



Programa de  
Pós-Graduação em  
**Linguística**

**SEMIÓTICA, SAÚDE E REGIMES DE INTERAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE RELATOS DE  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PACIENTES DO SUS**

SÃO CARLOS  
2023



**Universidade Federal de São Carlos**

Stephani Izidro de Sousa

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

SEMIÓTICA, SAÚDE E REGIMES DE INTERAÇÃO: UM ESTUDO SOBRE RELATOS  
DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE E PACIENTES DO SUS

STEPHANI IZIDRO DE SOUSA  
Bolsista: Capes

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

Orientadora: Profa. Dra. Mariana Luz  
Pessoa de Barros

São Carlos - São Paulo - Brasil

2023



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

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

---

**Folha de Aprovação**

---

Defesa de Dissertação de Mestrado do candidato Stephani Izidro de Sousa, realizada em 30/11/2023.

**Comissão Julgadora:**

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

Profa. Dra. Eliane Soares de Lima (UFF)

Profa. Dra. Julia Lourenço Costa (USP)

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

***Dedicatória***

*Aos meus pais, Marlene e Manoel, dois nordestinos que vieram para o Sudeste como faxineiros. Fizeram-me ser quem sou e ensinaram-me a conquistar o mundo*

## AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

*Agradeço aos membros da banca, Profa. Dra. Eliane Lima e Profa. Dra. Julia Lourenço, por terem aceitado o convite de contribuir para a finalização desta pesquisa.*

*Agradeço também à Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo apoio financeiro concedido a este projeto.*

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

*No princípio Deus criou os céus e a terra. Era a terra sem forma e vazia; trevas cobriam a face do abismo, e o Espírito de Deus se movia sobre a face das águas. Disse Deus: "Haja luz", e houve luz. Deus viu que a luz era boa, e separou a luz das trevas.*

*Gênesis 1:1-4*

## **RESUMO**

É preciso um olhar não ingênuo a respeito do papel da comunicação na sociedade para que se possa analisar a relação entre profissionais da saúde e pacientes e, até mesmo, contribuir, ainda que de maneira indireta, para sua humanização. Para isso, a presente pesquisa se ocupa de examinar relatos acerca da interação entre profissionais da saúde e pacientes, coletados por meio de entrevistas abertas, na busca por compreender alguns aspectos da comunicação no âmbito da saúde pública. O recorte da pesquisa se dá sobre uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS) da cidade de Campinas (SP), sendo que a constituição do *corpus* ocorreu em duas etapas distintas: coleta de dados, seleção e transcrição do material. Esse material transcrito foi analisado com o aporte teórico, sobretudo, da Semiótica Discursiva de linha francesa, em diálogo com a Análise de Discurso, bem como com outros estudos acerca da interação social, desenvolvidos na Linguística, mas também no campo da Saúde, como a Antropologia da Saúde. Obteve destaque, em nossa análise, a construção do *ethos*, das imagens dos profissionais da saúde e pacientes e do ator da enunciação, bem como os regimes de interação acionados, valorizados e desvalorizados pelos participantes em suas narrativas.

**Palavras-chave:** profissionais da saúde, pacientes, SUS, saúde, Semiótica, HumanizaSUS, interação, *ethos*, discurso

## **ABSTRACT**

It is necessary to take a non-naive look about the role of communication in society so that the relationship between health professionals and patients can be analyzed and even contribute, albeit indirectly, to its humanization. For that, this research examines reports about the interaction between health professionals and patients, found through open interviews, in an attempt to understand some aspects of communication within the scope of public health. The research focus is on a unit of the Unified Health System (SUS) in the city of Campinas (SP), and the creation of the *corpus* occurred in two distinct stages: data collection, selection and transcription of the material. This transcribed material was analyzed with theoretical support, above all, from French Discursive Semiotics, in dialogue with Discourse Analysis, as well as with other studies on social interaction, developed in Linguistics, but also in the field of Health, such as Anthropology of Health. In our analysis, the construction of the *ethos*, images of health professionals and patients and the actor of enunciation stood out, as well as the interaction regimes activated, valued and devalued by the participants in their narratives.

**Keywords:** health professionals, patients, SUS, health, Semiotics, HumanizaSUS, *ethos*, interaction, discourse

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### GRÁFICOS

Gráfico 01 - Dados sobre Sexo.....	23
Gráfico 02 - Dados sobre Naturalidade.....	24
Gráfico 03 - Dados sobre Estado Civil.....	24
Gráfico 04 - Dados sobre Grau de Escolaridade.....	25
Gráfico 05 - Dados sobre Faixa Etária.....	25

### TABELAS

Tabela 01 - Cruzamento dos dados de pacientes e profissionais da saúde.....	23
---	----

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>SOBRE O CORPUS: METODOLOGIA, LIMITAÇÕES E ALCANCES DA PESQUISA.....</b>	<b>14</b>
<b>CAPÍTULO 1 - BASES FUNDAMENTAIS E ENCONTROS TEÓRICOS.....</b>	<b>27</b>
1.1. HUMANIZASUS, ESTUDOS DO DISCURSO E DA INTERAÇÃO E A ANTROPOLOGIA DA SAÚDE.....	27
1.2 TEORIA SEMIÓTICA E ENUNCIÇÃO.....	30
1.2.1 Sobre o Percorso Gerativo do Sentido.....	31
1.2.2 Enunciação, Identidade e Simulacros: construção do <i>ethos</i> .....	34
1.3 EM BUSCA DO <i>ETHOS</i> .....	35
1.3.1 Ator da enunciação.....	39
1.4 REGIMES DE INTERAÇÃO E SEMIÓTICA.....	40
<b>CAPÍTULO 2 - O ESTUDO DAS RELAÇÕES HOSPITALARES SOB O PRISMA DO DISCURSO.....</b>	<b>44</b>
2.1 A CONSTRUÇÃO DO <i>ETHOS</i> E DAS IMAGENS DOS ATORES DO ENUNCIADO.....	44
2.1.1 Imagem do médico a partir do discurso dos pacientes.....	45
2.1.2 <i>Ethos</i> do médico e de outros profissionais da saúde a partir de seus discursos.....	53
2.1.3 Imagem do paciente a partir do discurso do médico e de outros profissionais da saúde.....	57
2.1.4 <i>Ethos</i> do paciente.....	61
<b>CAPÍTULO 3 - REGIMES DE INTERAÇÃO ACIONADOS NOS DIÁLOGOS.....</b>	<b>65</b>
3.1 A INTERAÇÃO COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE.....	66
3.2 A INTERAÇÃO COM OS PACIENTES SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE.....	69

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>75</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>82</b>
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TECLE).....	82
ANEXO 2 - Entrevista.....	85
ANEXO 3 - Questionário Sociodemográfico.....	86
ANEXO 4 - Transcrição na íntegra das entrevistas.....	87

## INTRODUÇÃO

Nas palavras de Beth Brait (1995),

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

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

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

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

O tempo todo estamos criando e recriando nossas identidades, provando e contestando posições ideológicas, estabelecendo e extrapolando fronteiras, lutando por lugares na sociedade, e tudo isso se dá pela linguagem. Por meio da construção do *ethos*, que permeia todas as atividades comunicacionais, produzimos nossa identidade perante o outro. Esse conceito prevê que qualquer sujeito, em um cenário de interação, constrói uma imagem de si perante o interlocutor. Em outras palavras, a noção de *ethos* é a imagem que o falante constrói de si próprio. Numa interação, as escolhas feitas pelo falante, conscientemente ou não, permitem, portanto, a construção de uma imagem de sua personalidade, de suas crenças, de sua cultura, de seu caráter moral etc na e pela linguagem. Isso vai de encontro ao proposto por Fiorin (2008), “o discurso não é apenas um conteúdo mas também um modo de dizer, que constrói os sujeitos da enunciação” (p.157).

Partindo dessas primeiras reflexões, a presente pesquisa tem como objetivo examinar um conjunto de relatos sobre um tipo de interação específica, a relação entre profissionais da

saúde e pacientes, utilizando-se da teoria semiótica de linha francesa, com foco nos regimes de interação propostos por Landowski (2014) e no conceito de *ethos* e de ator da enunciação, a partir de um olhar semiótico de Fiorin (2004) e Discini (2003), colocado em diálogo com a Análise do Discurso francesa.

Quando nos referimos à interação entre profissionais da saúde e pacientes, a perda de fluidez nos diálogos pode gerar consequências muito profundas. Esse é o caso das entrevistas chamadas de *anamnese*, que, no contexto médico, têm por objetivo recolher informações dos pacientes e determinar um possível diagnóstico. Quando mal sucedidas, os processos posteriores são prejudicados, corroborando a falta de compreensão e uma má conduta no tratamento. Assim, partimos da ideia de que os relatos colhidos, por meio das entrevistas realizadas nesta pesquisa, poderiam ser bons exemplos de como o tipo de interação pode ser definido por questões que vão além do critério puramente linguístico, uma vez que são levados em conta os papéis sociais assumidos nessa situação de comunicação, bem como questões socioeconômicas e culturais reveladas discursivamente.

Além disso, Barros (2006), em “Procedimentos e recursos discursivos da conversação”, afirma que a interação entre os interlocutores numa conversação é permeada por microrrelações de envolvimento afetivo e emocional, uma vez que esses efeitos passionais que emergem da confiança, do interesse, da desilusão, evidenciados nos processos de repetição, paráfrase, correção, e outros, concernem às relações que os sujeitos constroem. Dessa forma, os papéis passionais dos participantes da cena enunciativa vão se construindo por meio desses procedimentos discursivos.

É importante ressaltar que, segundo a literatura especializada, especificamente na relação médico-paciente, foi sendo construída uma imagem sagrada acerca da profissão médica, isso ocorre porque dizer sobre a vida sempre envolveu um impasse entre o sagrado e o humano. O médico, visto como responsável por garantir a vida, atrai sentimentos de confiança, crença e esperança do paciente, pois o seu saber medicinal eufórico está restrito a poucas pessoas e pode ser visto como o único empecilho para a morte.

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

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

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

A questão que se coloca sobre esse a interação entre médicos e pacientes e, de forma mais abrangente, entre profissionais da saúde e pacientes é que as diferentes maneiras como os sujeitos usuários do SUS narrativizam e discursivizam sua interação com o outro e, assim, constroem o outro e a si mesmos no interior do seu enunciado, revelam aspectos sociais e políticos da sociedade, incluindo aí a maneira como entendem a língua e a linguagem e a própria comunicação, algo que acreditamos também poder interferir no modo como a interação se desenvolve entre profissionais da saúde e pacientes.

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

Além disso, parte integrante desta pesquisa consiste na responsabilidade social de se produzir análises que contribuam com a humanização da saúde, por isso dedicamos parte deste capítulo para entender a política da humanização da saúde proposta pelo Governo Federal, de modo a relacioná-la, primeiramente, aos estudos do discurso, da interação e da antropologia da saúde e, posteriormente, às análises do *ethos*, que se baseia na construção do simulacro do enunciador, e aos regimes de interação (LANDOWSKI, 2014), modelo de

narratividade que se propõe a dar conta de outras narrativas que não apenas aquelas típicas do esquema narrativo canônico proposto por Greimas.

As análises acerca do nosso objeto de estudo se iniciam no segundo capítulo, intitulado “O estudo das relações hospitalares sob o prisma do discurso”. Nas subseções seguintes, analisamos a construção do *ethos* dos profissionais da saúde e dos pacientes e ainda as imagens que cada um constrói do outro, um “ele” enunciado, nos relatos sobre a interação no ambiente hospitalar.

Já o terceiro capítulo trata da análise dos diferentes regimes de interação que são acionados e também valorizados e desvalorizados nos diferentes relatos. Será possível, a partir da percepção dos profissionais da saúde sobre a interação com os pacientes e da percepção dos pacientes sobre a interação com os profissionais da saúde, depreender os regimes de interação mais comuns nessas interações e, ainda, o que isso diz sobre as relações entre estes profissionais da saúde e pacientes.

## **SOBRE O *CORPUS*: METODOLOGIA, LIMITAÇÕES E ALCANCES DA PESQUISA**

A necessidade de se realizar esta pesquisa surgiu de uma percepção individual, relacionada a vivências de familiares, em que foi possível notar que pessoas vindas do Nordeste do país nem sempre conseguiam dialogar, com a necessária clareza, com seus médicos do interior de São Paulo, e isso gerava muitas dificuldades na realização dos demais processos de exames e tratamentos. A partir de reflexões em torno desse evento, pudemos traçar hipóteses e estratégias para pensar na questão e, dessa forma, iniciamos a pesquisa. Nossa hipótese é de que não se tratava apenas de uma dificuldade gerada pela variação linguística, dada pelas diferenças regionais no uso da língua, mas por diferenças de crenças, valores e formas de ver o mundo.

Esta inquietação inicial foi primeiro abordada na Iniciação Científica intitulada: “A interação médico-paciente à luz da Semiótica e da Análise da Conversação: a (im)possibilidade do diálogo”, desenvolvida no ano de 2019 com o apoio da FAPESP e com aprovação do Comitê de Ética, e no Trabalho de Conclusão de Curso, defendido em 2021. Foi nessas duas primeiras pesquisas que tomamos como objeto de estudo o relato acerca da interação entre profissionais da saúde e pacientes e fizemos uma primeira análise, que procuramos aprofundar no trabalho atual de mestrado.

De início, na Iniciação Científica, nosso desejo era investigar a interação entre médicos e pacientes, por meio de gravações das consultas médicas, com vistas a compreender como estes projetavam a si e ao outro nas interações. Entretanto, vale lembrar que, quando interferimos de algum modo em alguma interação, por maior que seja a discrição, aumentamos o nível de vigilância daqueles que estão envolvidos no ato e perdemos a espontaneidade daquilo que se queria investigar. Por isso, ao longo do desenvolvimento da pesquisa, foi possível observar que não era necessário gravar as consultas, poderíamos partir dos relatos sobre as consultas para, então, investigar o modo como cada sujeito narrativizava e discursivizava essa interação em ambiente hospitalar. Com isso, já seria possível depreender os sentidos atribuídos a essa relação.

Outro ponto importante para a mudança de metodologia diz respeito às dificuldades que teríamos para encontrar médicos e pacientes que concordassem em autorizar esse tipo de gravação, já que a consulta médica concerne a um momento de vulnerabilidade do paciente e realizar a gravação deste momento, e posteriormente transcrição e análise, poderia gerar algum nível de exposição dos envolvidos. Assim, abrimos mão da ideia inicial de gravar as consultas e passamos à proposta de coletar entrevistas.

Além disso, logo foi possível perceber que se deter apenas à relação entre pacientes e médicos poderia ser um fator limitante para a pesquisa, uma vez que, em uma unidade de saúde, os pacientes dialogam com muitos outros profissionais também. Dessa forma, estendemos nossas análises a outros profissionais da saúde, tal como dentistas, agentes de saúde e enfermeiros, dispostos a contribuir com a pesquisa.

É importante mencionar ainda que a presente pesquisa teve seu início conturbado, já que se deu em meio à pandemia da Covid-19. Com hospitais superlotados e uma comunidade assolada pela crise sanitária, econômica e política, não foi possível realizar novas entrevistas, como havíamos inicialmente previsto no projeto de mestrado, e assim decidimos aprofundar as análises das entrevistas já realizadas para a Iniciação Científica (2019) e, posteriormente, para o Trabalho de Conclusão de Curso (2021).

O *corpus* desta pesquisa foi constituído na Unidade Básica de Saúde do Parque Valença I da cidade de Campinas, no interior do estado de São Paulo. As Unidades Básicas de Saúde (UBSs), conhecidas antigamente como Centros de Saúde, Postos de Saúde e Clínicas da Família, são os locais responsáveis pela assistência à saúde de uma população definida a partir do endereço residencial do cidadão. Essas unidades contam com profissionais como: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e equipes de saúde bucal, estando aptas a atender e acompanhar a saúde dos indivíduos ao longo das diferentes fases da vida. Sendo

assim, nosso interesse de estudo recaiu sobre as UBS, por serem lugares propícios para colher relatos que não fossem apenas experiências pontuais, mas que construíssem narrativas acerca de interações mais duradouras.

Partindo dessas primeiras reflexões, nesta pesquisa, propusemo-nos a analisar a relação entre profissionais da saúde e pacientes em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Campinas no interior de São Paulo. Para isso, conforme previamente informado, entrevistamos 5 pacientes e 5 profissionais da saúde, entre eles, 2 médicos, 1 enfermeira, 1 dentista e 1 agente de saúde. Por ser uma instituição pública de saúde que sempre requer agilidade entre os profissionais e uma demanda muito grande de atenção requisitada pela quantidade de pacientes, o número de entrevistados foi determinado pela quantidade de pessoas que tinham disponibilidade e interesse em participar da presente pesquisa. Para compor o *corpus*, foram necessárias duas etapas.

Num primeiro momento, o documentador abordava os possíveis entrevistados relatando o interesse da pesquisa e todas as informações necessárias para que estes pudessem compreender o que estávamos fazendo, bem como os riscos e benefícios de sua participação, cláusulas de confidencialidade, informações estas fornecidas pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo I), que seria assinado mediante o aceite em conceder a entrevista.

Este termo pretendia esclarecer para os participantes os objetivos, riscos e benefícios de se participar desta pesquisa, deixando as informações claras, firmando um contrato entre participante e pesquisador, de modo a proteger ambos e gerar segurança ao longo da coleta de dados. Exatamente por isso havia cláusulas de confidencialidade, e os dados do pesquisador e da instituição de pesquisa estavam sempre destacados.

Para a presente pesquisa, não havia necessidade alguma de trabalhar com os nomes dos entrevistados, portanto deixamos evidente para eles que nenhum nome seria divulgado. Porém, era crucial para as análises que essas entrevistas fossem gravadas, este meio de documentação possibilitaria uma análise mais fiel e detida ao material, sem se preocupar com anotações e interpretações dúbias no momento da documentação. Por isso, caso o participante desejasse conceder a entrevista, mas não permitisse que ela fosse gravada, aquela entrevista não seria analisada nesta pesquisa.

Vale destacar que o termo carrega como título de pesquisa “A interação médico-paciente à luz da Semiótica e da Análise da Conversação: a (im)possibilidade do diálogo (2019)”, já que as entrevistas foram realizadas enquanto esta pesquisa estava no estágio de Iniciação Científica. Isso foi possível porque prevemos o uso dos materiais coletados por um período de 5 anos.

Nessa etapa de coleta de dados, foi de suma importância que o contato entre pesquisador e participante fosse direto, a fim de haver explicações e discussões a respeito dos objetivos da pesquisa e do questionário, assim como também respostas a dúvidas que poderiam surgir (RICHARDSON, 1999). Ainda, ao iniciar cada entrevista, o documentador se apresentava, construindo uma relação de confiança com o entrevistado. Tem-se consciência de que as falas eram dirigidas a uma pesquisadora da UFSCar e que isso certamente influenciou no modo como esses informantes interagiram. Todos esses elementos combinados constituíram os alcances e limites para a realização da pesquisa.

Após isso, com aqueles que aceitaram participar da pesquisa, realizamos a entrevista semiestruturada com perguntas abertas (disponível no anexo 2), com o propósito de oferecer ao entrevistado liberdade para se expressar. Sobre isso, o sociólogo Roberto Richardson (1999) diz que:

a entrevista é uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas. É o dono de comunicação no qual determinada informação é transmitida de uma A a uma pessoa B (RICHARDSON, 1999, p. 207).

De fato, a entrevista foi uma peça fundamental para a elaboração do *corpus*. Composta por perguntas abertas, sua intenção era de oferecer ao entrevistado liberdade para expressar-se, mas sendo guiado pelo entrevistador que o norteava sobre o tema em questão. O objetivo era que o entrevistado relatasse sua experiência de vida em relação ao assunto abordado.

Segue roteiro elaborado para condução das entrevistas:

## ENTREVISTA

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

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

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

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

Tratava-se de um roteiro semiestruturado, composto por perguntas que pudessem suscitar diálogo com o entrevistado e que não era seguido à risca. Esse tipo de entrevista pode ser nomeado como entrevista guiada:

o pesquisador conhece previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista. As perguntas dependem do entrevistador, e o entrevistado tem a liberdade de expressar-se como ele quiser, guiado pelo entrevistador (RICHARDSON, 1999, p. 212).

As perguntas propostas serviram de guia para o entrevistador não perder o foco, serviram como uma lista de aspectos que deveriam ser enfocados, mas o objetivo aqui era gerar discussão a respeito da problemática, uma vez que “a entrevista guiada visa a que o entrevistado possa discorrer livremente, nas suas próprias palavras, em relação a temas que o entrevistador coloca para iniciar a interação” (RICHARDSON, 1999, p. 214).

Para elaboração dessas perguntas norteadoras, refletimos sobre quais informações gostaríamos de obter para conseguir responder à indagação inicial: como os sujeitos usuários e profissionais do SUS narrativizam e discursivizam sua interação com o outro e, assim, constroem o outro e a si mesmos no interior do seu enunciado? Vale ressaltar, também, que, no início da pesquisa, quando as entrevistas foram propostas, acreditávamos que médicos e pacientes seriam o centro da análise, mas percebemos que se tratava, na realidade, de um equipe multidisciplinar de trabalho que envolvia outros profissionais da saúde, por isso as perguntas foram pensadas para pacientes e médicos, mas entrevistamos também outros profissionais da saúde e adequamos as perguntas a eles.

De forma mais detida, ao perguntar sobre o tempo de atuação e uso do SUS, gostaríamos de averiguar a extensão de dados que aquele participante poderia fornecer. Com relação aos profissionais da saúde, a quantidade de pacientes atendidos por dia poderia ser um indicador de estratégias de interação desempenhadas pela alta demanda. Ao questionarmos os profissionais da saúde sobre como os pacientes seriam, objetivamos depreender impressões apreendidas por esses profissionais que poderiam nos fornecer dados sobre a construção do *ethos* deles próprios e dos pacientes. Além disso, saber se os pacientes seguiam ou não as recomendações médicas poderia indicar falhas na interação e, a partir daí, poderíamos analisar aquilo que atrapalharia a interação entre profissionais da saúde e pacientes. Em relação aos pacientes, ao serem questionados acerca da sua última consulta, esperava-se que relatassem aquilo que surgia de modo mais imediato em sua memória. As perguntas finais tratavam sobre o que cada participante entendia por “boa comunicação” e, a partir das respostas a essas questões, pretendíamos depreender as expectativas e frustrações desses participantes em suas narrativas.

Vale destacar que foi possível entrevistar os profissionais da saúde em suas respectivas salas, possibilitando alguma privacidade na coleta de dados. Porém, as entrevistas com os pacientes foram realizadas em ambientes de espera, tais como corredores da UBS. Aqueles que se voluntariaram a participar da pesquisa, muitas vezes, eram usuários daquela UBS, mas que, naquele momento, estavam como acompanhantes ou estavam à espera de sua consulta médica. Sendo assim, este era o tempo disponível para cada entrevista: entre a

espera e a realização da consulta. A necessidade de rapidez na condução das conversas somada ao ambiente público, sem privacidade, e cheio de barulhos e outras distrações, impuseram limites para a coleta desses dados. Ainda assim, foi possível a realização das entrevistas.

Essas entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra (disponível no anexo 4) segundo as normas do NURC, tendo em vista a proposta de transcrição de conversações apontada por Marcuschi em seu livro *Análise da Conversação* (1999), para que pudessem ser analisadas.

Depois da entrevista guiada, os entrevistados responderam a um questionário sociodemográfico (disponível a seguir e no anexo 2), composto por perguntas e afirmações fechadas com categorias de respostas fixas e preestabelecidas, cujo intuito era obter esses dados rapidamente, já que nosso tempo era limitado, e, assim, obter informações sobre os entrevistados no que diz respeito ao sexo, faixa etária, cidade natal, profissão, estado civil e escolaridade. A proposta era levá-los a responder a alternativa que mais se aproximava de suas características.

### QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo

Masculino

Feminino

Outro

2. Idade:

3. Cidade Natal:

4. Profissão:

5. Estado Civil

Solteiro

Casado / União de Facto

Divorciado

6. Escolaridade

• Analfabeto

• Ensino Fundamental

Completo  Incompleto

• Ensino Médio

Completo  Incompleto

• Ensino Superior

Completo  Incompleto

O objetivo desse questionário era encontrar nos dados sociodemográficos elementos que pudessem responder ao nosso questionamento inicial, além disso esses dados poderiam nos auxiliar a ter um *corpus* diversificado, abrangendo a multidimensionalidade da problemática.

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

Em nossas análises, apresentadas mais adiante, será possível perceber que não apenas as dessemelhanças podem causar assimetrias, mas há construções sociais cristalizadas no discurso - muitas vezes comuns aos sujeitos da interação - que podem ser prejudiciais à comunicação, tal como veremos. Por isso, vale conhecer o perfil sociodemográfico de nossos informantes. Os nomes foram omitidos, restando dados como: sexo, idade, cidade natal, profissão, estado civil e escolaridade, respectivamente:

- **Dados Sociodemográficos - Pacientes**

- Masculino
  - **Informante 01** - 40 anos, São João (Paraná), Motorista de caminhão, Casado/União de Facto, Ensino Superior Incompleto
  - **Informante 02** - 38 anos, Salvador (Bahia), Pintor, Casado/União de Facto, Ensino Médio Incompleto
  - **Informante 03** - 62 anos, Iguaraçu (Paraná), Segurança, Casado/União de Facto, Ensino Fundamental Completo
- Feminino:
  - **Informante 04** - 40 anos, Campinas (São Paulo), Servente de Limpeza, Casado/União de Facto, Ensino Médio Completo
  - **Informante 05** - 35 anos, São Paulo (São Paulo), do lar, casada/união de facto, Ensino Fundamental Incompleto
- Outro: -

- **Dados Sociodemográficos - Profissionais da Saúde**

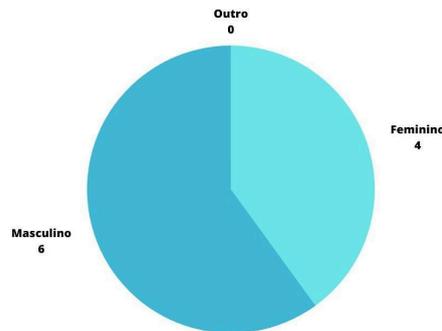
- Masculino
  - **Informante 06** - 53 anos, Araraquara (São Paulo), Dentista, Casado/União de Facto, Ensino Superior Completo
  - **Informante 07** - 48 anos, São Paulo (São Paulo), Médico com pós-graduação em saúde da família e psiquiatria (em andamento), Solteiro, Ensino Superior Completo
  - **Informante 08** - 64 anos, Santa Cruz das Palmeiras (São Paulo), médico, Casado/União de Facto, Ensino Superior Completo,
- Faminino
  - **Informante 09** - 47 anos, Piaçabuçu (Alagoas), Agente de Saúde, Divorciada, Ensino Superior Incompleto
  - **Informante 10** - 35 anos, Campinas (São Paulo), Enfermeira, Casada/União de Facto, Ensino Superior Completo
- Outro: -

**Tabela 01 - Cruzamento dos dados de pacientes e profissionais da saúde**

Sexo		Naturalidade		Estado Civil		Escolaridade	
Pacientes	Profissionais da Saúde	Pacientes	Profissionais da Saúde	Pacientes	Profissionais da Saúde	Pacientes	Profissionais da Saúde
02 femininos 03 masculinos	02 femininos 03 masculinos	01 Nordeste 02 Sudeste 02 Sul	01 Nordeste 04 Sudeste	05 Casados/União de Facto	03 Casados/União de Facto 01 Solteiro 01 Divorciado	01 Ensino Superior Incompleto  02 Ensino Médio Incompleto  01 Ensino Fundamental Completo  01 Ensino Fundamental Incompleto	04 Ensino Superior Completo  01 Ensino Superior Incompleto

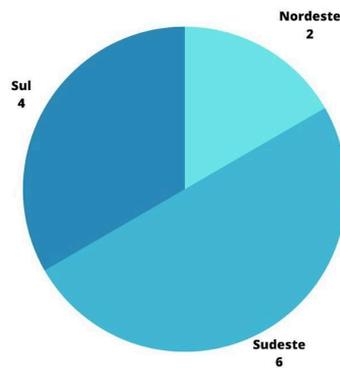
A seguir, serão apresentados alguns gráficos nos quais cruzamos esses dados, de modo a tornar mais visual algumas informações.

**Gráfico 01 - Dados sobre sexo**



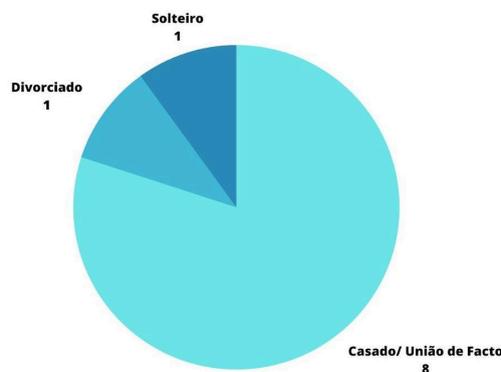
No gráfico 01, é possível perceber que foram entrevistadas 04 pessoas do sexo feminino e 06 pessoas do sexo masculino. No questionário sociodemográfico, os informantes tinham como opção: feminino, masculino e outro (anexo 3). Apesar de praticamente equiparado, vale ressaltar que as entrevistas foram feitas na sala de espera e, por isso, em muitos casos, enquanto a mãe estava em atendimento com a(s) criança(s), era o acompanhante quem respondia à pesquisa.

### Gráfico 02 - Dados sobre naturalidade



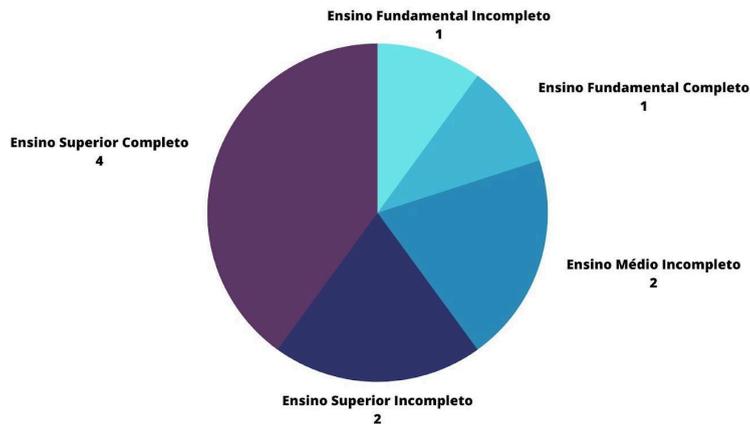
No gráfico 02, temos os dados acerca da naturalidade dos informantes: 02 nasceram no Nordeste, 04 no Sul e 04 no Sudeste. Fica evidente no gráfico 02 que a metade do número total de entrevistados era natural do Sudeste, uma proporção consistente com o contexto das entrevistas. Apesar disso, havia ainda informantes do Sul e Nordeste, possibilitando algum diálogo com os regionalismos.

### Gráfico 03 - Dados sobre Estado Civil



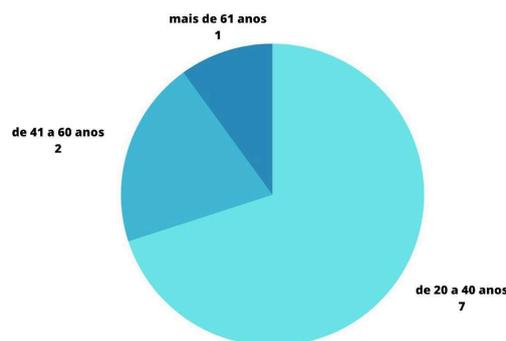
Os dados sobre o estado civil dos informantes revelaram que a maioria se encontrava casada ou em união de facto. Em um caso, um casal de informantes foi entrevistado junto.

**Gráfico 04 - Dados sobre Grau de Escolaridade**



O gráfico 04 nos mostra dados sobre o grau de escolaridade dos nossos informantes. Dentre os profissionais da saúde, 04 possuíam ensino médio completo e 01 ensino médio incompleto. Dentre os pacientes, 01 possuía ensino fundamental incompleto, 01 ensino fundamental completo, 02 ensino médio incompleto e 01 ensino superior incompleto. Em resumo, os profissionais da saúde possuíam formação a partir do ensino superior, enquanto os pacientes possuíam entre o ensino fundamental incompleto e o ensino superior incompleto. O gráfico 04 pode ainda, quando posto em diálogo com os dados sobre a profissão desses informantes, ser um indicador de seu perfil socioeconômico.

**Gráfico 05 - Dados sobre Faixa Etária**



Neste gráfico, é possível perceber que a maioria dos informantes pertencia à faixa etária entre 20 e 40 anos, havendo alguma variedade de faixas etárias permeando entre 35 e 62 anos.

Essas entrevistas foram transcritas na íntegra seguindo as regras de transcrição do NURC (Anexo 4) e seus trechos de maior relevância para esta pesquisa foram analisados. A partir da análise desses dados, foi possível perceber, sobretudo, a construção do *ethos* entre profissionais da saúde e pacientes, bem como o significado atribuído à vida, seu valor sagrado, e consequências na produção e manutenção de paixões que influenciam na condução dos diálogos. Além disso, foi possível ainda analisar a constituição do ator da enunciação e os regimes de interação acionados, valorizados e desvalorizados pelos participantes em suas narrativas.

## **CAPÍTULO 1 - BASES FUNDAMENTAIS E ENCONTROS TEÓRICOS**

### **1.1 ANTROPOLOGIA DA SAÚDE, ESTUDOS DO DISCURSO E HUMANIZASUS**

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

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

A observação dos aspectos culturais e sociais oferece meios para que o sistema de saúde forneça aos pacientes uma medicina mais humanizada, voltada ao sujeito que deve ser visto como um ser localizado em um período histórico e num espaço geográfico, transpassado pela cultura, pela sociedade e inscrito em uma formação discursiva específica, visto, portanto, como um ser político, produtor de sentidos e significados.

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

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

Embora o sistema médico estatal seja o biomédico, que oferece serviços de saúde via Sistema Único de Saúde (SUS), a população, quando enferma, recorre a vários outros sistemas. Muitos grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura. Pensar o sistema de atenção à saúde como um sistema cultural de saúde ajuda compreender esses múltiplos comportamentos. (LANGDON; WIIK, 2010, p. 179).

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

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

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

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

Nesse sentido, em meados de 2003, o Governo Federal do Brasil propôs uma Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), HumanizaSUS, vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, que consistiu em projetos de efetivação e valorização de princípios do SUS, tais como as práticas de atenção e gestão e as trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, com o objetivo de propor planos de ação para promover e disseminar inovações em saúde.

O cerne dessa política consiste em ampliar o grau de contato e de comunicação entre pessoas e grupos, desfazendo-se das relações hierarquizadas. Esse princípio de transversalidade reconheceria que poderia haver diálogo entre as diferentes especialidades e práticas de saúde e aqueles que são assistidos e que, juntos, esses saberes poderiam produzir a saúde de forma corresponsável

ou seja, o exercício do método – a inclusão - deve considerar, necessariamente, que não se separe a gestão da clínica, que se promovam processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo, e que se aposte que os sujeitos são capazes de produzirem deslocamentos desde seus interesses mais imediatos, construindo processos de negociação, permitindo a criação de zonas de comunalidade e projetos comuns (BRASIL, 2010a, p. 7).

Torna-se notável a preocupação que se tem sobre a comunicação no âmbito da saúde, valendo-se de termos como “comunicação” para se propor práticas menos hierarquizadas e mais humanizadas. Alia-se à humanização, os conceitos de comunicação e corresponsabilização, demonstrando uma relação direta entre o diálogo exercido por esses sujeitos e as práticas humanizadas dentro das unidades de saúde.

Para tanto, é preciