vez, interage com o meio. Tais princípios foram abordados no capítulo em que apresento o caminho teórico-metodológico adotado nesta tese. O que trago de novo para a discussão neste capítulo é a distinção feita por Dewey (1979) sobre a qualidade da experiência.

Todos nós temos a chance de viver experiências, mas não podemos, entretanto, afirmar que aprendemos com todas elas. Há duas categorias de experiências: a educativa e a deseducativa (DEWEY, 1979). O que as distingue é a capacidade de crescimento que elas podem ou não proporcionar.

Para o filósofo, uma experiência deseducativa "para ou distorce o crescimento da experiência posterior" (DEWEY, 1979, p. 14). Enquadram-se, nessa categoria, as experiências que produzem "dureza, insensibilidade, incapacidade de responder aos apelos da vida, restringindo, portanto, a possibilidade de futuras experiências mais ricas" (DEWEY, 1979, p. 14). Além disso, atividades mecânicas podem causar experiências que "habitue[m] as pessoas a certos tipos de rotina" (p.14) e as impeçam de viver experiências novas. Por outro lado, experiências agradáveis podem "concorrer para atitudes descuidadas e preguiçosas [...] atuando sobre a qualidade das futuras experiências, podendo impedir as pessoas de tirar delas tudo que têm para dar" (DEWEY, 1979, p.14). O autor ainda pontua que, mesmo em

experiências agradáveis e excitantes, “as experiências podem ser tão desconexas e desligadas umas das outras que [...] não se articulam cumulativamente” (DEWEY, 19752, p.14). Em resumo, para que se aprenda com a experiência, não basta apenas vivê-la.

Em contrapartida, o que faz com que a experiência seja educativa é a qualidade alcançada na continuidade e na interação, ou seja, a experiência precisa ser dotada de um significado para ser educativa. Utilizo aqui um exemplo de Dewey (1979) sobre uma pessoa que põe o dedo no fogo. A ação por si não é educativa. A dor é apenas uma alteração física. A experiência só será educativa se a pessoa associar a sua dor às consequências da ação que realizou. Em suma, não basta viver experiências para dizer que aprendemos com elas, a reflexão sobre a ação é fundamental para tornar a experiência significativa.

A cada história narrada, as estratégias utilizadas por Fredery para falar com as pessoas me impressionavam e cheguei a perguntar quem o tinha ensinado a agir daquela forma. O médico me respondeu que ele mesmo havia desenvolvido essa metodologia de lidar com os pacientes a partir do que observava na unidade básica. Confesso que fiquei um pouco incrédula. Como disse na história em que narro a conversa com os participantes, a “lembrança que eu tinha dele era com um sotaque espanhol bem forte, eu tinha até dificuldade para entendê-lo”. Pensava que o médico talvez não conseguiria desempenhar seu trabalho, que os pacientes não iriam entendê-lo e que ele não entenderia os pacientes, afinal, ele teve tão pouco tempo de aula e, segundo ele, não continuou seus estudos na língua quando chegou ao Brasil. Então, quando Fredery disse que aprendeu o português, ouvindo e prestando atenção às palavras e às conversas das pessoas, foi duvidoso para mim. Contudo, ele estava ali, na minha frente, conversando em português e eu, que outrora tinha dificuldades para entendê-lo, conseguia, sem esforços, compreender o que ele me dizia. A leitura sobre o conceito de experiência de John Dewey me ajudou a compreender que as experiências pelas quais passamos podem nos ensinar muitas coisas, inclusive um idioma. Muitas das experiências que Fredery viveu estavam sendo educativas e proporcionaram seu conhecimento de português.

A experiência narrada por Fredery, em **Viajando nas palavras**, apresentada no Capítulo 2, tinha tudo para ser uma experiência deseducativa (DEWEY, 1979). Não conseguir interagir numa conversa cotidiana com o motorista que foi buscá-lo no aeroporto afetou o médico a ponto de fazê-lo duvidar de si mesmo. O medo que

sentiu poderia tê-lo paralisado a ponto de, realmente, não conseguir realizar aquilo que veio fazer. A língua parecia um empecilho que o impediria de exercer a medicina, algo que ele sabia. A tensão vivida por Fredery foi perceber que, se ele não estava conseguindo compreender uma conversa cotidiana com o motorista brasileiro, como iria consultar pacientes brasileiros sem falar português? Essa também era uma angústia minha e uma curiosidade que me guiou para o desenvolvimento deste trabalho. Tendo Fredery ali virtualmente na minha frente e sabendo que ele ainda estava no Brasil atuando como médico, de uma coisa eu podia estar certa: ele superou muitas dificuldades e seguiu em frente em seu objetivo de ser médico no país. Ele resolveu enfrentar a situação, apesar de preocupado, e se permitiu viver aquela experiência.

Não posso deixar de mencionar a força motriz que impulsionou Fredery para realizar seu trabalho. Voltando à metodologia desta pesquisa, o médico se apresentou como alguém que sempre quis fazer missões. Afirma que cresceu vendo seus parentes viajarem pelos países e se maravilhava com tudo aquilo. Ao saber da missão para o Brasil, ele desejou participar; era seu desejo também conhecer aquele país que tanto via nas novelas. Entendo que essa vontade pessoal de trabalhar como médico de missão impulsionou Fredery e pode tê-lo ajudado a superar as dificuldades encontradas. Como abordado no Capítulo 2 desta tese, as emoções têm forte influência sobre o aprendizado e sobre a maneira do aprendente se expressar em outra língua.

Por sua vez, Salamandra, na narrativa **Chegada à terra prometida**, apresentada no Capítulo 2, também encontrou desafios linguísticos semelhantes aos de seu colega. No entanto, assim como ele, não se furtou de viver novas experiências. Entretanto, entendo que a motivação para continuar sua jornada tenha sido outra. Na narrativa **Quem sou eu?**, localizada na metodologia deste trabalho, a médica afirma que nunca quis sair de seu país e que só estava fazendo a missão, pois era uma maneira de ajudar financeiramente sua família. O título que dei à narrativa traz um pouco essa ideia. Na Bíblia, especificamente no Antigo Testamento, Deus promete a Abraão um lugar bom para ele e para seus descendentes, como forma de recompensa à bondade do homem. A terra era boa e nela jorraria leite e mel, uma metáfora para dizer que não faltaria alimento aos que nela vivessem. De forma semelhante, a terra para a qual Salamandra estava indo prometia prosperidade e condições melhores de vida a ela e a sua família. Foi

pensando nisso que ela aceitou participar da missão, mesmo sem ter pensado um dia em sair de sua terra.

Apesar de serem diferentes os motivos que levaram os médicos a seguirem em missão, ambos se lançaram às novas experiências e se permitiram aprender com elas. A partir dessa reflexão, encontro semelhanças entre minha história, a de Fredery e de Salamandra. Nas narrativas iniciais, conto como foi maravilhoso receber o convite para dar aulas de português em Cuba; como eu fiquei empolgada e me sentindo realizada por poder realizar dois de meus sonhos: viajar para o exterior atuando na área de minha formação. Em contrapartida, também fiquei com medo, pois não falava espanhol e precisava encontrar uma forma para que os alunos entendessem minhas aulas. Apesar disso, minha vontade era grande e eu não podia deixar aquela oportunidade passar; outro fator que favorecia minha ida era o fato de conhecer metodologias de aula de português para falantes de outras línguas e ter vivido experiências como professora de português. Apesar de ser uma paisagem diferente da que eu costumava viver no Brasil, eu sabia como dar uma aula. Da mesma forma que Fredery e Salamandra sabiam ser médicos. Esse desejo e essa disposição interna, aliada à minha formação acadêmica, motivaram-me a aceitar o convite para dar aulas em Cuba e compreendo que os mesmos sentimentos fizeram com que os participantes desta pesquisa fizessem a seleção para trabalhar como médicos no Brasil.

Outro ponto que considero importante destacar é que a atividade laboral está bastante associada ao aprendizado do idioma. Os médicos me disseram que, em Cuba, o português é pouco difundido. Apesar de as novelas brasileiras serem transmitidas lá e fazerem muito sucesso, elas são dubladas. Eles disseram que, se não fosse pelo PMMB, não teriam aprendido o português. A necessidade de aprender a língua, portanto, nasceu na paisagem profissional que os médicos passariam a viver.

Nessa perspectiva, vejo uma tensão entre a língua e a profissão. Fredery e Salamandra eram médicos, mas precisavam ser médicos no Brasil, paisagem ainda desconhecida para eles. Outros conhecimentos precisariam ser desenvolvidos para desempenhar sua função que iam além daqueles aprendidos na faculdade de medicina em Cuba; o idioma era um deles, mas não só ele. Conhecer a cultura local, a comunidade em que se inseriram, adaptar-se e enfrentar o contexto que envolvia a vinda de médicos cubanos para o Brasil também eram habilidades que precisavam

ser desenvolvidas. Diante disso, fui provocada pela banca de qualificação a conhecer o conceito de conhecimento prático-pessoal e prático-profissional.

Naquele momento não conseguia imaginar como esse conceito dialogaria com as narrativas dos médicos, pois este foi criado na paisagem escolar, investigando os conhecimentos mobilizados pelos professores ao ministrarem suas aulas.

Ao ler alguns trabalhos, como os de Colmanetti (2016), Morais (2017), Durante (2023), e me aprofundar um pouco sobre as concepções trazidas por alguns autores (SCHÖN, 1983; 1992; ELBAZ, 1983; FENSTERMACHER, 1994; CLANDININ e CONNELLY, 1988; 1995), a respeito da construção do conhecimento prático-profissional, pude compreender que, de fato, esse conceito poderia estar relacionado às experiências vividas pelos participantes, mas em uma paisagem diferente da sala de aula. Compreender a construção do conhecimento prático-profissional de médicos cubanos pode ser uma das contribuições deste trabalho .

Os apontamentos de Schön (1983) sobre o profissional reflexivo me ajudaram a compreender as experiências vividas pelos médicos na paisagem profissional de uma UBS. Tardif e Moscoso (2018), no artigo *A noção de “profissional reflexivo” na educação: atualidade, usos e limites*, ajudaram-me a entender a ideia de profissional reflexivo a que Schön (1983) se refere. Para os autores,

[...] os profissionais não atuam no mundo real como os técnicos ou cientistas procedem no laboratório; a atividade profissional não é um modelo das ciências aplicadas ou da técnica instrumental, pois esta é em grande parte improvisada e construída durante seu desenvolvimento. Nesse sentido, um profissional não pode se contentar com seguir “receitas” ou “aplicar” os conhecimentos teóricos anteriores à ação realizada, pois cada situação profissional que vive é singular e exige de sua parte uma reflexão em e sobre a ação, ação construída em parte pelo profissional que lhe deve dar sentido, [...]. Assim, a experiência e as competências profissionais contribuem para gerir a prática e torná-la mais autônoma (TARDIF; MOSCOSO, 2018, p. 4).

Compreendida dessa forma, a prática profissional não se limita a teorias e técnicas exatas restritas a um ambiente controlado como a de um laboratório. Ao contrário, somado a esse conhecimento teórico está a realidade que se impõe e que demanda do profissional uma reflexão sobre determinada situação, que é ímpar.

Nesse sentido, Schön (1983) constrói sua teoria sobre a prática reflexiva para a formação de um profissional reflexivo, tendo como fundamentos três princípios: a reflexão-na-ação, a reflexão sobre-a-ação e a reflexão sobre a reflexão-na-ação.

A reflexão-na-ação ocorre no momento em que a ação se processa e permite a reformulação no decorrer da ação. Essa reflexão-na-ação carrega consigo um saber contido no conhecimento técnico ou na solução de problemas, ou seja, é o elemento intelectual que conduz a atividade humana e exterioriza-se no saber-fazer. Já a reflexão sobre-a-ação se revela após a ação, ou seja, a reflexão ocorre sobre a prática quando esta já aconteceu e permite analisar os atos realizados. Quando dessa reflexão sobre-a-ação produzimos uma descrição verbal, isto é, uma reflexão sobre a ação decorrida, impactando em atitudes para práticas posteriores, temos a chamada reflexão sobre a reflexão-na-ação. Esta última reflexão permite a descrição, a análise e a avaliação das ações para ações seguintes (SCHÖN, 1992).

Em muitas narrativas, compreendo que Fredery e Salamandra agiram como profissionais reflexivos. Os médicos foram aprendendo como funcionavam os procedimentos e os protocolos de saúde na rotina da UBS com os médicos cubanos veteranos. Esse aprendizado era importante para o desenvolvimento de sua função. Contudo, um profissional reflexivo precisa ir além das teorias e técnicas e, acrescentando às palavras de Schön (1983), o profissional reflexivo vai além das burocracias e procedimentos protocolares.

A presença de outros elementos na dinâmica da interação, como a expressão corporal, é o que faz da comunicação algo complexo. Apesar de terem a oportunidade de aprender com os médicos cubanos que estavam no Brasil há mais tempo que eles, não era possível prever como seriam todos os atendimentos. Cada consulta seria única, assim como cada paciente demandaria uma conduta específica e, quando passaram a atuar sozinhos no consultório, os médicos se depararam com uma infinidade de situações que exigiriam deles mais que um conhecimento formal da medicina e de seus protocolos.

Na história **Trabalho em equipe**, as tentativas de Fredery para interagir com o idoso não obtiveram êxito e ele decidiu procurar ajuda. O médico ressalta que, dentre os diversos públicos que atendia, tinha mais dificuldades em se comunicar com idosos. Perguntei a que ele atribuía essa maior dificuldade com idosos e ele respondeu que acreditava que o fato dessa população ser muitas vezes simples, pobre, associada à baixa escolaridade poderia influenciar nessa relação. Afirmou,

ainda, que nos corredores já se ouvia muitos velhinhos comentarem que não iam entender nada da consulta, antes mesmo de tê-lo conhecido. Eu também acrescentaria que outro motivo para que a população pensasse que não entenderia os médicos cubanos está relacionada à questão da falta de informação sobre o PMMB. Não foi amplamente divulgado pela mídia nem propagado nas UBS que os médicos cubanos teriam aulas de português antes de chegarem ao Brasil e que, mesmo o curso tendo sido por um período curto de tempo, esses profissionais não chegariam totalmente alheios à língua. O fato é que vários fatores influenciaram essa resistência aos médicos cubanos, fatores esses que incidiram na língua. Seria preciso, então, criar diferentes habilidades para lidar com cada situação.

Na narrativa **Trabalho em equipe**, a estratégia de falar devagar e de repetir as palavras, utilizada com outros pacientes, não estava surtindo efeito e outra atitude precisaria ser tomada. Somado a tudo isso estava o fato de seu Geraldo possuir baixa audição, o que exigiria também uma conduta específica. Diante desse contexto, entendo como responsável a atitude de Fredery em chamar uma enfermeira para mediar a consulta. Na narrativa, Fredery conta que não tinha problemas em chamar alguém para ajudá-lo. Quando não conseguia se comunicar com os pacientes, chamava algum colega da UBS para auxiliar na mediação. Da mesma forma, Salamandra também utilizou recursos (o celular) que a auxiliaram na condução da consulta, como nos conta na narrativa **Iniciando os trabalhos na UBS**. Vejo que os médicos se mostraram humildes para reconhecer que, em alguns momentos, precisariam de ajuda. Ao mesmo tempo, essas ocasiões também eram oportunidades de aprendizagem tanto de língua quanto de conhecimento do público que estariam atendendo.

Fenstermacher (1994) também traz contribuições pertinentes aos componentes que moldam o conhecimento profissional. O autor afirma que o conhecimento pode ser de natureza formal ou prática. O formal baseia-se na teoria e nos métodos científicos convencionais; está atrelado ao paradigma científico, ou seja, aquilo que pode ser confrontado e confirmado cientificamente (FENSTERMACHER, 1994). Em contrapartida, o conhecimento prático constrói-se a partir da realidade vivida pelo indivíduo no momento em que empenha seu conhecimento formal. A partir de suas experiências, da reflexão de seu fazer e da situação na qual se encontra, o profissional vai desenvolvendo e construindo sua prática e, portanto, seu conhecimento prático (FENSTERMACHER, 1994). Esse

conhecimento prático é, obviamente, inerente à prática, sendo esta construída coletivamente, a partir da reflexão do profissional, de seus objetivos e desejos, além de suas experiências. Todo esse conjunto de conhecimentos estão interligados e constituem o conhecimento profissional.

A partir das considerações feitas por Fenstermacher (1994), consigo associar as ideias de Elbaz (1983) que também afirma que o conhecimento prático abarca um amplo conhecimento acumulado por meio da experiência e que não se define simplesmente ao ato de fazer: envolve o conhecimento de diferentes áreas, do conteúdo a ser ensinado, aliado a experiências pessoais, ao contexto curricular e às relações sociais que compreendem a prática docente. Transpondo esse pensamento para a realidade desta pesquisa, eu diria que o conhecimento prático do médico está associado ao conhecimento da área médica e também de outras áreas, além das formas de organização e operacionalização de saúde adotadas pelo sistema de saúde do país, somado às suas experiências pessoais e às relações sociais imbricadas na prática médica.

Elbaz (1983) considera, ainda, que o conhecimento prático engloba também o conhecimento pessoal, visto que ao primeiro se associam não apenas concepções intelectuais, como também valores, sentimentos, percepções, interesses e propósitos. No conhecimento prático, é relevante dar atenção aos contextos mais amplos que permeiam a complexa atividade intelectual, observando assim o social, o cultural, o político e o histórico (ELBAZ, 1983). Nas palavras da autora,

Este conhecimento engloba experiência em primeira mão dos estilos de aprendizagem dos alunos, [dos seus] interesses, necessidades, capacidades e dificuldades, e um repertório de técnicas de ensino e de competências para a gestão da aula (ELBAZ, 1983, p.5, tradução minha.)

No original:

This knowledge encompasses firsthand experience of students' learning styles, interests, needs, strengths and difficulties, and a repertoire of instructional techniques and classroom management skills (ELBAZ, 1983, p.5).

Entendo que, com o profissional da saúde, no contexto de uma UBS, esse conhecimento abrange a percepção do perfil da comunidade assistida, a atenção dada às necessidades da comunidade e às dificuldades individuais que podem comprometer o atendimento, além das estratégias de ordem linguística e extralinguística necessárias para conduzir uma consulta.



Nesse sentido, concordo com Elbaz (1983) quando diz que é preciso estar atento aos contextos, como o social e o cultural, quando colocamos em prática nosso conhecimento. Os médicos tiveram essa percepção e isso se mostra em diferentes narrativas apresentadas neste capítulo e que também poderão ser vistas no Capítulo 4 desta tese.

Segundo Colmanetti (2016), Clandinin e Connelly (1995) são considerados os primeiros autores a introduzir o tema conhecimento prático-pessoal e conhecimento prático-profissional na literatura. O caráter pessoal, que caracteriza o conhecimento prático-pessoal, é assim chamado, pois, segundo os autores, as ações praticadas pelos agentes escolares emergem de suas personalidades individuais e de sua experiência pessoal (CLANDININ e CONNELLY, 1995; 1996). Os professores, no processo de instrução dos alunos, fazem uso das diretrizes políticas e curriculares de ensino, mas também, e talvez na maioria dos momentos, valem-se de suas experiências em sala de aula para adaptar continuamente seus métodos e abordagens de ensino (CLANDININ e CONNELLY, 1995). Assim, do entendimento de que o praticante age a partir de seu conhecimento, temos como resultado o conhecimento prático-pessoal.

Clandinin e Connelly (1995) são cuidadosos em definir o que querem dizer exatamente com os termos “pessoal” e “conhecimento”. A palavra “pessoal” se relaciona a tudo aquilo que constitui uma pessoa, ou seja, um conhecimento desenvolvido a partir de circunstâncias, ações e experiências de caráter afetivo ou significado emocional para o indivíduo; já “conhecimento” é entendido como o conjunto de convicções e significados, que podem ser conscientes ou não, que emergiram da experiência e das relações de ordem íntima, social e tradicional, e que se manifestam nas ações de um indivíduo (CLANDININ e CONNELLY, 1985). Em suma, o conhecimento prático-pessoal é constituído pela experiência, é carregado de valores, possui um propósito e é orientado para a prática (CLANDININ e CONNELLY, 1985). Além disso, é mutável e provisório.

Já o conhecimento prático-profissional, entendido por muitos de nós como o conhecimento que alguém possui sobre sua prática profissional, é ampliado por Clandinin e Connelly (1995) por meio da metáfora da “paisagem” do conhecimento prático-profissional. Segundo eles, “paisagem” é um termo metafórico que diz respeito ao lugar, ao tempo e ao relacionamento entre pessoas que se encontram em determinada paisagem (CLANDININ e CONNELLY, 1995). Um professor, na

paisagem da sala de aula, é atravessado por vários contextos, sejam trazidos por ele, pelos alunos, pelos pais, pela direção, em suma, por aqueles que circundam o processo de ensino e aprendizagem. Desse modo, o conhecimento prático-profissional abarca também as práticas pessoais do professor, ou seja, o conhecimento construído a partir dessas práticas. Além disso, Connelly e Clandinin (1984, p. 12, tradução de DURANTE, 2023) acrescentam que “os praticantes mesclam a ação com o conhecimento e o conhecimento com paixão, como pessoas que se preocupam com o que fazem. Ação e conhecimento estão unidos no praticante”. No original: “practitioners imbue action with knowledge, and knowledge with passion, as people who care about what they do. Action and knowledge are united in the practitioner.” (CONNELLY E CLANDININ, 1984, p. 12). Trazendo esse conceito para os profissionais médicos, compreendo que, em suas ações, muito se empregou o conhecimento pessoal e que, talvez, eles próprios não consigam explicá-lo, compreendê-lo ou mesmo ter conhecimento de que o estão mobilizando. A partir dessa discussão, compreendi que ao desenvolver nosso conhecimento prático-profissional, mobilizamos nosso conhecimento prático-pessoal, entendido como aquele que emerge de nossas personalidades individuais e de nossa experiência pessoal (CLANDININ; CONNELLY, 1995).

Retomando a fala de Fredery quando me respondeu que ele mesmo havia desenvolvido a metodologia de se relacionar com os pacientes, entendo que seu conhecimento prático-pessoal (CLANDININ; CONNELLY, 1995) estava sendo mobilizado. Como médico em Cuba, Fredery já havia vivido experiências anteriores que o ajudaram a lidar com novas paisagens profissionais. Assumindo, portanto, a perspectiva de Clandinin e Connelly (1995), diria que no conhecimento prático-profissional está contido, também, o conhecimento prático-pessoal, uma vez que, a esse último, agregam-se experiências pessoais, profissionais e de formação médica, que seria o conhecimento profissional.

Entendo que, na paisagem da unidade básica de saúde, os médicos cubanos participantes desta pesquisa foram moldando seu conhecimento prático-profissional. Além disso, compreendo que o idioma também foi sendo aprendido juntamente com a construção dessa prática profissional. Ao mesmo tempo em que Fredery e Salamandra iam aprendendo os protocolos, o organograma de encaminhamentos, o preenchimento de prontuários e receitas, a diversidade farmacológica, conhecendo a cultura local, a forma como os pacientes compreendiam a saúde e a interação com

eles e com a equipe da UBS, estavam também aprendendo o idioma. Para mim, não é possível separar o aprendizado do português do momento em que estavam trabalhando. Compreendo, também, que houve aprendizado de português em outros contextos, fora do ambiente de trabalho. Contudo, não foi possível, nesta pesquisa, conhecer as histórias em outras paisagens.

Entendo a caminhada dos médicos de maneira ascendente e quis representar esse entendimento por meio de um poema inspirado na poesia concreta. O poema concreto, ou Concretismo, foi um movimento encabeçado pelos poetas paulistas Décio Pignatari (1927) e os irmãos Haroldo (1929-2003) e Augusto de Campos (1931). Para os poetas concretos, a forma de escrever a poesia informa. Diante disso, o poema a seguir tem o formato de uma escada e deve ser lido de baixo para cima, como uma representação dos degraus que os médicos cubanos foram subindo ao longo de sua trajetória de trabalho e de aprendizado do português no Brasil.

### **Trajectoria**

**(Suiane Bezerra da Silva)**

com vocês, serei médico no Brasil  
eu sei ser médico  
ensaio em casa o jeito de falar  
troco o idioma do celular  
guardo uma palavra dali  
ouço aqui  
você entende o que eu falo?  
pouco a pouco, você fala, eu entendo  
não entendeu? Calma, falo devagar  
assistir o paciente, ser paciente  
inserir-se no contexto  
olhar ao redor, a comunidade  
acolher o paciente  
fala lenta, pausada  
persistir  
ajudas são bem-vindas  
começos são difíceis  
sei? não sei... recuar?  
em português  
falar, trabalhar, interagir

## CAPÍTULO 4 - CRÔNICAS DA LÍNGUA EM USO

Neste capítulo, Fredery e Salamandra contam um pouco sobre o cotidiano de trabalho nas UBS envolvendo o uso da língua. Quem inicia a narrativa é Salamandra.

### ***Sou cubana, mas sei falar “bom dia” em português***

*O começo do trabalho foi um pouco difícil. Lembro que os pacientes tinham muita resistência à minha presença. Em certa manhã, estava no consultório e ouvi na recepção um paciente perguntando que médico estava atendendo. Quando soube que era eu, a médica cubana, a pessoa disse que voltaria depois, quando pudesse se consultar com um brasileiro.*

*Outro dia, um paciente, de nome Jorge, entrou no consultório e eu o cumprimentei com um “bom dia”. Rapidamente ele respondeu que não falava minha língua. Eu retruquei, disse que mal havia falado e que o meu “bom dia” tinha sido em português.*

*Percebendo sua postura, tranquilizei-o com relação a mim e a minha língua: disse que falaria devagar, pausadamente e, caso ele não entendesse, eu poderia dizer novamente. Além disso, fiz questão de repetir algumas palavras e frases. Quando fui receitar o medicamento, além de escrever numa letra bem legível, mostrei o papel e li para Jorge os remédios ali listados. Perguntava várias vezes se ele havia compreendido o que eu estava dizendo ou se seria necessário que eu explicasse novamente. Mesmo ele dizendo que havia entendido, eu fiz questão de repetir mais uma vez, pois, alguns pacientes são tímidos e têm vergonha de dizer que não entenderam. Agindo dessa forma, percebi que sua resistência foi diminuindo. No final da consulta, Jorge me pediu desculpas pelo que falou no começo. Ele explicou que, em uma consulta anterior, com outro médico, não havia entendido nada e acabou indo embora confuso e com muitas dúvidas. Lembro de ter atendido outras vezes esse paciente e notar que ele já estava com menos receio.*

Lendo essa narrativa, compreendo que os desafios de comunicação surgiam de ambos os lados. Enquanto Salamandra se preocupava em falar português e também compreender o que os brasileiros falavam, a comunidade ficava apreensiva

quanto ao atendimento ser feito por um profissional cubano. O paciente Jorge, que não compreendeu o que foi dito por um médico anterior, já chegou para se consultar com Salamandra com a certeza de que também não a entenderia. Encontro uma tensão na narrativa nesse sentido: a carência de médico foi suprida, mas até que ponto ter a presença desse profissional garantiria a solução do problema de saúde, uma vez que a comunicação não estava sendo estabelecida?

Antes de participar do PMMB, eu conhecia pouco sobre as origens e os pressupostos que envolviam o SUS. Além disso, durante o programa, entendi que os médicos cubanos não atuavam em todo o sistema único. A área de atuação desses profissionais seria na medicina de família e comunidade, atendendo a população nas UBS, estrutura que compõe a Atenção Primária à Saúde (APS), parte integrante do SUS. Cabe aqui fazer um grande parênteses para falar um pouco sobre o SUS e sobre a APS.

A Constituição Federativa do Brasil, em 1988, instituiu a saúde como “direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 1988). Para proporcionar o acesso universal ao sistema público de saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), “um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo” (informação disponível no site do Ministério da Saúde por meio do link: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>. Acesso em: 20 de mar 2023). Sua extensão vai desde um atendimento básico, como a aferição de pressão arterial, até um de alta complexidade, como o transplante de órgãos. Antes de 1988, a saúde pública no Brasil estava vinculada à previdência social e à filantropia. O SUS, portanto, democratizou o acesso para que todos os brasileiros, e estrangeiros que estiverem no Brasil, possam ter acesso aos serviços públicos de saúde. Outra característica do SUS é sua integralidade no cuidado: ele oferece não só assistência pontual, mas também ao longo do tempo, além de ter como foco a qualidade de vida, a prevenção e a promoção da saúde.

A porta de entrada preferencial para o SUS é a Atenção Primária à Saúde (APS), responsável por filtrar e organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, do mais simples ao mais complexo.

A APS representa um grande papel no cenário dos sistemas de saúde dos países que a adotam. Esse reconhecimento se deve aos resultados benéficos advindos de sua adoção, como: melhoramento nos indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários no âmbito do sistema, resposta mais efetiva no

tratamento de condições crônicas, maior eficiência do cuidado, maior utilização de práticas de prevenção à saúde, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (STARFIELD, 2002). Além disso, a atenção primária mudou os paradigmas de cuidado à saúde, propondo mudanças no paradigma tradicional, que voltava sua atenção para a doença e para os tratamentos curativos baseados apenas em termos biológicos, para um modelo cujo diálogo se torna estratégia essencial para a troca de conhecimentos. Tal perspectiva fortalece a credibilidade no serviço e provoca mudanças concretas no comportamento, a partir da construção de saberes sobre o processo saúde-doença. O modelo dialógico, portanto, é considerado o mais adequado para ser adotado na atenção primária (ALVES, 2004).

Entendo que a criação do SUS, a partir de uma constituição que buscava olhar mais para o povo brasileiro e o estabelecimento da APS como a porta de entrada para um sistema de saúde de todos e para todos, significou democratizar acessos. Ademais, o modelo dialógico recomendado, cujo objetivo é o estabelecimento da conversa entre pacientes e profissionais da saúde em busca de, juntos, encontrarem uma forma de resolver um problema de saúde exige que os agentes envolvidos estejam conscientes de seu papel e se compreendam. Desse modo, questiono: como desenvolver o diálogo entre partes que não falam o mesmo idioma? Como ter respostas mais efetivas no tratamento de doenças se os pacientes não entendem aquilo que os médicos dizem?

Adentrando ainda mais nos conceitos que subjazem a APS, entendi que esta orienta-se por eixos estruturantes, conhecidos internacionalmente pelo nome de atributos. Os atributos essenciais são: acessibilidade e primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; enquanto os atributos derivados são: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002). Para o momento e julgando ter mais relação com o que quero abordar nesta tese, gostaria de chamar a atenção para os três primeiros atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade e integralidade.

A expressão *acessibilidade e primeiro contato* significa que se deve dar importância ao primeiro momento em que o usuário busca o sistema de saúde, por necessidade ou por problema de saúde, e que consiga o cuidado de maneira fácil e conveniente (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Oliveira e Pereira (2013) apresentam uma distinção entre os conceitos de acesso e acessibilidade, conceito este

complexo e que diverge entre autores. A “acessibilidade refere-se às características da oferta que possibilitam que as pessoas cheguem aos serviços, enquanto o acesso é a forma como as pessoas percebem a acessibilidade” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160).

Para as autoras, o “estudo da acessibilidade é primordial para permitir a identificação dos aspectos que podem se tornar obstáculos, assim como dos que facilitam a busca pelo atendimento à saúde” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160). Esse pensamento, em meu entendimento, coincide com o de Travassos e Martins (2004), no artigo em que fazem uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Oliveira e Pereira (2013) afirmam, ainda, que a acessibilidade deve ser considerada com relação aos aspectos geográficos, organizacionais, socioculturais e econômicos.

Por acessibilidade geográfica, podemos entender a distância entre a comunidade e os recursos, tendo como parâmetro alguns condicionantes, como distância, tempo de deslocamento, custo de transporte etc. A acessibilidade organizacional se relaciona às formas de organização dos serviços de saúde que podem facilitar ou não a utilização desses serviços, por exemplo: o tempo para se conseguir uma consulta ou exames laboratoriais, turnos de funcionamento ou tipo de agendamento. Já os aspectos socioculturais e econômicos da acessibilidade incluem desde a percepção de sinais e sintomas de alguma doença, a consciência do risco e da gravidade, o entendimento do próprio corpo e o conhecimento da oferta de serviços de saúde até o “medo do diagnóstico, crenças, hábitos, dificuldades de comunicação com a equipe de saúde, crédito dado ao sistema de saúde, graus de instrução, emprego, renda e seguridade social” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160, grifo meu).

Voltando à narrativa **Sou cubana, mas sei falar “bom dia” em português**, compreendo que o primeiro contato que Jorge teve com a APS foi comprometido, pois as informações passadas pelo profissional de saúde não foram entendidas por ele. Infelizmente, nessa situação, a chamada porta de entrada do SUS se fechou para o paciente e o atendimento que ele precisava não foi concluído com sucesso. Em uma nova tentativa, o paciente, que esperava novamente pelo insucesso na comunicação, teve a porta da APS reaberta pela atitude tomada por Salamandra. A médica, falando lentamente, repetindo as prescrições, e se preocupando em saber se ele, de fato, estava entendendo o que estava sendo dito, fez com que o homem

compreendesse as informações e até se desculpasse pela forma com que a tratou inicialmente. O cuidado com a pessoa, por meio da língua, fez com que Jorge tivesse sua demanda atendida e também permitiu que ele voltasse a solicitar atendimentos posteriormente, sempre que necessário, como podemos ler na narrativa da médica *Lembro de ter atendido outras vezes esse paciente e notar que ele já estava com menos receio*. Esse fato me fez pensar que também outro atributo tenha sido alcançado, o da longitudinalidade.

O atributo da longitudinalidade se refere ao caráter longo do cuidado, um acompanhamento do paciente ao longo do tempo, mesmo que este acompanhamento não esteja relacionado exatamente ao problema ao qual levou o indivíduo a procurar a primeira ajuda (STARFIELD, 2002). Dessa forma, a longitudinalidade está voltada ao caráter interpessoal entre usuários e sua “fonte de atenção” (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 160). A longitudinalidade possui muitos benefícios, pois o “senso de confiança no médico pode deixar os pacientes mais confortáveis para relatar informações relevantes e a responder melhor às suas recomendações” (STARFIELD, 2002, p. 255), ao mesmo tempo que “os médicos envolvidos em atenção longitudinal podem ser mais sensíveis a informações relativamente sutis que ajudam a esclarecer a natureza do problema do paciente” (STARFIELD, 2002, p. 255). Para mim, as estratégias de repetição constante das prescrições, a maneira vagarosa de falar, a busca pela relação direta com o paciente (sem mediação de outras pessoas) e a atenção aos aspectos corporais e extralinguísticos manifestados pelos pacientes representam o esforço de Fredery e Salamandra para ajudar aqueles que procuravam serviços de saúde. Cheguei a perguntar aos médicos, em nossas conversas, se os pacientes voltaram a fazer outras consultas e eles me disseram que sim, que conseguiram, na maior parte das vezes, conquistar a confiança da comunidade em que trabalharam.

Ainda nesse sentido de acessibilidade, atenção ao primeiro contato e longitudinalidade, apresento a narrativa a seguir de Fredery que, para mim, também estabelece um espaço de confiança entre ele e o paciente.

### ***Não julgue um médico pela sua nacionalidade***

*Em mais um dia de trabalho na UBS, instalado no consultório, chamei seu João, um idoso, que entrou na sala acompanhado de sua filha. Convidei-os para*



*sentar, cumprimentei ambos, contudo me voltei para seu João e perguntei o que o levava à consulta. Ele me respondeu que estava com tosse e dor nas costas. Percebi que o paciente não falava diretamente para mim, mas sim para sua filha que reproduziu a fala de seu pai. Mais uma vez, dirigi o olhar para o idoso e perguntei quando os sintomas começaram a acontecer. Ele me respondeu que há 15 dias, novamente olhando para a filha, que repetiu o conteúdo do que ele dizia para mim. Eu interrompi a anamnese e perguntei por que ele não respondia às perguntas diretamente para mim. Finalmente o homem me encara e diz que não falava a minha língua. Quando o questionei se a filha dele falava meu idioma, ele respondeu negativamente, mas que, apesar de não saber falar, acreditava que eu a compreenderia melhor do que se ele falasse.*

*Nesse momento, entendi a presença da filha de seu João na consulta: ela seria a tradutora. O paciente, antes mesmo de me conhecer, mas sabendo que eu era cubano, antecipou suas conclusões e deu como certo que eu não o entenderia. Antes de continuarmos, alertei o homem da importância do próprio paciente relatar seus sintomas, pois, ninguém melhor do que ele para explicar sua dor. Além disso, disse que falaria devagar e repetiria as prescrições quantas vezes fossem necessárias para que ele saísse de lá sem dúvidas. Também solicitei que ele falasse lentamente ou que repetisse alguma palavra no caso de eu não entender. Dali em diante, pudemos continuar nossa interação sem a mediação da filha.*

Nessa história, consigo ver que Fredery toma uma atitude diferente daquela tomada com o idoso Geraldo na narrativa **Trabalho em equipe**, que apresentei no Capítulo 3 desta tese. Fredery dispensou a ajuda da filha de seu João, talvez porque já se sentisse um pouco mais confiante para interagir na consulta sem a mediação de alguém. O médico foi criando uma relação com o paciente e construindo um lugar seguro para que seu João pudesse falar por si sobre suas dores, a partir da utilização das estratégias de falar devagar, repetir as frases, chamar a atenção do paciente para si. O termo lugar seguro a que me refiro foi utilizado por Clandinin e Connelly (1995) para designar lugares em que os professores e alunos se sentiam seguros para viverem suas histórias sem julgamento de outras pessoas que compõem o espaço escolar, como direção, coordenação ou mesmo outros professores. Utilizo o mesmo conceito neste trecho do trabalho para dizer que Fredery estava construindo um lugar, no ambiente do

consultório, em que ele e seu João se arriscariam nas palavras, se lançariam sem medo dos julgamentos ou de desentendimentos, lugar em que poderiam dizer aquilo que precisavam dizer e repetir quantas vezes fosse preciso. Logo, a sensação de se estar em um lugar seguro é muito importante em uma consulta médica, espaço em que estamos muitas vezes vulneráveis e sensíveis, e é primordial para a criação e o estabelecimento de vínculos. Saber que estamos seguros, que podemos confessar o que nos aflige e o que nos causa dor com alguém que vai se esforçar para nos entender e para ser entendido cria o vínculo entre médico e paciente. Essa forma de proceder, a meu ver, se alinha aos princípios de humanização do cuidado, preconizados na APS, além de se relacionar com os atributos da acessibilidade e atenção ao primeiro contato e a longitudinalidade.

Salamandra também narrou uma história que viveu com uma paciente idosa, mas que apresentou uma dificuldade diferente daquela vivida pelo senhor João, paciente de Fredery. A seguir, apresento-a.

### ***O desafio profissional pode ser maior que o idioma***

*Em um de meus atendimentos, lembro de ter chamado uma velhinha de nome Gorete. Como de costume, comecei a consulta perguntando como ela estava se sentindo naquele dia e verifiquei seu prontuário. Na resposta, a senhora apenas balançou a cabeça. Novamente perguntei como ela estava, mas, dessa vez usei as frases: a senhora se sente bem? Está bem? (e fiz um sinal com o polegar levantado). Ela respondeu falando que sim, que estava bem.*

*Em seguida, passei para o exame físico da paciente. Solicitei que ela respirasse fundo para fazer a ausculta de seu coração. Ela, por outro lado, pareceu não entender e me olhou como se seu rosto tivesse desenhado um ponto de interrogação. Percebi que a idosa não entendia o que eu falava. Fiz, então, um exemplo para ela visualizar como eu queria que ela fizesse e a senhora repetiu. Continuei usando essa forma para pedir-lhe as coisas: eu primeiro fazia o que eu precisava que ela fizesse e, em seguida, dona Gorete repetia e, assim, seguimos.*

*No momento da receita médica, escrevi com letras grandes e bem legíveis. Depois, virei a folha para mostrar para dona Gorete e li o que eu havia prescrito. A senhora só balançava a cabeça e, quando eu perguntava se ela tinha entendido, ela*

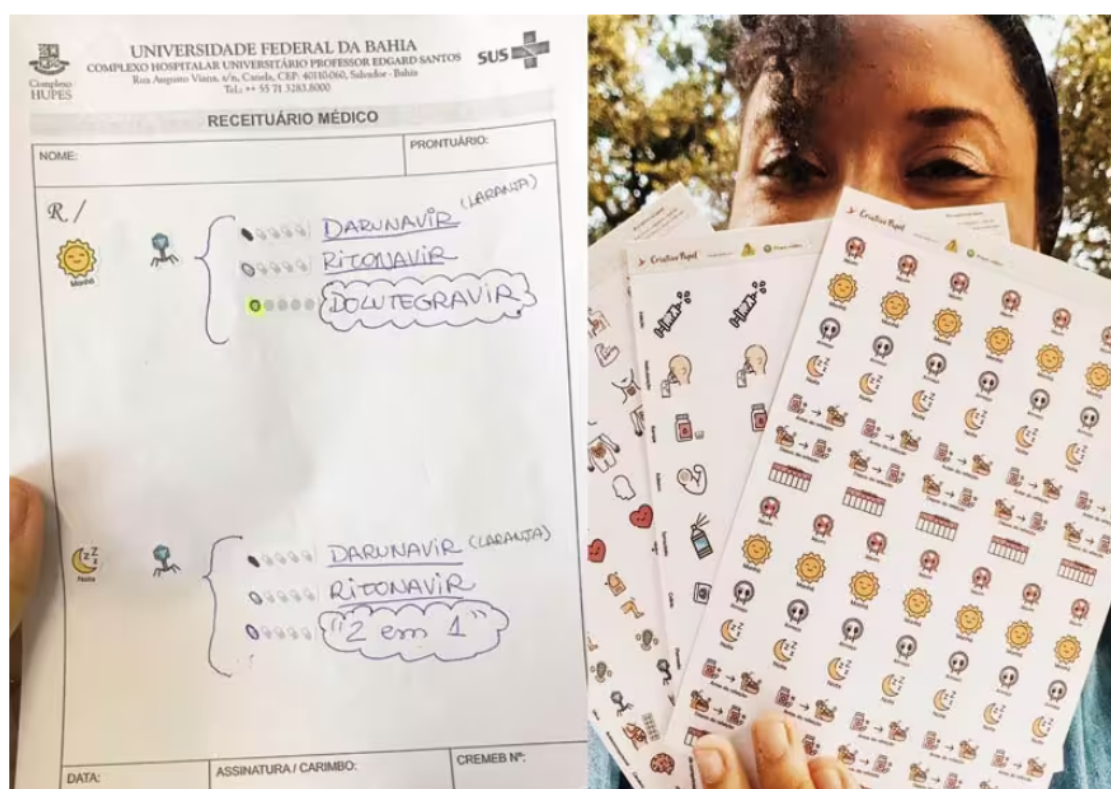
*dizia que sim. Contudo, não fiquei convencida de que ela realmente estava entendendo. Quando insisti na pergunta, dona Gorete, então, me revelou que era analfabeta. Não adiantaria eu escrever com letras grandes e legíveis se a idosa não conseguiria ler. Tive que mudar de estratégia.*

*Em Cuba, a taxa de analfabetismo é quase nula. Lembro pouquíssimo de ter atendido uma pessoa analfabeta lá. No entanto, no curso que fizemos em Cuba, o doutor brasileiro já havia nos alertado que, no Brasil, encontraríamos muitos pacientes no SUS que não sabiam ler e escrever. Ele nos disse que costumava fazer desenhos de sol e de lua para sinalizar qual medicamento deveria ser ingerido de dia e de noite. Usei essa estratégia com dona Gorete. Reescrevi a receita, utilizando desenhos: escrevi o nome do remédio, na frente dele coloquei um palitinho e, depois desse, desenhei um sol. Expliquei para a idosa que aquele palitinho significava que ela deveria tomar um comprimido daquele remédio de manhã. Quando eu desenhei dois palitinhos e uma lua, expliquei que ela deveria tomar dois comprimidos daquele outro remédio à noite, antes de dormir. Senti que, daquela forma, a idosa estava compreendendo realmente o que deveria fazer. Eu nunca quis que um paciente atendido por mim saísse da consulta sem entender.*

Ouvindo essa narrativa de Salamandra, busquei na internet modelos de receitas que médicos brasileiros criavam para atender pacientes que não sabiam ler. Encontrei uma reportagem em que “duas médicas da Bahia criaram adesivos para receitas médicas para que os pacientes entendessem melhor qual, como e quando tomar seu remédio” (OLIVEIRA, 2019). A reportagem apresenta duas fotos, dispostas uma ao lado da outra. Na primeira foto, há uma receita médica em papel, cujo cabeçalho tem escrito “Universidade Federal da Bahia”; outras informações sobre o endereço do hospital também são colocadas nesse cabeçalho. À direita superior da receita, há o símbolo do SUS e, à esquerda superior, o símbolo do complexo hospitalar ao qual a receita pertence. Abaixo do cabeçalho, há o título “Receituário Médico” e, abaixo dele “Nome” e “Prontuário”, ambos com espaço para preenchimento dos dados do paciente. No campo abaixo, destinado à escrita dos medicamentos, consta a inscrição “R./”. Logo abaixo, está um adesivo de um sol e, em sua frente, um adesivo do que acredito ser um tipo de vírus ou bactéria que o remédio estará combatendo. Em seguida, ainda na frente, constam adesivos com formato de pílulas de remédio (a quantidade que deve ser tomada está pintada, ou

seja, apesar de constarem cinco pílulas, apenas um comprimido está pintado, logo, apenas uma pílula deve ser ingerida), seguido do nome do remédio. São três os remédios a serem tomados: Darunavir, Ritonavir e Dolutegravir. Outra figura semelhante se encontra a seguir; a diferença é que, em vez de um adesivo de sol, está um adesivo de lua e no lugar do Dolutegravir está escrito “2 em 1”. Na foto ao lado, está uma das médicas segurando os adesivos que criou junto com sua amiga, também médica. Apenas seus olhos e dedos aparecem na imagem.

**Figura 4:** Fotos de adesivos criados para utilizar em receitas médicas com pacientes que não sabem ler



**Fonte:** Oliveira, 2019.

Essa imagem me ajudou a compreender aquilo que Salamandra fez no momento em que descobriu que a paciente não sabia ler. O atributo da integralidade “exige que a atenção primária reconheça, adequadamente, a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las” (STARFIELD, 2002, p. 314). No meu entendimento, a integralidade abrange o indivíduo em sua totalidade biopsicossocial. Starfield (2002), em sua obra que é referência nos estudos sobre atenção primária, apresenta a história de Alisa,

uma criança de quatro anos com crescimento e desenvolvimento tidos como normais para os padrões. No último ano, a criança vinha apresentando um quadro de otite média aguda que não melhorava, mesmo realizando o tratamento considerado adequado. Na reunião mensal sobre as discussões de casos, a equipe de saúde decidiu que uma visita domiciliar deveria ser realizada na casa de Alisa, uma vez que a criança não tinha comparecido a várias consultas, sem que sua mãe ligasse para cancelá-las ou remarcar-las. A seguir, apresento um trecho da história

A família vive num prédio de apartamentos em um bairro de baixa renda. O prédio tem um elevador, mas os corredores são escuros. O apartamento da família, entretanto, é iluminado e bem arrumado. Quando a Dra. S. tocou a campainha, foi afetosamente recebida pela Sra. M. e seus três filhos, que não tinham ido à escola naquele dia. Ao longo da discussão sobre a família e seus problemas de saúde, a Dra. S. perguntou onde as crianças dormiam e a Sra. M. se ofereceu para mostrar-lhe o apartamento. Quando se sentaram na sala para tomar o café preparado pela Sra. M, a Dr. S. notou uma porta fechada na entrada da sala e perguntou que quarto era aquele. A Sra. M. ofereceu-se para mostrar-lhe e abriu a porta. Sentada no canto estava uma velhinha de cabelos brancos balançando-se para frente e para trás e falando sozinha. Poucos minutos de observação convenceram a Dra. S. de que a mulher, avó materna, estava em franca alucinação. A intervenção posterior do serviço social resultou numa internação adequada da avó. O problema do ouvido de Alisa, que persistia porque a Sra. M. estava distraída com a esquizofrenia da própria mãe e conseqüentemente incapaz de centrar-se no tratamento prescrito, foi resolvido. (STARFIELD, 2002, pp. 313-314, com adaptações.)

A paciente estava envolvida em uma situação maior e mais complexa que sua otite. Se a dra. S. não tivesse observado o contexto, as condições e as pessoas envolvidas na vida de Alisa, provavelmente não teria conseguido ajudar a menina e seu quadro poderia ser agravado. Na narrativa, **O desafio pode ser maior que o idioma**, compreendo que o mesmo olhar integral que teve a dra. S foi empregado por Salamandra ao perceber que a paciente poderia não estar entendendo suas prescrições. Na insistência em querer saber se dona Gorete realmente estava entendendo a receita, veio a resposta de que a paciente não sabia ler. Se esse cuidado integral não tivesse sido tomado, a idosa poderia ter ingerido de forma equivocada o remédio e o efeito desejado não teria sido alcançado. Para Souza (2011, p. 19), o “tratamento integral do usuário e seu entorno [...] requer a construção de uma terapêutica humanitária que seja capaz de acolher o outro no que ele realmente precisa, [...] que atenda o indivíduo em suas necessidades específicas”. Entendo que, nas narrativas contadas, os médicos buscaram um tratamento humanizado, o estabelecimento de vínculo, a criação de um lugar seguro

e, por mais que a língua pudesse ser um empecilho, o empenho para se comunicar com os pacientes e conseguir ajudá-los é uma marca que consigo identificar nas narrativas dos participantes. Ademais, compreendo que essa forma de conduzir as consultas se relaciona com a formação médica desenvolvida em Cuba. Para Santos e Melo (2018), o país caribenho tem uma tradição de formação profissional voltada para a Atenção Primária em Saúde e estrutura seus serviços em torno do cuidado às famílias. Entendo que, mesmo com o medo e as inseguranças que os médicos tinham com relação ao idioma e como seria interagir com os pacientes em português, como podemos ver principalmente nas histórias **Chegada à terra prometida** e **Viajando nas palavras**, localizadas no Capítulo 2, vejo que outros conhecimentos foram utilizados no processo comunicativo.

Compreendo que outros elementos que constituem a linguagem mediarão a relação médico-paciente, ou seja, os médicos estavam atentos ao idioma, mas também à paisagem em que estavam inseridos, o que, no meu entendimento, contribuiu para que a comunicação fosse sendo estabelecida de forma eficiente. A estrutura da língua estava sendo aprendida desde o momento do curso em Cuba, mas foi nas interações com as pessoas que outros componentes começaram a se fazer presente mais fortemente. Para SILVA (2019, p. 92)

A linguagem não verbal é muito importante entre países de idiomas diferentes, entre povos com culturas diferentes por permitir uma compreensão da mensagem ainda que na ausência de palavras: um sorriso é sempre um sorriso, o choro é sempre choro, a arrogância é sempre arrogância, o nervosismo passado através de gestos como o suor nas mãos, dores nas partes do corpo e, assim por diante, passam a mensagem, não importando muito a língua. A linguagem não verbal é tão forte que um gesto, um desenho pode dizer mais que muitas palavras. (SILVA, 2019, p. 92)

Apenas dominar o código e regras da língua não garante que a comunicação seja estabelecida. Isso não significa que devemos agora parar de usar a língua e nos comunicar apenas por gestos. O que quero dizer é que outros elementos estão envolvidos no processo de comunicação e saber o vocabulário, a gramática da língua é apenas um desses elementos. Ao pensar que os médicos não conseguiriam atender os pacientes porque não sabiam a língua, eu não estava considerando outros fatores que envolvem a comunicação. Ouvindo a forma de conduzir as consultas, considerei que o conceito de competência comunicativa

poderia me auxiliar a compreender como os médicos iam se tornando cada vez mais competentes comunicativamente falando.

Retomando as perguntas que fiz (como desenvolver o diálogo entre partes que não falam o mesmo idioma? Como ter respostas mais efetivas no tratamento de doenças se os pacientes não entendem aquilo que os médicos dizem?) entendo que, para a comunicação, vários elementos estão imbricados.

O primeiro teórico a falar sobre competência comunicativa (CC) foi o antropólogo Hymes (1971), em uma palestra para pais de crianças com deficiência, em 1971. Discordando das ideias de Chomsky (1959), que concentrava seus estudos linguísticos no código da língua e em um falante tido com ideal, desconsiderando os aspectos contextuais e socioculturais, Hymes (1971) criou “um conceito complexo e abarcador [...], o de CC, termo que descreve a competência como algo que abrange muito mais que o mero conhecimento de regras gramaticais e sua aplicação de maneira descontextualizada” (FERNANDES; ARAÚJO, 2018, p. 893). Para Hymes (1971), a interação entre os falantes e o contexto social são aspectos essenciais para o desenvolvimento da competência comunicativa, pois essa competência “nos possibilita transmitir e interpretar mensagens e de negociar significados interpessoalmente dentro de contextos específicos” (ALMEIDA FILHO; FRANCO, 2009, p. 6). Dessa forma, Hymes (1971) dividiu a CC em competência linguística, relacionada ao conhecimento de regras linguísticas, gramaticais; e a competência sociolinguística, voltada para os aspectos sociais, contextuais e de uso da língua.

As discussões iniciadas por Dell Hymes (1971) geraram muitos desdobramentos e fomentaram a discussão a respeito do ensino comunicativo de línguas, cuja repercussão se mostra ainda nos dias atuais. Ao longo dos anos, pesquisadores contribuem com modelos que detalham e tornam mais concreto o conceito criado por Hymes.

Em 1980, Canale e Swain desenvolveram um arcabouço teórico da CC no âmbito da abordagem comunicativa de ensino de língua. Concordando com Hymes, os autores entendiam que a comunicação seria permeada por situações imprevisíveis, criativas, além de contextual e socioculturalmente situadas (CANALE; SWAIN, 1980). No modelo proposto por eles, os autores consideram que três componentes principais caracterizam a competência comunicativa: a competência

gramatical e a sociolinguística, como já afirmava Hymes (1971); além da competência estratégica.

Na competência gramatical, o falante domina os códigos da língua, seja ele verbal ou não verbal, conhece os termos lexicais e regras morfológicas e sintáticas. Por sua vez, na competência sociolinguística, é preciso entender o contexto social e cultural que perpassa a língua para interpretar os discursos. Por fim, a competência estratégica está relacionada às estratégias comunicativas, verbais e não verbais, utilizadas para suprir a falta de conhecimento na língua no processo de interação.

Posteriormente, em 1983, Canale adicionou às três outras competências que elaborou com Swain (1980) a competência discursiva, definida como a capacidade de relacionar as formas gramaticais com o objetivo de elaborar um texto único e que atenda aos fatores de coesão e coerência.

Todo esse arcabouço elaborado por Canale e Swain (1980; 1983) além de refletir, discutir e ampliar o primeiro conceito de competência comunicativa abordado por Hymes, teve também como objetivo empregá-lo para o ensino de línguas e para a avaliação de rendimento e proficiência de língua.

Nessa perspectiva, entendendo que as teorias sobre testes de proficiência não eram mais efetivas para atestar o desempenho numa língua, Bachman (1990) utilizou-se do conceito de CC para avançar na área de avaliação de proficiência. O autor concordou com seus predecessores em muitos pontos. Para Fernandes e Araújo (2018), Bachman (1990) “adiciona às ideias de subcompetências, já traçadas por Canale e Swain (1980), a chamada competência ilocucionária, que consiste no uso da língua para expressar e entender suas várias funções de linguagem” (p. 897).

Celce-Murcia (2008) sugeriu novas formas de pensar o conceito de CC. A autora apresentou um modelo inicial do conceito nos anos 90, mas, em 2008, atualizou o antigo modelo. A autora reconheceu as contribuições de Canale e Swain (1980) para o conceito de CC, mas fez uma proposta que caracterizaria a CC com as seguintes competências: linguística, sociocultural, discursiva, formulaica e interacional. As duas últimas competências inovam o modelo de Celce-Murcia (2008). A competência formulaica refere-se aos sistemas “fixos e pré-fabricados de pedaços de linguagem que os falantes usam intensamente nas interações cotidianas” (CELCE-MURCIA, 2008, p. 48, tradução minha), como o “bom-dia”, “como vai?”. No original: “*fixed and prefabricated chunks of language that speakers use heavily in everyday interactions.*” (CELCE-MURCIA, 2008, p. 48). Já a



competência interacional é um componente prático e está presente nos “atos e conjuntos de atos de fala na língua-alvo envolvendo interações como trocas de informações, trocas interpessoais, expressão de opiniões e sentimentos, problemas [...]” e também abrange o conhecimento a respeito do turnos de fala, ou seja, a compreensão de quando se deve começar ou encerrar uma conversa, como mudar de tópico ou mesmo interrompê-lo etc.

No contexto brasileiro, Almeida Filho (2009), coordenador do projeto “Pró-Formação (Análise e Formação de Professores e Alunos de Língua(s) via Abordagem e Competências)”, na Universidade de Brasília, juntamente com colaboradores, “criou um arcabouço com características próprias de CC, com o intuito de operacionalizar o uso desse importante construto” (ALMEIDA FILHO; FRANCO, 2009, p. 12). Assim, no intuito de aperfeiçoar e contribuir para as discussões do conceito de CC contemplado nos modelos anteriores, o professor propõe um arcabouço que busca esclarecer melhor o processo de aprendizagem/aquisição e ensino de línguas. Em 2015, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade de Brasília (PGLA), foi desenvolvido um trabalho pelos estudantes da disciplina Competência Comunicativa, ministrada pelo professor Almeida Filho, com o intuito de representar sinteticamente os elementos que formam a CC. A seguir, apresento a figura:

**Figura 5:** Representação do conceito de Competência Comunicativa



**Fonte:** Relatório de pesquisa do Grupo Competência Comunicativa em Movimento/UnB/ junho de 2015

A figura apresenta, em seu centro, um triângulo cujos lados são nomeados pelas três competências-base: a linguística, a interacional e a estratégica. A *competência linguística* (localizada do lado esquerdo do triângulo) é caracterizada pelo conhecimento das regras gramaticais da língua. A partir dela, origina-se outra subcompetência, a *metalinguística* (projetada à esquerda superior da figura), que é o conhecimento e habilidades para nomear as regras linguísticas de forma explícita e consciente.

Do lado direito do triângulo, está a *competência interacional*, entendida como a aptidão para estabelecer a comunicação com outros de forma verbal ou escrita. Novamente, há uma divisão dessa subcompetência, projetada à direita superior do triângulo, chamada de *discursivo-textual*. Essa subcompetência diz respeito à capacidade de construir, a partir das formas gramaticais e de seus sentidos, um texto, oral ou escrito, unificado que promova efeito comunicativo.

A *competência estratégica*, que compõe o terceiro lado do triângulo, subdivide-se em formulaica (inferior à esquerda) e lúdico-estética (inferior à direita). A primeira refere-se à capacidade de utilização de padrões presentes na estrutura linguística a fim de manter o fluxo da comunicação ou mesmo para se ajustar às normas socioculturais; a segunda é a “capacidade de relacionar a aquisição da língua com a produção de um discurso sedutor e atraente capaz de manter o fluxo comunicativo da mesma forma que o compensa quando faltam recursos linguísticos” (ALMEIDA FILHO; FRANCO, 2009, p. 13).

É digno de nota que todas as subcompetências derivadas das competências-base apresentam também as competências metacomunicativas, ou seja, a metacomunicativa discursivo textual, a formulaica e a lúdico-estética. Para Fernandes e Araújo (2018, p.898), elas “foram criadas com o intuito de demonstrar que também há explicitação de conhecimento em cada uma das subcompetências comunicativas as quais elas estão relacionadas”.

A meu ver, as discussões que envolveram o conceito de competência comunicativa contribuíram para a compreensão do fenômeno da comunicação por meio da língua. Dizer que alguém não consegue se comunicar por não saber a estrutura e o vocabulário de uma língua é restringir outros aspectos que envolvem o processo comunicativo. Por outro lado, conhecer o código de determinado idioma faz parte do aprendizado e pode permitir que a interação se faça de maneira mais

efetiva. Fernandes e Araújo (2018, p. 893) afirmam que “ A CC é a base para a aquisição de uma língua estrangeira (LE). É por meio dela que o aprendiz adquire a língua e desenvolve a capacidade de interagir em situações reais de uso, em diferentes contextos socioculturais”.

Não é a intenção deste estudo identificar, na fala dos participantes, cada competência descrita nos modelos apresentados, pois foge do escopo deste trabalho. Contudo, a partir das narrativas, é possível compreender que algumas competências foram desenvolvidas e mobilizadas no processo de interação entre os médicos cubanos e pacientes.

Entendo, por exemplo, que a competência estratégica foi bastante utilizada pelos médicos. Falar lentamente, repetir palavras, chamar a atenção dos pacientes para si mesmo foram estratégias desenvolvidas para estabelecer o entendimento nas consultas e para suprir inicialmente a falta de conhecimento na língua no processo de interação. Conversando com Fredery, o médico disse utilizar estratégias de comunicação ainda hoje para falar com os pacientes: *Eu falo só... eu faço um “eh...”, é como um som. Eu faço um “eh...”, “ooh”. Algo assim. Utilizo uma primeira letra para criar a chamada de atenção à pessoa e depois faço a pergunta. Ou falo, por exemplo, “o, o, o, o senhor tem quantos anos?”, por exemplo.*

Segundo ele, essa tática ajuda a chamar a atenção do paciente que pode entrar disperso no consultório, usando o celular, por exemplo. Ele notou que essa distração poderia comprometer a concentração no ato comunicativo e o paciente atribuir a falta de compreensão ao fato de ele ser cubano. Considerei essa percepção refinada, observação de quem analisa o que está ao seu redor.

Essa sensibilidade de analisar o contexto também me chamou a atenção na história **O desafio pode ser maior que o idioma**, narrada por Salamandra. Quando criei o título para a história narrada por Salamandra, compreendi que a experiência vivida por ela envolvia elementos do idioma, mas também ia além de aspectos linguísticos. Entendo que, a subcompetência discursivo-textual, parte integrante da competência interacional, foi mobilizada. Salamandra elaborou uma receita médica com coerência em um gênero não verbal, de forma que a paciente, que não sabia ler, pudesse compreender a mensagem. No entanto, a forma como Salamandra percebeu que sua paciente não estava compreendendo o que estava sendo dito, para mim, mostra o quanto a médica estava sendo sensível e preocupada com o contexto em que estava inserida. Desde a experiência que viveu na história **Uma**

**mão amiga**, narrada no Capítulo 3, Salamandra percebeu que precisava estar atenta aos gestos e ao comportamento dos pacientes para perceber se estava sendo compreendida, mesmo que não houvesse manifestação expressa. Para mim, isso revela a presença da força ilocucionária, apontada por Bachman (1990). Apesar de o autor considerar que a força ilocucionária diz respeito ao uso da língua para expressar e entender suas várias funções de linguagem, entendo que também podemos expressar nossos pensamentos de maneira não verbal. Quando estamos em uma sala fechada e dizemos para alguém que está perto de uma janela que o ambiente está quente, nossa intenção é que a pessoa abra a janela. Contudo, essa mesma mensagem pode ser transmitida se começarmos a nos abanar, em vez de falarmos algo. Compreendo que, para ter essa percepção, é preciso olhar a comunicação de forma ampla, considerando o contexto e os agentes envolvidos, além de entender os aspectos culturais presentes na dinâmica da interação. Na narrativa a seguir, contada por Fredery, entendo que a competência ilocucionária do médico também foi desenvolvida durante uma consulta com uma adolescente que precisava de cuidados de saúde, mas que não se envolvia no processo de investigação do problema.

### ***Preciso que você me ajude a te ajudar***

*Após seis anos no Brasil, eu ainda passo por algumas questões relacionadas à comunicação com os pacientes. Recentemente, chegou para a consulta uma adolescente, chamada Giovana, acompanhada de sua mãe, dona Vera, com um possível problema hormonal. Quando comecei a anamnese, a adolescente não falava absolutamente nada; era sua mãe que respondia por ela, a jovem só me olhava. Por debaixo da máscara, eu via que parecia que a garota estava fazendo chacota de mim, não sei. Por debaixo da máscara, Giovana estava em outra história, mexia no celular, parecia até que não era por ela que aquela consulta estava acontecendo.*

*Ainda no processo de investigação do caso, perguntei como estava se dando o ciclo menstrual da adolescente e a mãe, novamente respondendo pela filha, me deu uma resposta vaga. Em outra pergunta que fiz, vi que Giovana balançou negativamente ao ouvir a resposta dada pela mãe. Incomodado com a situação, passei a agir de outra forma: primeiro, cortei a fala de dona Vera. Disse que ela não*

*estava me fornecendo as informações necessárias para entender o que estava acontecendo. Em seguida, chamei a atenção de Giovana, frisando que era com ela que eu queria falar, já que a queixa partiu dela. A garota ainda olhou para a mãe com uma cara de deboche, com aquela típica risadinha de quem está zombando, de que não está levando a sério o que está acontecendo. Depois acrescentou que não estava entendendo nada do que eu estava falando. Eu imediatamente retruquei e disse que eu a estava entendendo, mas que, caso ela não me entendesse, eu iria repetir um milhão de vezes até ela me entender. Expliquei que eu não poderia orientá-la, dar seu diagnóstico e tomar uma conduta correta se ela não colaborasse.*

*Dona Vera fechou a cara, cruzou os ombros e se atirou para o encosto da cadeira. Eu ignorei essa linguagem corporal, esse desrespeito dela refletido em seu corpo e continuei a consulta. Elas não haviam ido procurar minha ajuda? Então, eu ia ajudar. Nós tentaríamos nos comunicar até conseguir nos entender. Apesar daquele problema de indisciplina enorme e da má vontade daquela adolescente, no final, eu consegui ajudá-la.*

Compreendo que há muitos elementos a serem discutidos nessa narrativa. O primeiro deles é a respeito da postura de Giovana. Provavelmente, a garota não queria estar ali, falando sobre aquele assunto, junto de sua mãe e com um homem que ela não conhecia. Por outro lado, a garota disse que não estava entendendo o que o médico estava falando, como se a língua fosse o motivo de ela não estar interagindo. Contudo, isso também poderia ser uma desculpa para não se envolver em um assunto embaraçoso para ela. Entendo que essa pode ser uma história de constrangimento por parte da paciente.

No que diz respeito à dona Vera, mãe da adolescente, entendo que sua postura não é diferente da encontrada em muitos consultórios. É comum, inclusive em contextos que envolvem médicos brasileiros, pais acompanharem seus filhos nas consultas, sobretudo quando se trata de crianças. Preocupada com a filha, dona Vera tomou o turno da fala e começou a explicar a situação, mesmo que não soubesse detalhes. Sua expressão corporal após a interrupção de Fredery poderia existir mesmo diante de um médico brasileiro. Em outras palavras, compreendo que o fato de o médico ser cubano pode não ter influenciado diretamente a atitude da mulher ao falar pela sua filha.

Fredery precisou agir para tentar resolver aquela situação. Vejo ecoar aqui o conceito de Schön (1983) sobre profissional reflexivo e a reflexão-na-ação, conceitos discutidos no Capítulo 3. A condução de Fredery foi importante para que a consulta acontecesse de maneira satisfatória. É possível encontrar, nas palavras de Schön (1983), que o conhecimento profissional não abrange apenas o conhecimento acadêmico, mas encontra bases igualmente na experiência. Segundo ele, a experiência permite que se tome decisões acertadas e auxilia na resolução de problemas, além de possibilitar uma pronta identificação do que é necessário ser feito para conduzir situações não habituais. Esse conhecimento é desenvolvido na prática e ao longo do tempo. Além disso, o acúmulo de experiências e a ação competente permite que a aprendizagem aconteça (SCHÖN, 1983).

A estratégia de Fredery em silenciar a mãe e dirigir-se à filha para estabelecer com ela uma interação foi necessária para que ele pudesse ter as informações corretas e necessárias e, assim, proceder com as providências. Percebo também que, mais uma vez, o médico se lançou à linguagem e, para vencer o desafio de diferentes ordens, mas que se manifestava na língua, o médico se impôs. Ele agiu frente àquela situação e negociou com seus interlocutores, utilizando também da competência estratégica para mediar sua comunicação com Giovana. Dessa forma, o médico foi construindo seu próprio espaço e sua identidade e não se intimidou quando precisou organizar os turnos de fala para que ele pudesse ajudar, uma vez que mãe e filha foram ali para buscar uma solução para o problema.

As histórias que me narraram, as experiências pelas quais passaram e a partir das discussões que fui realizando posteriormente, entendo que Fredery e Salamandra desenvolveram a competência comunicativa em português. Eu também desejava saber a percepção que os próprios médicos tinham de si como falantes de português e, além disso, como compreendiam a relação entre eles e a comunidade atualmente, no que diz respeito à língua. Então, nos momentos finais da primeira conversa individual com os médicos, solicitei que eles analisassem suas habilidades de ler, falar, entender e escrever e escolhessem os adjetivos regular, bom ou excelente para caracterizá-las. No quadro a seguir, apresento a autopercepção dos médicos sobre o seu português.

**Quadro 4:** Autopercepção dos médicos sobre sua habilidades em português em 2022

	<b>Ler</b>	<b>Escrever</b>	<b>Falar</b>	<b>Ouvir</b>
<b>Fredery</b>	Excelente	Regular	Bom	Excelente
<b>Salamandra</b>	Excelente	Bom	Bom	Excelente

**Fonte:** autoria própria

A partir do quadro, podemos observar que os médicos reconhecem possuir diferentes características para as habilidades na língua. Fredery, por exemplo, define sua escrita como regular. Sobre isso, Silva (2019) afirma que o uso do português “é marcado pela presença de ‘erros’ gramaticais produzidos em quase todos os falantes de uma segunda língua, que não a aprenderam de modo formal” (p. 99). Em meu entendimento, essa afirmação é muito generalista e seria necessária uma investigação mais aprofundada a respeito do tema, com bases teóricas que auxiliassem na compreensão do fenômeno. Entendo que é possível identificar equívocos ortográficos, morfológicos e sintáticos na escrita daqueles que aprendem idiomas de maneira informal, porém, esses equívocos também podem ser encontrados naqueles que aprendem formalmente uma língua. O aprendizado é algo individual e singular; acredito ser perigoso o estabelecimento de um comportamento único que homogenize as pessoas.

Na narrativa **Uma mão amiga**, apresentada no Capítulo 3, Salamandra também apontou dificuldades para escrever o prontuário em português e recebeu o conselho de Dolores para redigir em espanhol. No entanto, pela autoavaliação da médica, no decorrer dos anos, sua habilidade escrita foi aperfeiçoada, atribuindo o adjetivo *bom* a ela.

Por outro lado, tanto Fredery quanto Salamandra se consideram excelentes para ler e ouvir; e, para falar, ambos se consideram bons. Ao ouvir essa autopercepção dos médicos sobre si, perguntei se eles acreditavam que a população também faria essa avaliação positiva deles com relação ao idioma. A seguir, apresento a resposta dos médicos à minha pergunta: *Hoje você acredita que você é compreendido(a) pelos brasileiros?*

**Fredery:** Sim, sim. Um por cento enorme. Me atreveria, se é para colocar uma porcentagem, eu diria que 90% e esse outro 10% eu forço para que me

entendam. Eu criando habilidades, como falamos anteriormente, eu crio, tento criar habilidades, eu falo mais devagar, falo, ou seja, troco palavras por outra. (Registro da conversa realizada em fevereiro de 2022)

**Salamandra:** Sim, porque eu acho que fluente, ou seja, minha perspectiva, eu acho que fluente é quando você consegue expressar o que sente, o que pensa e a outra pessoa é capaz de te entender. Eu acho que eu sou fluente. [...] eu acho que fluente é quando uma pessoa é capaz de falar tudo o que pensa e a outra pessoa entende o que tu está falando, porque você pode, você pode ser muito fluente e a outra pessoa [...] não entender nada que você tá falando. (Registro da conversa realizada em março de 2022 )

Uma fala de Salamandra me chamou a atenção, ainda sobre essa questão de sua autopercepção do português. A médica afirmou que, na maioria das vezes, as pessoas (os brasileiros) dizem que ela fala bem o português; falou até já ter sido confundida como alguém de Santa Catarina. Contudo, apesar de se mostrar feliz e orgulhosa com essa frase (a médica sorria para mim ao falar sobre os elogios que recebia), Salamandra disse não querer perder as características que a identificam como falante de espanhol. Compreendi que a médica estava querendo dizer que não queria perder seu sotaque. Para ela, isso significava sua essência. Ela não deseja esquecer o espanhol, esquecer de onde veio, não se envergonha disso; ela não deseja ser brasileira. A meu ver, com essas palavras a médica quis confirmar sua identidade cubana, marcada pela língua, pelo espanhol.

Os médicos, apesar de terem percepções positivas a respeito do português, nunca fizeram exame de proficiência na língua. Inicialmente, quando ainda eram cooperados, a aprovação no MAAv era suficiente para exercer a atividade laboral no Brasil. Apenas depois, quando decidiram ficar no país e revalidar seus diplomas médicos, os participantes descobriram que a Resolução CFM nº 2.216/2018 exigia “comprovação de proficiência na língua portuguesa como requisito para inscrição do profissional estrangeiro no Conselho Médico”. Em 2022, no entanto, a Resolução CFM nº 2.313/2022 revogou tal exigência, desobrigando a apresentação de exame de proficiência como requisito para revalidação de diploma médico. Durante a pesquisa, recebi a notícia de que Salamandra tinha sido aprovada no Revalida; Fredery, por sua vez, segue estudando para conseguir seu registro médico no Brasil.

Neste capítulo, apresentei e discuti narrativas dos participantes sobre alguns atendimentos nas UBS e como o fator linguístico influenciou as relações entre os médicos e os pacientes. Além disso, busquei compreender como foi para os participantes lidar com a língua em uso, como desenvolveram sua competência comunicativa e qual seu impacto no desenvolvimento do trabalho como médicos. No



capítulo a seguir, o fio narrativo que perpassa as histórias se volta para a língua como forma de manifestação de preconceito e discriminação.

## CAPÍTULO 5 - CRÔNICAS DE RESISTÊNCIA

Neste capítulo, apresento histórias que, para mim, estão associadas ao preconceito. Entendo que a palavra resistência, nome que dei às crônicas deste capítulo, refere-se à resistência da sociedade brasileira em relação aos médicos cubanos, mas também ao fato da persistência desses profissionais que, apesar das barreiras de diferentes ordens, resistiram e continuaram desempenhando seu trabalho. As duas primeiras crônicas são narradas por Fredery e contam experiências que o médico viveu com pacientes; já as três seguintes são de Salamandra, vivendo experiências com membros da equipe de trabalho na UBS.

### ***Acredita ou tem certeza?***

*Certo dia, chamei a senhora Cristina, uma paciente que aguardava atendimento. Quando entrou, pedi que se sentasse e realizei procedimentos iniciais: confirmei algumas informações que encontrei em seu prontuário e, em seguida, perguntei o motivo de estar procurando atendimento médico. A senhora me relatou seus sintomas e me respondeu há quanto tempo sentia aquilo. Após esse primeiro momento, pedi licença para examiná-la. Pedi que respirasse fundo para fazer a ausculta de seu coração, examinei seus olhos e ouvidos, solicitei que abrisse a boca e colocasse a língua para fora.*

*Quando finalizei esses e outros procedimentos que considerei pertinentes de serem feitos a partir da queixa da paciente, voltei para o meu assento e disse: - Bem, eu acredito que a senhora está com tal doença.*

*Ao ouvir minha resposta, dona Cristina franziu a testa e repetiu as palavras “eu acredito”, ditas por mim, mas em tom de interrogação.*

*Naquele momento, percebi que não era a palavra certa a se usar. A escolha do verbo acreditar foi baseada em um conselho dado no curso em Cuba por um professor de medicina brasileiro; ele disse que costumava utilizar a frase “eu acredito” para dar o diagnóstico do paciente. Contudo, percebi que falando daquela forma, parecia que não tinha certeza do que eu estava dizendo, mas eu tinha, sabia o diagnóstico dela. O fato de dizer “eu acredito” não transmitia a confiança necessária para aquela senhora. A partir daquele dia, troquei a palavra “eu*

*acredito” por “você tem”. Então, ao me dirigir ao paciente para dar o seu diagnóstico, passei a dizer “você tem tal coisa”.*

Ao ouvir a narrativa **Acredita ou tem certeza?**, indaguei-me sobre a posição do médico cubano na paisagem brasileira. O que levou a paciente a questionar o verbo utilizado pelo médico cubano? Será que o médico brasileiro que disse utilizar a expressão “eu acredito” viveu uma situação semelhante à de Fredery? Se um médico de nacionalidade distinta da cubana estivesse atendendo dona Cristina, a atitude da senhora seria a mesma?

Ao repetir a palavra em tom de pergunta, somada a uma expressão facial, a paciente não mostrou satisfação com a resposta que obteve do médico. Ela esperava mais; queria que ele a ajudasse em sua queixa, mas a palavra acreditar não lhe transmitia isso. Atento a essa questão, Fredery optou por trocar os verbos e, dali em diante, buscou usar a expressão “você tem tal doença”. Nesse ponto, visualizo os movimentos realizados por Fredery ao narrar sua experiência. O médico faz os movimentos retrospectivo, quando volta à experiência vivida, e o introspectivo quando entende que o verbo “acreditar” não havia sido bem acolhido pela paciente e decide mudar, em um movimento extrospectivo, e também prospectivo, sua forma de falar utilizando o verbo “ter” nas consultas posteriores. A meu ver, essa experiência foi educativa, construiu conhecimento e consigo visualizar o *continuum* experiencial de Dewey (1979).

Por outro lado, Fredery analisou também o perfil da comunidade que atendia e o contexto social em que estava inserido: ele era médico cubano em um país que estava vivendo um enorme debate sobre a presença dos profissionais de saúde que chegaram em missão. Vejo, portanto, o caráter interacional da experiência, mostrando que esta está situada em um lugar e envolve pessoas.

Para se adequar ao contexto daquela comunidade, a atitude de Fredery foi utilizar um verbo que costumava ouvir na UBS por outros profissionais brasileiros. Segundo o médico, era ele quem deveria se ajustar aos pacientes e não o contrário. Essa afirmação feita em um de nossos contatos mostra, para mim, o esforço para se adaptar e se inserir naquela comunidade. Mais uma vez, esse movimento de integração foi mediado pela língua. Resgato a concepção de Schön (1992), discutida no Capítulo 3, a respeito da reflexão sobre a reflexão-na-ação. Entendendo que o uso do verbo “acreditar” não havia sido bem recebido, Fredery

analisou a ação ocorrida e decidiu trocar a palavra por outra que pensou se adequar mais ao contexto.

Uma questão me chamou a atenção na narrativa **Acredita ou tem certeza?**. O que nós, como pacientes, esperamos dos médicos? Ao que parece, a paciente queria uma certeza em seu diagnóstico e ficou incomodada com a resposta do médico cubano. Muitos de nós esperamos uma certeza, uma verdade absoluta vinda do profissional de saúde. Não compreendemos que o trabalho do médico é investigativo: a partir dos elementos fornecidos e de uma hipótese diagnóstica aproximada, ele aponta uma possível direção a seguir. Nessa perspectiva, compreendo que o verbo “acreditar” seria bem mais apropriado ao contexto que o verbo “ter”.

A atitude da paciente também me fez pensar em uma forma de preconceito, o linguístico. Busquei no Glossário Ceale (disponível em: <https://www.ceale.fae.ufmg.br/glossarioceale/verbetes/preconceito-linguistico>) a definição do termo *preconceito linguístico* e encontrei a seguinte resposta:

[...] preconceito designa uma atitude prévia que assumimos diante de uma pessoa (ou de um grupo social), antes de interagirmos com ela ou de conhecê-la, uma atitude que, embora individual, reflete as ideias que circulam na sociedade e na cultura em que vivemos. Assim como uma pessoa pode sofrer preconceito por ser mulher, pobre, negra, indígena, homossexual, nordestina, deficiente física, estrangeira etc., também pode receber avaliações negativas por causa da língua que fala ou do modo como fala sua língua. O preconceito linguístico resulta da comparação indevida entre o modelo idealizado de língua que se apresenta nas gramáticas normativas e nos dicionários e os modos de falar reais das pessoas que vivem na sociedade, modos de falar que são muitos e bem diferentes entre si (grifo meu).

Entendo que Fredery sofreu preconceito não só na experiência com dona Cristina, mas também com outros pacientes, em narrativas apresentadas em capítulos anteriores. Na crônica **Não julgue o médico por sua nacionalidade**, narrada no Capítulo 4, por exemplo, seu João antecipou-se no julgamento de que não ia entender o médico cubano e chamou sua filha para mediar a consulta. Nesse último caso, o conceito de preconceito linguístico para mim fica mais associado à definição de desconhecimento do que de segregação. Diferentemente de dona Cristina que parece ter desconfiado do diagnóstico do médico por ele ser cubano e manifestou isso em sua fala.

Nos estudos desenvolvidos na área da Sociolinguística, é mais comum encontrar o conceito de preconceito linguístico associado às diferentes variedades

de uma mesma língua. A manifestação do preconceito linguístico pode ser vista a partir da crença de que só existe um português, aquele prescrito nas gramáticas normativas, dicionários e escolas, e que qualquer manifestação linguística que se desvie das regras pré-estabelecidas nos compêndios gramaticais é considerada incorreta, feia, esdrúxula (BAGNO, 2002).

Para o professor e pesquisador Marcos Bagno (2002, p. 43), uma referência no desenvolvimento de pesquisas na Sociolinguística no Brasil, “o problema não está naquilo que se fala, mas em quem fala o quê. Neste caso, o preconceito linguístico é decorrência de um preconceito social”. Fredery e Salamandra foram alvo de preconceito fundamentado por camadas da sociedade contrárias à vinda dos médicos cubanos para o Brasil e que visavam desqualificar esses profissionais. Tais atitudes preconceituosas influenciaram muito na relação entre médicos cubanos e pacientes brasileiros e a língua pode ter sido apenas um dos aspectos de manifestação dessa discriminação, uma vez que o preconceito linguístico também pode advir de um preconceito social (GNERRE, 1998). Ainda, para Calvet (2002, p. 65), “existe todo um conjunto de atitudes, de sentimentos dos falantes para com suas línguas para com aqueles que as utilizam, que torna superficial a análise da língua como simples instrumento”. Portanto, entendo que por trás da pergunta de dona Cristina se escondia um preconceito linguístico e social com relação a Fredery.

O preconceito linguístico tratado aqui aborda a discriminação sofrida por médicos cubanos no Brasil, tentando falar português. A discriminação sofrida pelos médicos pode estar relacionada à definição de xenofobia (nome dado a “aversão aos estrangeiros, ao que vem do estrangeiro ou ao que é estranho ou menos comum”<sup>2</sup>). Contudo, compreendo que, sob o escopo da xenofobia, se encontra o preconceito linguístico. Concordo com Silva (2019, p. 73) quando diz que “não se pode negar que a imigração dos ‘médicos cubanos’ para o Brasil, através do PMM, tenha gerado vários questionamentos, dentre eles o preconceito, que pode ir além da questão de raça e classe social: pode alcançar o linguístico”. No caso deste trabalho, entendo que Fredery sofreu preconceito por ser cubano e essa discriminação foi manifestada na língua. Compreendo que associar essa definição a

---

<sup>2</sup> "**xenofobia**", in Dicionário Priberam da Língua Portuguesa [em linha], 2008-2021. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/xenofobia>. Acesso em 23 de fev. 2023.

esse contexto amplia a discussão acerca do tema e pode contribuir para o combate a qualquer tipo de segregação. Esse pensamento faz ainda mais sentido se relacionarmos esse tipo de discriminação como decorrente de xenofobia.

Voltando à afirmação de Gnerre (1998), se a posição que os médicos cubanos ocupavam na sociedade brasileira não era de destaque, conseqüentemente a língua que falavam também seria alvo de preconceito. As narrativas contadas por Fredery e Salamandra revelam como a história de discriminação linguística se manifestou.

Camila Toledo Docena (2020) faz uma pertinente discussão no artigo *O preconceito linguístico com falantes não nativos do inglês: observação do personagem “Fez” em “That 70’s show*. A autora propõe analisar o preconceito sofrido por falantes de outras línguas a partir da observação de uma interação do personagem “Fez”, da série “That 70’s show”. A série, transmitida pela emissora FOX, acontece em meados dos anos de 1976 e 1979 e conta a rotina de um grupo de jovens em uma cidade fictícia do subúrbio dos Estados Unidos. O personagem em questão, Fez, não é estadunidense e sua primeira língua também não é o inglês. A trama que envolve o personagem gira, em grande parte das vezes, sobre o fato de ele não ser do país e ter traços de sua primeira língua ao falar inglês. Até o nome pelo qual é chamado, Fez, significa *Foreign Exchange Student*, pois seus colegas não conseguem pronunciar seu nome verdadeiro (a grafia do nome do personagem é com z, apesar de se referir à palavra em inglês *student*). Sua pronúncia com sotaque não impede que o processo de comunicação se estabeleça entre ele e os outros falantes. No entanto, as cenas com Fes costumam ressaltar suas variações linguísticas para produzir humor, mas também, como destaca Docena, o preconceito. Concordo com Cagliari (2020, p. 19) quando afirma que

O preconceito marca primeiro o interlocutor e, depois, busca nas peculiaridades de seu falar os traços distintivos que o tornam vulnerável à discriminação. Se alguém não gosta de pobre, é só ver em sua fala as variantes que apresenta, julgá-las fruto da ignorância e não de um uso diferenciado das estruturas linguísticas e, em seguida, passar tal julgamento dos elementos linguísticos para a pessoa do falante. A pobreza que não tinha nada a ver com a ignorância, através desse jogo preconceituoso de manipulação dos valores linguísticos, acaba sendo sinônimo de falta de cultura, de conhecimentos, de capacidade para seguir as regras do pensar lógico, enfim, da gramática (CAGLIARI, 2020, p. 19).

Nas histórias narradas pelos médicos participantes deste estudo, compreendi que o fato de serem cubanos, associado ao contexto político, social e

profissional que envolveu sua chegada ao Brasil, contribuiu para o preconceito social, linguístico e, por que não dizer, profissional.

Corroborando o preconceito, não o linguístico, mas o social e o profissional, está a atitude do paciente da narrativa **Colocando os conhecimentos à prova**, que apresento a seguir.

### ***Colocando os conhecimentos à prova***

*Em meu segundo posto de trabalho, no norte do país, percebi uma situação inédita das que eu já tinha vivido no Brasil. Conversando com umas das enfermeiras, soube que o paciente consultado por mim alguns dias antes tinha voltado à UBS solicitando outra consulta, mas com um médico diferente. Surpreso e preocupado, perguntei se o quadro dele havia piorado. Ela disse que não, o objetivo da pessoa era confirmar o diagnóstico e verificar se estava correto. Assim como eu, o médico brasileiro apresentou o mesmo diagnóstico que eu havia identificado e o mesmo tratamento que eu havia prescrito anteriormente.*

Por muitas vezes, reproduzi a ideia propagada por Holanda (1995) de que o povo brasileiro é muito hospitaleiro, sabe acolher bem as pessoas. No entanto, há algum tempo, venho reconsiderando essa afirmação e refletindo: somos, de fato, um povo cordial?

Segundo Mina e Lima (2018), citando Hall (2004),

a história da imigração no Brasil é marcada por momentos que apresentaram fenômenos que romperam com a tal noção de cordialidade local. Basta mencionar, por exemplo, os maus tratos aos trabalhadores imigrantes europeus, em especial aos suíços, alemães e italianos, nas fazendas de café do interior paulista em meados do século XIX; o desenvolvimento de conflitos, preconceitos e estereótipos anti-italianos na cidade de São Paulo nas primeiras décadas do século XX; e as medidas do governo Vargas em meio às políticas de nacionalização do Estado Novo a partir de 1938, as quais atingiram minorias étnicas como as comunidades italiana e japonesa, proibindo a circulação de jornais em línguas estrangeiras, dissolvendo associações vinculadas aos respectivos grupos, estabelecendo prisões, confiscos e bloqueios de bens (MINA e LIMA, 2018, p. 3).

Alguns autores também problematizam essa noção de afabilidade brasileira frente a outros povos afirmando que “conflitos de toda a ordem dilaceraram a história brasileira, étnicos, sociais, econômicos, religiosos, raciais, etc. O mais assinalável é que nunca são conflitos puros” (RIBEIRO, 2006, p. 52). Além disso, é

importante assinalar que o reforço dessa imagem cortês esconde problemas de classe e de raça presentes na sociedade brasileira, bem como cria uma ilusão sobre a verdadeira realidade encontrada no país (SOUZA, 2017).

Mina e Lima (2018) apresentam um estudo sobre a situação de venezuelanos no estado de Roraima, no período de 2015 a 2017, que aponta para uma configuração social xenófoba, que, por consequência, rompe com a ideia da cordialidade brasileira.

Compreendo que as narrativas de Fredery e Salamandra também apresentam o lado negativo dessa pretensa receptividade. No meu entendimento, a xenofobia manifestou-se sob diferentes faces: por meio do preconceito linguístico, social e profissional.

Fazendo uma retrospectiva do PMMB, podemos observar que em 2013, quando o governo da presidenta Dilma Rousseff anunciou o programa, a classe médica brasileira, por meio de suas entidades, posicionou-se contra, respondendo, inclusive, com manifestações de rua, que contou com a presença de médicos e estudantes de medicina por todo o país.

Esses protestos foram amplamente divulgados por veículos midiáticos, como a Agência Brasil, que há nove anos publicou a reportagem cujo título foi *Profissionais da saúde fazem protestos contra programa Mais Médicos*; a versão on-line da Veja (2013) também publicou a matéria *Médicos protestam contra programa Mais Médicos e vetos do Ato médico*. Em meio a esse debate entre governo e classe médica, estava a população que, necessitando de cuidados médicos, mas preocupada com as notícias divulgadas contra a vinda de profissionais cubanos, não sabia em quem acreditar.

Além disso, a qualificação desses profissionais também era muito questionada. Diversas notícias falsas foram divulgadas, sobretudo na internet, questionando a competência dos médicos cubanos. Jornais de grande circulação tentaram, de alguma maneira, desmentir tais notícias, como foi o caso do Estadão (2018) e do G1 (2018), que publicaram matérias sob os títulos *Boatos sobre o Mais Médicos atacam a formação de profissionais cubanos* e *É #FAKE que há apenas duas faculdades de medicina em Cuba que só formam 300 médicos por ano*, respectivamente.

Contribuindo para esse tipo de pensamento, em 18 de abril de 2022, o presidente da época, Jair Bolsonaro, durante evento de contratação dos primeiros



profissionais do Médicos pelo Brasil (programa que visou substituir o Mais Médicos), proferiu declarações que novamente desqualificavam o nível de conhecimento dos médicos cubanos. Segundo reportagem divulgada na versão on-line do jornal Correio Braziliense (SOARES, 2022), com o título *Bolsonaro ataca médicos cubanos: "Não sabiam nada de medicina"*, Bolsonaro desqualifica os médicos cubanos e a população brasileira de baixa renda quando afirma "O povo brasileiro, ao receber aqueles cubanos, sem saber que grande parte deles não tinha qualquer qualificação, mas ao tratar bem, eles ficavam satisfeitos.". Tal atitude reforça a descrença e insegurança de alguns brasileiros. Esse tipo de narrativa por parte de pessoas que representam uma instituição só fomentou na população oposição e a falta de vontade de ser atendida pelos médicos cubanos.

Não foi apenas a população a agir de forma preconceituosa com os médicos cubanos. Nas narrativas **Onde está seu atestado?**, **O que faço com a sua agenda?** e **O trabalho precisa ser de equipe**, também compreendo atitudes discriminatórias por parte da equipe de trabalho de Salamandra.

### ***Onde está seu atestado?***

*Em uma segunda-feira, acordei indisposta, não estava me sentindo nada bem de saúde. Liguei para a funcionária responsável pela organização da agenda dos médicos na UBS e avisei que não iria conseguir trabalhar. Ela anotou o recado e desligamos o telefone.*

*Na quinta-feira da mesma semana, encontrei o gestor da UBS no corredor. Ele me perguntou se eu tinha faltado mesmo na segunda e eu respondi que sim. Em seguida, solicitou que eu apresentasse o atestado junto ao setor de gestão de pessoas para justificar o dia não trabalhado.*

*Apesar de não estar bem naquele dia, não vi necessidade de ir a um médico. Eu mesma me mediquei e fiquei de repouso. Contudo, entendi que, pelos trâmites administrativos, precisamos apresentar atestado quando faltamos por motivo de saúde. Me dirigi à sala do doutor Adriano, médico brasileiro que atendia no consultório ao lado do meu, e perguntei se ele poderia fazer um atestado para mim. Adriano disse que não poderia, pois, naquela mesma segunda-feira, ele não tinha ido trabalhar também por problemas de saúde. Perguntei a ele como ia fazer para*

*conseguir o atestado e tal foi a minha surpresa: o gestor não tinha pedido atestado para ele. Agradei ao meu colega e voltei para meu consultório.*

*Fiquei triste e revoltada com aquela situação. Dentro da mesma UBS, existiam dois tipos de tratamento: um para mim, médica cubana, e outro para o doutor Adriano, médico brasileiro com CRM também brasileiro. Por que o gestor não pediu atestado para Adriano? Ambos não éramos médicos do mesmo lugar?*

*Mesmo não achando justa aquela situação, decidi guardar para mim aquele sentimento e não confrontar ninguém. Caso o gestor não gostasse da minha reclamação, eu poderia ser demitida e precisava muito daquele emprego. Para resolver aquele problema do atestado, entrei em contato com um colega e médico cubano, falei sobre meus sintomas e ele me fez um atestado.*

O gestor da UBS onde trabalhava a médica agiu de maneira distinta ao solicitar o atestado apenas para ela e não para o outro médico que também havia faltado. Segundo Salamandra, ela sentiu diferenças no tratamento de médicos brasileiros com CRM brasileiro e os médicos cubanos que não possuíam o registro. As entidades de classe que representam os médicos no Brasil (Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina, por exemplo) se opuseram veementemente ao PMMB. Uma das maiores críticas da categoria era a permissão dada pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde exercerem a medicina sem a devida certificação do diploma, chamado no Brasil de Revalida. A partir desse argumento, foi-se espalhando a ideia de que sem o Revalida seria impossível saber se o profissional cubano era, de fato, capaz de atender a população nas UBS, desconsiderando, assim, toda sua formação médica e internacionalista. A atitude do gestor mostra, para mim, a concordância com tais argumentos segregatórios. A partir dessa discussão, gostaria de deixar claro que meu posicionamento não se faz contra o exame de revalidação do diploma médico no Brasil, mas compreendo que houve um desmerecimento desses profissionais que foram legalmente contratados pelo estado brasileiro para atuarem em regime de urgência no SUS. Também esclareço que o posicionamento contrário ao PMMB não representou a totalidade dos médicos brasileiros: algumas entidades de classe, por meio de notas públicas, expuseram seu descontentamento frente à implantação do programa, mas não compreendem todos os integrantes das categorias.

A profissão médica no Brasil goza de muito prestígio. Em muitas universidades, o curso mais concorrido para ingressar no nível superior é medicina. Uma família que tem um integrante médico se orgulha em dizer aos outros que fulano é “doutor”. A própria referência à palavra “doutor” já eleva o patamar da profissão, uma vez que nem todos os médicos chamados de doutores possuem doutorado. No entanto, percebo que essa posição de prestígio não foi concedida aos médicos cubanos.

Athayde e Ocanto (2021), no artigo *O medo do “não-eu”: preconceito linguístico e transnacionalismo*, fazem uma reflexão sobre o preconceito que migrantes/refugiados sofrem no país de acolhimento. Os autores, que também são professores de português como língua de acolhimento, dizem que ouvem relatos tristes por parte dos alunos. Muitos dizem que, apesar de possuírem qualificação, enfrentam inúmeras dificuldades para se inserir no mercado de trabalho e que, muitas vezes, esses desafios estão relacionados a preconceitos étnico-raciais, nacionais e linguísticos. Já, quando se trata do desempenho no trabalho, os autores se questionam se a opinião de um profissional migrante negro é igualmente valorizada em detrimento da opinião de um branco. Ou se uma mulher migrante é ouvida em seu ambiente de trabalho como um homem é. Compreendo que história **Onde está seu atestado?** revela que o tratamento entre profissionais de outras nacionalidades pode ser, sim, diferente, fazendo coro aos depoimentos destacados pelos autores. Tratamento distinto também pode ocorrer com relação aos colegas de trabalho, como nos conta Salamandra nas duas narrativas a seguir.

### ***O que faço com a sua agenda?***

*Depois de muito tempo sem ver minha mãe, recebi sua visita no Brasil para ficar comigo por alguns meses. Eu estava de férias e pudemos ficar juntas, mas uma hora eu precisaria voltar para o trabalho.*

*Após uma semana de meu retorno, minha mãe teve uma crise. Ela tem uma doença psicológica crônica e, de vez em quando, precisa de acompanhamento psiquiátrico e de companhia para que não fique sozinha em caso de nova crise. Por ainda não ter conseguido uma cuidadora, enviei uma mensagem para a funcionária responsável pela agenda dos médicos, dizendo que precisaria ficar em casa cuidando da minha mãe e não iria trabalhar no dia seguinte.*

*Em alguns minutos, recebi uma mensagem de retorno dessa colega, dizendo que havia muitos pacientes para o dia seguinte e perguntando o que ia fazer com minha agenda. Isso me chocou muito. Ela sequer perguntou o que tinha acontecido com a minha mãe, apenas quis saber o que ia fazer com a minha agenda. Nós costumávamos conversar muito, eu a considerava minha amiga, mas essa maneira de agir me surpreendeu bastante. Lembrei-me da história do doutor Adriano, que sequer lhe solicitaram um atestado e novamente me ressentí. Falei para ela que achava que fôssemos amigas e que, por isso, poderia ter me perguntado primeiro sobre o estado de saúde de minha mãe. Questionei-a, ainda, se não tinha direito a um atestado de acompanhante, ou se apenas médicos brasileiros gozavam desse direito. Acrescentei, ainda, que estava curiosa para saber se, caso eu morresse amanhã, ela ainda ficaria preocupada apenas com minha agenda. A funcionária me pediu desculpas e encerramos a conversa por ali.*

*Aquela situação mexeu muito comigo. Não sou de faltar ao trabalho, ao contrário, sempre cheguei antes mesmo do meu horário. Não entendi a cobrança que recebi, ainda mais vinda de uma pessoa que me conhecia de perto. Eu não esperava que ela passasse a mão em minha cabeça, mas imaginei que fosse ter uma atitude mais empática dela. Vejo meus colegas faltando dia de trabalho ou chegando atrasados e não vejo serem tratados da mesma forma que fui.*

*Eu não vivi isso em Cuba. Nós éramos muito unidos e nos mostrávamos preocupados quando algum de nós passava por dificuldades. Nesses momentos, penso muito em ir embora do Brasil, apesar de não querer voltar mais para Cuba.*

### **O trabalho precisa ser de equipe**

*Chego para trabalhar em mais um dia comum na UBS. Havia alguns pacientes com consulta marcada no período da manhã e eu os atendi. Costumo sair para almoçar às 12h, no entanto, às 11h30 me passaram um paciente. Após ouvir suas queixas, receitei medicamentos que podiam ser encontrados na farmácia do próprio posto. Além disso, pedi que fosse à enfermaria para a técnica de enfermagem lhe fazer um curativo.*

*Como vi que já passava de meio-dia, comecei a organizar minhas coisas para almoçar quando o paciente retornou ao consultório. Disse que não havia ninguém na*

*farmácia, tampouco na enfermaria. Ao perguntar na portaria, foi informado de que os funcionários estavam almoçando e só voltariam a atender dali a uma hora.*

*Não era a primeira vez que isso acontecia comigo: já haviam me passado pacientes perto da hora do almoço e, quando eu os encaminhava para outros procedimentos, a equipe tinha ido almoçar. Dessa vez decidi não ficar calada. Fui até o refeitório onde estavam almoçando e falei: olá, pessoal. Eu não acho justo passarem para mim um paciente às 11h30 e, quando eu preciso da equipe para realizar outros procedimentos, estarem todos almoçando. Tudo bem, o almoço é meio-dia, mas quando me passarem o paciente, a técnica tem que estar em seu lugar, a recepcionista tem que estar em seu lugar, todo mundo tem que estar em seu lugar, porque se eu tô atendendo o paciente, todo mundo tem que estar. Após a consulta, pode ser que ele precise marcar um exame, fazer um curativo, pegar medicamento. De que adianta ser consultado se não consegue completar o atendimento? Não façam comigo aquilo que não gostariam que fizessem com você.*

*Notei que as pessoas não gostaram muito do que eu falei. No entanto, não me passaram mais pacientes muito próximo ao horário do almoço.*

Salamandra se mostrou muito descontente com algumas pessoas de sua equipe e as duas histórias anteriores foram narradas por ela logo na primeira conversa individual. A médica acreditava que aqueles com quem trabalhava também eram seus amigos e se decepcionou quando a funcionária responsável pela agenda dos médicos não perguntou o estado de saúde de sua mãe. Ela também se sentiu excluída quando toda a equipe da UBS foi almoçar, enquanto ela atendia um paciente. Essa sensação se fazia presente principalmente quando Salamandra comparava o tratamento dado a outros médicos brasileiros que trabalhavam no local. Seu sentimento de pertencimento parecia não existir, ao menos nas narrativas contadas por ela em nossas conversas. Quando passou por essas experiências, a médica pensou muito em ir embora do Brasil. Perguntei se ela regressaria a Cuba e ela veementemente me respondeu que não. Surpresa, quis saber porque Cuba não era mais uma opção e ela me respondeu que, apesar de ter sido muito feliz em sua terra natal, o país não é mais aquele que ela deixou há cinco anos. Essa resposta me intrigou e fiquei pensando se realmente Cuba estava diferente ou se Salamandra não era mais aquela de cinco anos atrás após sua experiência no Brasil.

Escolhi as Crônicas de resistência para encerrar este trabalho não com a intenção de deixar na memória dos leitores a ideia de que apenas preconceito e discriminação aconteceram na trajetória de Fredery e de Salamandra no Brasil. Muito pelo contrário, essas histórias são apenas uma parte das inúmeras experiências de aprendizado vividas pelos participantes desta pesquisa. Agora, encaminhando a pesquisa para o fim, a seguir, teço algumas considerações sobre a tese e intitulo o capítulo de Crônicas de um percurso narrativo.

## **CRÔNICAS DE UM PERCURSO NARRATIVO (ALGUMAS CONSIDERAÇÕES)**

Em 2016, quando vivi a experiência de ministrar aulas de português para médicos cubanos no Programa Mais Médicos, uma primeira questão começou a me inquietar: como os médicos cubanos, conhecendo tão pouco o português, iriam conseguir se comunicar com a comunidade brasileira e realizar as atividades laborais? Aqueles médicos assumiriam uma função em que o entendimento e a compreensão das práticas linguísticas seriam aspectos importantes para alcançar o sucesso no tratamento de doenças. Por isso, afligia-me pensar nos momentos de contato entre médico cubano e paciente brasileiro. Nessa perspectiva, objetivei, por meio de narrativas de dois desses médicos cubanos, compreender narrativamente as experiências de trabalhar no Brasil após pouco contato com o português. Especificamente, analisei e discuti narrativamente as experiências vividas e contadas por dois médicos cubanos trabalhando no Brasil; identifiquei e discuti as estratégias dos médicos para se comunicar com os pacientes e realizar consultas.

Apesar de haver muitos estudos no âmbito do PMMB e muitos deles apontarem que a língua foi um fator desafiador nas relações médico-paciente, poucas são as pesquisas dedicadas ao estudo das experiências vividas pelos médicos cubanos no processo de aprendizagem do português. Compreendo, portanto, que trabalhos como este podem fomentar e estimular pesquisas que visem a investigação do aprendizado de línguas em contexto profissional de imersão.

Olhando para trás, compreendo o quanto estava focada no aprendizado de línguas dentro da sala de aula e que, sem esse conhecimento, seria impossível trabalhar no Brasil. Parecia que o fato de não conhecer o português inviabilizaria toda possibilidade de interação dos médicos com os pacientes. Ouvir as histórias de Fredery e Salamandra me mostrou que é possível aprender de muitas maneiras. John Dewey (1959) me ajudou a discutir e a compreender que as experiências que vivemos, a reflexão que fazemos delas e as trocas com o outro são caminhos que nos levam ao aprendizado. Dessa forma, estudos futuros poderão ser desenvolvidos a fim de compreender as experiências vividas por pessoas, sem muito conhecimento de outra língua, que vão viver em outros países para desempenhar atividades profissionais e passam a aprender no contexto real. Ademais, pode servir de inspiração para a criação e implementação de propostas de ensino de português fora do contexto de sala de aula.

Além disso, os participantes me mostraram através de suas narrativas que, em nosso exercício profissional, carregamos conosco nosso conhecimento pessoal que nos possibilita tomar decisões baseadas em nossas experiências pessoais anteriores. Por isso, por terem sido médicos em Cuba, Fredery e Salamandra trouxeram, em sua bagagem pessoal, saberes adquiridos em outras paisagens profissionais que os auxiliaram com os pacientes brasileiros. Nesse sentido, Clandinin e Connelly (1985) me ajudaram a discutir os conceitos de conhecimento prático pessoal e prático profissional presentes nas histórias contadas.

Estar atento ao contexto, perceber o indivíduo em sua singularidade e empenhar-se para ser entendido foram ações presentes nas histórias narradas pelos participantes. Essa forma de agir dos médicos, no meu entendimento, encontra lugar no modelo dialógico de APS adotado pelo SUS e também entendo que colaborou para que a comunicação se estabelecesse.

Compreendo que os médicos cubanos se lançaram ao aprendizado do português e se empenharam para estabelecer a comunicação e entendimento com os pacientes. Falar devagar, perguntar várias vezes se o paciente havia entendido a orientação, fazer mímicas, desenhar em receitas médicas foram, entre outras, estratégias que os participantes disseram adotar para ajudar no entendimento.

Por outro lado, apesar de entender que houve aprendizado de português e que os participantes desenvolveram sua competência comunicativa, não desejo romantizar e acreditar que o caminho foi fácil. Compreendi, por meio da leitura das narrativas, que houve histórias de medo e de insegurança para falar outra língua, o que me permitiu pensar a respeito das emoções como fator que pode intimidar e inibir o processo de aprendizado de língua e, conseqüentemente impedir que a comunicação e a interação ocorram. Ter consciência disso pode auxiliar alunos e professores na busca de estratégias para superar a ansiedade no uso de outras línguas.

Além disso, apesar de os participantes terem contado histórias de superação e de aprendizado, no meu entendimento, não ameniza o fato de que o ensino de português não encontrou um lugar de maior destaque no PMMB. Os próprios médicos reconheceram que seria importante um acompanhamento linguístico para o aperfeiçoamento do idioma e da comunicação. Nesse sentido, urge a necessidade de políticas linguísticas para reger projetos que envolvam profissionais advindos de outros países. Linguistas, pesquisadores da área de ensino de línguas e professores



de línguas devem estar envolvidos na construção de políticas públicas que envolvam o idioma.

Compreendo ser importante pontuar que o ensino de língua não pode estar isolado dos propósitos comunicativos. Na metodologia deste trabalho, contei que minha ideia inicial no doutorado era produzir um aplicativo de ensino de português voltado para a realidade dos médicos cubanos em contexto de atuação nas UBS brasileiras. Contudo, nas pesquisas para desenvolver esse material, entendi que era importante dar um passo atrás para conhecer primeiramente a realidade e as demandas desses profissionais. Assim sendo, as áreas de português e de saúde precisam trabalhar juntas na construção de materiais educacionais voltados para o ensino de português no contexto médico. Esses são aspectos relevantes a serem considerados na área de ensino de línguas, pois, a partir deles, professores e pesquisadores poderão refletir acerca dos diversos fatores envolvidos no processo de aprendizagem. Sinto-me hoje, após o desenvolvimento desta tese, um pouco mais preparada para repensar a proposta do aplicativo de celular, conhecendo um pouco mais a realidade vivida por alguns médicos.

No mesmo sentido, entendo que as variantes linguísticas precisam ocupar mais espaço no ensino de línguas. Como nós professores estamos dando a chance de os aprendentes conhecerem outras variantes do idioma que estão aprendendo? Pelas experiências vividas, especialmente por Fredery, compreendi que esse era um tema a ser explorado com maior profundidade ao longo da caminhada de aprendizado do português.

Voltando um pouco o olhar para o nosso país, a dificuldade da comunidade brasileira para entender o espanhol me fez pensar em como o conhecimento de outras línguas ainda é um desafio para o Brasil, sobretudo nas camadas mais pobres da sociedade. Apesar de ter dimensões continentais, o Brasil é rodeado por países hispano-falantes. Contudo, o espanhol parece ser uma língua com realidade tão distante quanto a de um idioma localizado em outro continente, pelo menos nos estados que não fazem fronteira com outras nações. Como professora de língua e pesquisadora na área de ensino e aprendizagem de outras línguas, isso me faz pensar no lugar que o ensino dos idiomas ocupa no país, sobretudo a língua espanhola. Com a não obrigatoriedade do ensino do espanhol nas escolas brasileiras, que encontra base na Lei nº 13.415, de 16 de fevereiro de 2017, essa situação não tende a melhorar. Aprender outro idioma pode ser importante em

muitos aspectos. Não quero dizer que os brasileiros deveriam saber espanhol para receber os médicos cubanos. Muito pelo contrário. Utilizando as palavras de Fredery, os médicos cubanos deveriam saber o português para consultar e não os brasileiros o espanhol. Contudo, como professora, entendo que saber outra língua nos permite acessos sejam eles culturais, sociais, históricos, educacionais ou informacionais. Portanto, eu desejo isso para a sociedade brasileira: ampliar cada vez mais os nossos acessos.

Um desafio que encontrei durante a realização da pesquisa diz respeito à metodologia adotada. Conheci a pesquisa narrativa sob a ótica dos autores canadenses Clandinin e Connelly (2000; 2015) no terceiro ano de doutorado. Compreender o fazer narrativo não foi uma tarefa fácil; algumas vezes senti que não conseguiria realizar uma análise narrativa, mas uma análise de narrativas. Foram muitas leituras, discussões, escritas e reescritas, em grupo e de maneira individual para que o trabalho pudesse estar da forma como o apresento. Não considero este um produto acabado. Nem poderia, pois, segundo a perspectiva que desejei adotar, as verdades nunca são estáticas. No entanto, entendo que alcancei os objetivos que tracei: ouvi, analisei e discuti narrativamente as histórias das experiências vividas por dois médicos cubanos atuando em UBS no Brasil. Encontrei fios narrativos que perpassam essas narrativas e que estão relacionados a histórias de aprendizagem de língua em contexto profissional, de aprendizagem compartilhada; de estratégias comunicativas; histórias de preconceito e de resistência; histórias de promoção e de cuidado com a saúde.

Concluo este trabalho com uma foto tirada em uma de minhas participações no MAAv. Era o último dia de aula, um dia de festa! Estávamos na escadaria da universidade onde aconteciam as aulas. Na foto, estão muitos de meus alunos. A imagem foi alterada para preservar a identidade das pessoas. Estamos todos em pé; os médicos trajavam jalecos e eu estou de blusa comprida e saia, no centro e à frente. Meu objetivo ao mostrar essa foto tirada ao final do curso é, assim como naquele dia, celebrar o término de um trabalho árduo, difícil, mas muito engrandecedor, gratificante e necessário. Espero que, de alguma forma, esta tese possa ajudar a comunidade brasileira a refletir sobre o momento vivido no contexto do PMMB.

Além disso, abaixo da foto, escrevi três mensagens: uma destinada a Fredery, outra a Salamandra e a última mensagem é para mim. Por fim, encerro este trabalho

com um poema de minha autoria e que sintetiza um pouco do que vivi e aprendi ao longo deste trabalho.

**Figura 6:** Foto com uma turma de médicas e médicos cubanos na escadaria da universidade cubana



Fonte: acervo pessoal

### **Mensagem da pesquisadora para Fredery**

Querido Fredery,

Em primeiro lugar, gostaria de te agradecer pela disponibilidade em participar desta pesquisa. Fazer uma viagem ao passado e revisitar experiências que podem ser ou não agradáveis não me parece uma tarefa fácil. Com generosidade, você se abriu comigo e me contou histórias de medo, de saudade e de preconceito, mas também sobrou espaço para narrativas de reflexão, de humildade, de trocas de conhecimento e de persistência.

Posso dizer que aquele menino, que via parentes e amigos viajando pelo mundo por meio de missões médicas, te impulsionou para que você vivesse uma das experiências mais marcantes e desafiadoras da sua vida. Você chegou a sonhar, quando criança, que trabalharia como médico em um país, sem saber falar a língua da comunidade? Parece mais pesadelo, não é? No entanto, você se saiu

bem: sua tão desejada profissão te ajudou a quebrar as barreiras do medo que tinha de falar outros idiomas e as experiências que você viveu te ensinaram a colocar as palavras em seu devido lugar.

Como sua professora, quero dizer que me orgulho da sua trajetória e das suas conquistas. Você superou as minhas expectativas e poderá chegar aonde quiser. Não desista, tampouco acredite se te disserem que você não será capaz. Eu acredito em você!

Com carinho,  
Professora Suiane.

### **Mensagem da pesquisadora para Salamandra**

Querida Salamandra,

Lembra quando seu maior medo ao chegar ao Brasil era falar e não ser compreendida? Pois é, isso aconteceu algumas vezes, mas, para mim, você conseguiu transmitir uma mensagem desde o início: é preciso enxergar as pessoas em toda a sua amplitude. Além disso, para quem disse que era péssima com idiomas, você se superou! Aquela mensagem que você escreveu me chamando de “guria” me fez esquecer por um momento que eu estava falando com uma pessoa de outra nacionalidade.

Quando você se aproximou de mim no início das aulas em Cuba, parecia que estava adivinhando que, no futuro, eu iria querer ouvir suas histórias vividas no Brasil. Obrigada por me ajudar a escrever este trabalho e a deixar registrado nas páginas da história um momento tão importante e especial para muitos brasileiros que precisaram de auxílio médico.

Apesar de não ter constado dos seus planos viajar como médica para outros países, acredito que essa aventura valeu a pena e você pôde viver momentos que jamais pensou que fosse viver. Sei que houve decepções, tristezas e angústias que te deixaram chateada com o meu povo; mas saiba que isso não representa tudo o que somos. Muitos brasileiros agradecem até hoje os cuidados que receberam de vocês.

Sinto muito orgulho da aluna que eu tive e da amiga que ganhei!

Com muito carinho,  
Professora Suiane.

### **Mensagem da pesquisadora para a pesquisadora**

Querida Suiane,

Quando você decidiu voltar à academia para realizar o doutorado num momento em que julgava estar mais estável na vida e na carreira profissional, o desenvolvimento da pesquisa mostrou que sempre podemos nos surpreender com as reviravoltas que o mundo dá.

Morando em Brasília, decidiu que faria o doutorado em uma universidade no interior de São Paulo, local que não dispunha de aeroporto. Iniciaram-se aí suas crônicas de viagem. A cada semana, você precisava encarar doze horas de deslocamento entre o Distrito Federal e São Carlos para cursar uma disciplina na universidade que exigia presencialidade. Nessas idas e vindas, você conheceu pessoas incríveis, debates inéditos, pesquisas que jamais poderia imaginar que pudessem ser desenvolvidas.

Por falar em presença, esta precisou ser ressignificada por ocasião da pandemia de Covid-19, que acabou alterando os rumos da metodologia do seu trabalho. A descoberta da pesquisa narrativa ia mudar não só seu olhar para a tese, como também sua forma de enxergar a vida. Ouvir as histórias das pessoas para compreender suas experiências, sem generalizar, sem tentar colocar em caixinhas ou sem olhar com julgamentos foi desafiador. O próprio processo de discussão, de escrita e reescrita exigiu serenidade e paciência que, em muitos momentos, você achou que não fosse capaz de ter. Assumir suas subjetividades, seus sentimentos como parte do processo narrativo e de construção deste trabalho, proporcionou um mergulho para um lugar dentro de si que você não conhecia ou que tinha medo de mostrar. A escrita narrativa te fez sentir mais leve e livre para colocar sua personalidade no trabalho

Construir uma pesquisa inquestionável, ser considerada referência na área e atingir a perfeição foram fardos que você carregou e que, muitas vezes, te

atrapalharam a caminhar pela estrada da humanidade, da permissão de falhas, da reelaboração, da ciência como um processo em construção. Acolher-se como uma pesquisadora em constante aprendizado está sendo seu exercício diário.

Sua relação com este trabalho continuará em artigos, capítulos de livros, congressos e em exercícios intelectuais que mostrarão o quanto você amadureceu, mas o quanto continuará crescendo.

Com carinho,  
a pesquisadora.

**Daquilo que ouvi**  
**(Suiane Bezerra da Silva)**

Investigando o meu não saber  
Ouvi histórias de medo, angústia,  
ansiedade  
Mas também de vontade, coragem,  
superação

Escutei que a vida sempre surpreende  
Recalcula rotas  
Desfaz e refaz trajetos, projetos  
Estabelece pousos e moradas

Entendi as palavras do filósofo quando  
diz:

"O homem é um ser social"  
Ele é!  
Com o outro, ele aprende, troca, se  
reinventa  
Ensina, fala, compreende  
É em parceria que se desenvolve

Mas se o outro é mistério  
Pode também amedrontar  
Acuar, envergonhar

As histórias que ouvi  
Me levaram ao mundo do outro  
Para conhecer parte de sua jornada  
E me sinto motivada para ouvir tantas  
e outras.

## REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA BRASIL. *Profissionais da saúde fazem protestos contra Programa Mais Médicos*. Disponível em: <https://agencia-brasil.jusbrasil.com.br/noticias/100627488/profissionais-da-saude-faz-em-protestos-contraprograma-mais-medicos>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.
- ALMEIDA FILHO, J. C. P.; FRANCO, M. M. S. *O conceito de competência comunicativa em retrospectiva e perspectiva*. Revista Desempenho, v. 10, n. 1, jun. 2009.
- ALVES, V. S. *Educação em saúde e constituição de sujeito: desafios do cuidado no programa saúde da família*. 2004. 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2004. Disponível em: . Acesso em: 31 out. 2017.
- AMARAL, H. *Questão de gênero: O gênero textual crônica*. In: Revista Na Ponta do Lápis. Ano IV. Número 10. Dezembro de 2008. Disponível em: <https://www.escrevendoofuturo.org.br/conteudo/biblioteca/nossas-publicacoes/revista/artigos/artigo/1235/questao-de-genero-o-genero-textual-cronica>. Acesso em: 15 de março de 2023.
- ATHAYDE, I.A.V.H; OCANTO, J.M.S. “O medo do “não-eu”: preconceito linguístico e transnacionalismo”, em Revista Ponte, v. 1, n. 5, jun. 2021. Disponível em: <https://www.revistaponte.org/post/medo-n%C3%A3-eu-prec-ling-transnac>. Acesso em: 14 de fevereiro de 2023.
- BACHMAN, L. *Communicative language ability*. In: Fundamental Considerations in Language Testing. New York: Oxford Press, 1990. pp. 80-110.
- BAGNO, M. *Preconceito linguístico*. O que é, como se faz. 15 ed. Loyola: São Paulo, 2002.
- BENGEZEN, V. C. *As histórias de autoria que vivemos nas aulas de inglês do sexto ano na escola pública*. 212 f. Tese (Doutorado em Estudos Linguísticos) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 17 ago. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Medida Provisória no 621 de 8 de julho de 2013. Institui o Programa Mais Médicos e dá outras providências. Brasil, 2013a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2013/mpv/mpv621.htm). Acesso em: 17 ago. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Lei no 12.871 de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981 e dá outras providências. Brasília, 2013b. Disponível

em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm). Acesso em: 17 ago. 2022.

BRASIL. Portaria n° 1.369, de 8 de julho de 2013. Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369\\_08\\_07\\_2013.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1369_08_07_2013.html). Acesso em 17 de agosto de 2022.

BRASIL. Presidência da República. Lei n° 13.958 de 19 de dezembro de 2019. Institui o Programa Médicos pelo Brasil e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2019. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13958.htm). Acesso em 17 de agosto de 2022.

BULLOUGH, R.V., Jr.; PINNEGAR, S. E. *Guidelines for quality in autobiographical forms of self-study research*. Educational Researcher, 30 (3), 13-22, 2001.

CALVET, L. *Sociolinguística: uma introdução crítica*. Trad. MARCIONILO, Marcos. São Paulo: Parábola Editorial. 2002.

CAGLIARI, L. C. *Variação e Preconceito*. Textura, Canoas, n. 2, p. 15 – 22, 2020. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/txra/article/viewFile/673/48>. Acesso em: 23 de janeiro de 2023.

CAINE, V.; LESSARD, S; CLANDININ, D. J. *Comunidades responsivas como espaços de visibilidade na pesquisa narrativa*. In: TEIXEIRA, C. M; KIND, L (org.). Narrativas, mulheres e resistências. São Paulo: Letra e Voz, 2020b. p. 19-58.

CANALE, M. *From Communicative Competence to Communicative Language Pedagogy*. In: Richards J. C.; SCHMIDT, R. W. (Org.), Language and communication, 1983, pp. 2-27.

CANALE, M.; SWAIN, M. *Theoretical bases of communicative approaches to second language teaching and testing*. In: Applied Linguistics. Oxford: Oxford University Press, 1980, 1, pp. 1-47.

CARR, D. *Time, narrative and history*. Bloomington: Indiana University Press, 1986.

CELCE-MURCIA, M. *Rethinking the role of communicative competence in language teaching*. In: Intercultural Language Use and Language Learning, 2008.

CHOMSKY, N. *A Review of B. F. Skinner's Verbal Behavior*. Language, 35,1,26-58, 1959.

CLANDININ, D. J. *Engaging in Narrative Inquiry*. United States: Left Coast Press, 2013.



CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J. *The Role of Teachers' Personal Practical Knowledge in Effecting Board Policy*. Volume III: Teachers' Personal Practical Knowledge. Ontario Institute for Studies in Education, Toronto, Canada 1984.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Teachers as curriculum planners: narratives of experience*. New York/Toronto: Teachers College Press, 1988.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Teacher Professional Knowledge Landscapes*. Toronto: OISE Press, 1995.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Teachers' Professional Knowledge Landscapes: Teacher Stories Stories of Teachers School Stories Stories of Schools*. Educational Researcher, Vol. 25, No. 3, pp. 24-30, 1996.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Narrative Inquiry: experience and story in qualitative research*. San Francisco, CA: Jossey Bass a Willey Company, 2000.

CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Pesquisa Narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa*. 2 ed. rev. Tradução: GPNEP: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de professores. ILEEL/UFU. Uberlândia: EDUFU, 2a ed., 2015.

CLANDININ, D. J.; ROSIEK, J. *Mapping a landscape of narrative inquiry: borderland spaces and tensions*. In: Handbook of narrative inquiry: mapping a methodology. Thousand Oaks: Sage, 2007.

CLANDININ, D. J.; MURPHY, M. S.; HUBER, J.; ORR, A. M. *Negotiating Narrative Inquiries: living in a Tension-Filled Midst*, The Journal of Educational Research, 103:2, 81-90, 2009. doi: 10.1080/00220670903323404.

CLANDININ D.J.; PUSHOR D.; ORR A. M. *Navigating Sites for Narrative Inquiry*. Journal of Teacher Education. 2007; 58(1):21-35. doi: 10.1177/0022487106296218.

COLMANETTI, D. P. *Narrativas de uma tutora: entendendo a construção do conhecimento prático-profissional do professor tutor*. 121f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2016.

CONNELLY, M; CLANDININ, D.J. *Narrative Inquiry*. Complementary Methods for Research in Education, 3rd Edition, Washington: American Educational Research Association, 2004.

CONNELLY, M; CLANDININ, D. J. *Narrative Inquiry*. In: GREEN, J; CAMILLI, G.; ELMORE, P. (Ed.). Handbook of complementary methods in education research (p. 477-487). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2006.

DALY, J. *Understanding communication apprehension: an introduction for language educators*. In: HORWITZ, E. K.; YOUNG, D. J. (Eds.), Language anxiety: From theory and research to classroom implications (pp. 3–13). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991.

DEWAELE, J. M. *Investigating the Psychological and the Emotional Dimensions in Instructed Language Learning: Obstacles and Possibilities*. The Modern Language Journal 89, p. 367 - 380, 2005.

DEWAELE, J-M.; PETRIDES, K. V.; FURNHAM, A. *Effects of trait emotional intelligence and sociobiographical variables on communicative anxiety and foreign language anxiety among adult multilinguals: a review and empirical investigation*. Language Learning 58.4, 911–960, 2008.

DEWEY, J. *Experiência e Educação*. Nova York: Macmillan, 1952. 15° edição. Traduzido por Anísio Teixeira, 1979.

DIAS, A. L. K.; PINTO, J. P. *Ideologias linguísticas e regimes de testes de língua para migrantes no Brasil*. Revista Brasileira de Linguística Aplicada, vol.17(1), p.61-81, mar. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbla/a/fykQYK4zDrDtHdGRrfMyXQN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 de janeiro de 2022.

DOCENA, C. T. *O preconceito linguístico com falantes não nativos do inglês: observação do personagem “Fez” em “That 70’s show*. Revista Letrilhando, 2020. Disponível em: <https://letrilhando.wordpress.com/2020/11/03/o-preconceito-linguistico-com-falantes-nao-nativos-do-ingles-observacao-do-personagem-fez-em-that-70s-show/>. Acesso em: 27 de janeiro de 2023.

DURANTE, A. C. P. B. *Eu, um jardim em construção: uma pesquisa narrativa sobre as histórias que me constituem*. 136f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2023.

ELBAZ, F. *Teacher thinking: A study of practical knowledge*. London: Croom Helm, 1983.

ELY, M.; VINZ., R; ANZUL, M.; DOWNING, M. *On Writing Qualitative Research: living by words*. London and Philadelphia: Routledge Falmer, 2001.

FENSTERMACHER, G. *The knower and the known: the nature of knowledge in research on teaching*. Review of Research in Education, Califórnia, v. 20, n. 1, Jan. p 3-56, 1994.

FERNANDES, E.; ARAÚJO, S. *Competência comunicativa e ensino de português como segunda língua: análise de subcompetências no discurso de um anglófono de nível avançado*. Domínios de Lingu@gem. Uberlândia. pp. 892-909. Vol. 12, n. 2. Abr. – jun. 2018.

FIUZA, A. C. B. *Histórias de formação de professores de língua espanhola: caminhos formais e não formais*. 111f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2013.

JULIÃO, L. G. *É #FAKE que há apenas duas faculdades de medicina em Cuba que só formam 300 médicos por ano*. G1, 21 de nov. 2018. Disponível em:

<https://g1.globo.com/fato-ou-fake/noticia/2018/11/21/e-fake-que-ha-apenas-duas-faculdades-de-medicina-em-cuba-que-so-formam-300-medicos-por-ano.ghtml>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

GNERRE, M. *Linguagem, escrita e poder*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

HALL, M. *Imigrantes na Cidade de São Paulo*. In: P. Porta (org.). História da cidade de São Paulo: a cidade na primeira metade do século XX: 1890-1954. v. 3. São Paulo: Paz e Terra, 121-151, 2004.

HAYATI, D; KARAMI, E.; SLEE, B. *Combining qualitative and quantitative methods in the measurement of rural poverty*. Social Indicators Research, v.75, p.361-394, springer, 2006.

HOLANDA, S.B. *Raízes do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HORWITZ, E. K.; HORWITZ, M. B.; COPE, J. *Foreign language classroom anxiety*. Modern Language Journal, 70, p. 125-132, 1986.

HYMES, D. *On communicative competence*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press. Extracts available in: DURANTI, Alessandro. (2001), *Linguistics anthropology: a reader*, pp. 53-73. New York: Wiley-Blackwell, 1971.

INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS - IPEA. *Sistema de Indicadores de Percepção Social – Saúde*. Brasília: IPEA, 2011. Disponível em: <[http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207\\_sipssaude.pdf](http://agencia.ipea.gov.br/images/stories/PDFs/SIPS/110207_sipssaude.pdf)>. Acesso em: 25 jul. 2022.

MACINTYRE, P. D. *Willingness to communicate in the second language: Understanding the decision to speak as a volitional process*. The Modern Language Journal 91.4, p. 564-576, 2007.

MACINTYRE, P. D.; GARDNER, R. C. *Investigating language class anxiety using the focused essay technique*. The Modern Language Journal, 75, p. 296-304, 1991a.

MACINTYRE, P. D.; GARDNER, R. C. *Language anxiety: Its relation to other anxieties and to processing in native and second languages*. Language Learning, 41, 514–534, 1991b.

MACINTYRE, P. D.; GARDNER, R. C. *The subtle effects of language anxiety on cognitive processing in the second language*. Language Learning, 44, 283–305, 1994.

MAHER, T. J. M. *Ser professor sendo índio: questões de lingua(gem) e identidade*. 262 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.

MATSUDA, S.; GOBEL, P. *Anxiety and predictors of performance in the foreign language classroom*. System 32.1, 21–36, 2004.

MCCROSKEY, J. C. *An introduction to rhetorical communication*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.

MEJÍAS, H.; APPLBAUM, R. L.; TROTTER, R. T. *Oral communication apprehension and Hispanics: an exploration of oral communication apprehension among Mexican American students in Texas*. In: HORWITZ, E. K.; YOUNG, D. J. (Eds.), *Language anxiety: From theory and research to classroom implications* (pp. 87–97). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1991.

MELO, C. F.; BAIÃO, D. C.; COSTA, M. C. *A Percepção dos Usuários Cearenses sobre o Programa Mais Médicos*. *Gestão e Sociedade*, v. 10, n. 26, p. 1302-1312, 2016. Disponível em: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/42011/a-percepcao-dos-usuarios-cearenses-sobre-o-programa-mais-medicos>. Acesso em 24 de janeiro de 2022.

MELLO, D. M. *Histórias de subversão do currículo, conflitos e resistências: buscando espaço para a formação do professor na aula de língua inglesa do curso de Letras*. 225 f. Tese (Doutorado em Linguística Aplicada) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

MELLO, D. M. *Pesquisa narrativa e formação de professores*. In: GOMES JUNIOR, Ronaldo Corrêa (org.). *Pesquisa narrativa: histórias sobre ensinar e aprender línguas*. São Paulo: Pimenta Cultural, 2020a. p. 38-61.

MELLO, D. M. *Conversas sobre a pesquisa narrativa*. In: TEIXEIRA, C. M; KIND, L (org.). *Narrativas, mulheres e resistências*. São Paulo: Letra e Voz, 2020b. p. 59-73.

MELLO, D.; MURPHY, S., CLANDININ, D. J. *Introduzindo a investigação narrativa nos contextos de nossas vidas: uma conversa sobre nosso trabalho como investigadores narrativos*. *Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica*, Salvador, v. 01, n. 03, p. 565-583, set/dez. 2016.

MINA, R. V.; LIMA, J. R. T. *A “cordialidade” do povo brasileiro frente à imigração de venezuelanos em Roraima: uma discussão sobre a xenofobia*. *Revista del CESLA*, núm. 22, pp. 327-346, 2018. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/2433/243360086015/html/>. Acesso em 24 de fevereiro de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Mais Médicos: para 85% da população atendida, qualidade da assistência melhorou*, 2015. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/noticias/88-mais-medicos-para-85-da-populacao-atendida-a-qualidade-da-assistencia-melhorou#:~:text=Os%20resultados%20alcan%C3%A7a dos%20j%C3%A1%20comprovam,profissionais%20do%20Programa%20Mais%20M%C3%A9dicos>. Acesso em março de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Mais Médicos*. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em: 19 de maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Médicos pelo Brasil X Mais Médicos. O que muda?*, 2021. Disponível em:

<http://maismedicos.gov.br/noticias/342-medicos-pelo-brasil-x-mais-medicos-o-que-muda>. Acesso em: 19 de maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Edital nº 9, de 26 de março de 2020. Torna pública a realização de chamamento público de médicos intercambistas, oriundos da cooperação internacional para reincorporação ao Projeto Mais Médicos para o Brasil. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/edital-n-9-de-26-de-marco-de-2020-249861679>. Acesso em: 19 de maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Governo Federal anuncia a retomada do Programa Mais Médicos*, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/marco/governo-federal-anuncia-a-retomada-do-programa-mais-medicos>. Acesso em: 20 de março de 2023.

MONNERAT, A. *Boatos sobre o Mais Médicos atacam a formação de profissionais cubanos*. Estadão, 28 de nov. 2018. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/estadao-verifica/boatos-sobre-o-mais-medicos-atacam-a-formacao-de-profissionais-cubanos/>. Acesso em: 14 de dez. 2022.

MORAIS, E. A. *Tenho uma aluna surda: experiências de ensino de língua portuguesa em contexto de aula particular*. 94 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.

LIU, M.; JACKSON, J. *An exploration of Chinese EFL learners' unwillingness to communicate and foreign language anxiety*. *The Modern Language Journal* 92.1, 71–86, 2008.

LUGONES, M. *Playfulness, "World"-Travelling, and Loving Perception*. *Hypatia*, 2(2), p. 3-19, 1987.

OLIVEIRA, G. S. *Conhecimento prático profissional e prático pessoal: experiências que vivi/vivo são as histórias que me constituem professor*. 205 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Linguísticos) - Universidade Federal de Uberlândia, Minas Gerais, 2017.

OLIVEIRA, R. *Médicas criam adesivos para receita e ajudam pacientes analfabetos*. Só notícia boa, 2019. Disponível em: <https://www.sonoticiaboa.com.br/2019/08/24/medicas-criam-adesivos-receita-ajudam-pacientes-analfabetos>. Acesso em: 27 de março de 2023.

OLIVEIRA, M. A. C; PEREIRA, I. C. *Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família*. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66 (esp): 158-64, 2013. Disponível em <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTclYsW8fTmnXFMjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2023.

ONWUEGBUZIE, A. J.; BAILEY, P.; DALEY, C. E. *Factors associated with foreign language anxiety*. *Applied Psycholinguistics* 20.2, 217–239, 1999.

PAIVA, V. L. M. O. *A pesquisa narrativa: uma introdução*. Revista brasileira de linguística aplicada, 8 (2), 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1984-63982008000200001>. Acesso em: 21 de setembro de 2022.

PONTES, V. O. *Variação linguística: da teoria ao ensino de línguas*. In: VIDAL, Rosângela Maria Bessa; BERNADINO, Rosângela Alves dos Santos; PONTES, Antonio Luciano. (Orgs.). *Produção e Ensino de Texto em Diferentes Perspectivas*. Mossoró: Edições UERN, 2014, p. 96-104. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/20794>. Acesso em: 13 de março de 2023.

RIBEIRO, D. *O povo brasileiro: a formação e o sentido do Brasil*. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

SANTOS, J. C.; MELO, W. *Estudo de saúde comparada: os modelos de atenção primária em saúde no Brasil, Canadá e Cuba*. Revista Interinstitucional de Psicologia, 11(1), 2018, 79-98. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v11n1/07.pdf>. Acesso em: 27 de março de 2023.

SASSI, A. P. *Dinâmicas da implantação do programa mais médicos na Paraíba: contribuições sociológicas para a análise de uma política pública*. 343 f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2018.

SCHEFFER, M. (coord.). *Demografia Médica no Brasil: dados gerais e descrições das desigualdades*, v. 1. São Paulo: Cremesp; CFM, 2011.

SCHLENKER, B. R.; LEARY, M. R. *Social anxiety and communication about the self*. Journal of Language and Social Psychology, 4, 171–192, 1985.

SCHÖN, D. A. *The reflective practitioner: how professional think in action*. New York: Basic Books, 1983.

SCHÖN, D. A. *Formar professores como profissionais reflexivos*. In: NÓVOA, António (Coord.). *Os professores e sua formação*. Lisboa: Dom Quixote, 1992.

SILVA, M. L. *O ensino de português para fins específicos no Programa Mais Médicos para o Brasil*. 2017. 208 f. Tese (Doutorado em Letras) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017.

SILVA, D. P. *Médicos cubanos e comunidade bragantina: notas sobre o contato linguístico espanhol/português em terras brasileiras*. 145 f. Dissertação (Mestrado em Linguagens e Saberes na Amazônia) – Universidade Federal do Pará, Bragança, 2019.

SILVA, T. R. B.; SILVA, J. V.; PONTES, A. G. V.; CUNHA, A. T. R. *Percepção de usuários sobre o Programa Mais Médicos no município de Mossoró*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.21(9), p.2861-2869, set. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/d6mMc87jj9BrLzQRW4wcnFB/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 24 de janeiro de 2022.

SILVA, V. O.; RIOS, D. R. da S.; SOARES, C. L. M.; PINTO, I. C. de M.; TEIXEIRA, C. F. *O Programa Mais Médicos: controvérsias na mídia*. Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 42, n. 117, p. 489-502, Abr-Jun, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/PpJrNmxKLvs9XsfTDMbhQ3J/abstract/?lang=pt#>>.

Acesso em: 29 de agosto de 2022.

SOARES, I. *Bolsonaro ataca médicos cubanos: "Não sabiam nada de medicina"*. Correio Braziliense, Brasília, 18 de abr. de 2022. Disponível em: <https://www.correiobraziliense.com.br/politica/2022/04/5001427-bolsonaro-ataca-medicos-cubanos-nao-sabiam-nada-de-medicina.html>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

SOUZA, V. L. B. *Acolhimento na atenção básica: ênfase no vínculo entre profissionais e usuários na estratégia saúde da família*. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2011.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002. 726 p.

TARALLO, F. A Pesquisa Sociolinguística. 7ª. Ed. São Paulo: Ática, 2005.

TARDIF, M.; MOSCOSO, J. N. *A noção de "profissional reflexivo" na educação: atualidade, usos e limites*. Caderno de Pesquisa. 48 (168). Apr-Jun 2018. Traduzido por Cláudia Schilling. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/69mhr9WnGpWwBmbcS6prj5h/?lang=pt#>. Acesso em: 25 de janeiro de 2023.

TELLES, J. A. *Being a language teacher: Stories of critical reflection on language and pedagogy*. TELLES, J. A. Tese (Doutorado em Linguística Educacional) – Universidade de Toronto, 1996.

TELLES, J. A. *A trajetória narrativa: histórias sobre a formação do professor de línguas e sua prática pedagógica*. Trabalho de Linguística Aplicada, Campinas, (34): 79-92, Jul./Dez. 1999.

TRAVASSOS C; MARTINS, M. *Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde*. Cad Saúde Pública; 20 (Supl 2):190-98, 2004.

VEJA. *Médicos protestam contra programa Mais Médicos e vetos do Ato médico*. 16 de jul. 2013. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/medicos-protestam-contraprograma-mais-medicos-e-vetos-do-ato-medico/>. Acesso em 14 de dezembro de 2022.

**APÊNDICE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016 do CNS)

**“O PORTUGUÊS NOSSO DE CADA DIA: NARRATIVAS DE MÉDICOS  
ESTRANGEIROS EM ATUAÇÃO NO BRASIL”<sup>3</sup>**

Eu, Suiane Bezerra da Silva, doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Linguística, vinculado ao Departamento de Letras da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar – convido você a participar da pesquisa “O português nosso de cada dia: narrativas de médicos estrangeiros em atuação no Brasil”, supervisionada pelo Prof. Dr. Nelson Viana.

O objetivo desta pesquisa é, por meio de narrativas de médicos cubanos, compreender suas percepções a respeito do uso do português nas práticas do cotidiano.

Esta pesquisa se justifica, pois não há registros de estudos que envolvam o uso do português por médicos estrangeiros participantes do Programa Mais Médicos. A Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013, autorizou módulos de aperfeiçoamento na área médica e na área de língua portuguesa. Contudo, esses módulos eram iniciais e contavam com apenas 160 (cento e sessenta) horas. Entendendo que a língua é um dos principais meios pelo qual o ser humano se comunica e interage, é importante conhecer a trajetória dos profissionais de saúde no Brasil e quais foram suas experiências no âmbito linguístico.

Você foi selecionado, pois atende aos quesitos de médico estrangeiro e foi ou é participante do Programa Mais Médicos para o Brasil. O procedimento a ser utilizado para a realização desta pesquisa é a entrevista. Você será entrevistado por mim, por meio de videoconferência, portanto, solicito sua autorização para gravação dessas entrevistas em vídeo e áudio. Caso não queira que sua imagem seja gravada, basta que marque no formulário que não autoriza a gravação da sua imagem. O teor das perguntas da entrevista estará relacionado a sua experiência no uso do português em interação com brasileiros e em diferentes situações do

---

<sup>3</sup> Houve alteração no título do trabalho final, porém o tema, o foco/escopo, os objetivos e a metodologia permaneceram os mesmos de quando o projeto foi apreciado pelo Comitê de Ética. Desse modo, não foi necessário providenciar alteração novamente junto a ele.



cotidiano. A entrevista durará de 30 a 50 minutos, aproximadamente, com possibilidade, caso seja necessário, de um segundo momento de interação. Você poderá ter acesso à gravação de sua entrevista, basta que me solicite, via e-mail ([suianebezerra@estudante.ufscar.br](mailto:suianebezerra@estudante.ufscar.br)). As gravações serão apagadas de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou nuvem e armazenadas em dispositivo eletrônico local para que não haja invasão externa de natureza cibernética; elas serão transcritas para um editor de texto sem conexão com a internet, armazenadas em dispositivo local e servirão de material de análise da pesquisadora, que as utilizará em sua tese; além disso, poderão ser utilizadas em futuras publicações da pesquisadora e/ou em eventos científicos que participar. Porém, não será possível sua identificação, pois será usado um nome fictício, a fim de preservar e resguardar sua identidade.

As conversas telefônicas e/ou por aplicativo de celular também farão parte dos instrumentos de pesquisa e complementarão as entrevistas por oferecerem um meio rápido e fácil de interação.

As perguntas que farei na entrevista não serão invasivas à sua intimidade. Contudo, esclareço que os riscos que você poderá correr estão relacionados ao incômodo e timidez com relação ao instrumento utilizado (videoconferência); além disso, por tratar de narrativas de experiências e por estar longe da sua terra natal, desconfortos emocionais podem emergir quando você se remontar ao passado. Para minimizar tais riscos, pautarei minha conduta no mais alto rigor ético, concedendo espaço e tempo, conforme sua necessidade. Além disso, você terá a liberdade de não responder as perguntas que não quiser, sem necessidade de explicação ou justificativa para tal. Outro risco possível é com relação à instabilidade da rede de internet; caso a entrevista não se realize no dia e horário agendados, devido a problemas de conexão, reagendaremos o encontro para outra ocasião.

Sua participação nesta pesquisa poderá contribuir com dados para as discussões linguístico-teóricas no âmbito acadêmico, sobretudo no que diz respeito aos estudos sobre aprendizagem de língua em contexto real de uso. Ademais, você poderá ajudar a escrever a história do Programa Mais Médicos e ter a oportunidade de representar os milhares de médicos estrangeiros participantes do programa no Brasil, fazendo ecoar a voz de uma categoria que também ajudou a construir esse capítulo do livro do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua cooperação. Você poderá se recusar ou encerrar sua participação na pesquisa a qualquer tempo, basta que sinalize essa vontade à pesquisadora, via e-mail ([suianebezerra@estudante.ufscar.br](mailto:suianebezerra@estudante.ufscar.br)). A pesquisadora lhe enviará a resposta de ciência de seu interesse em retirar seu consentimento, e os dados que já tiverem sido obtidos com sua participação serão excluídos.

A recusa ou encerramento não acarretará prejuízo pessoal e/ou profissional, seja com relação ao participante, à pesquisadora, à instituição de trabalho do participante ou à Universidade Federal de São Carlos.

Você receberá uma cópia deste termo por e-mail, assinada pela pesquisadora, na qual constam seu telefone e endereço, que você poderá guardar em seus arquivos.

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar. Declaro, ainda, que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário/a da pesquisa, que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e que recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. Por fim, declaro que recebi uma cópia deste termo.**

Local e data: Brasília, 14 de julho de 2021.

\_\_\_\_\_  
Suiane Bezerra da Silva  
Nome do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_  
Nome do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante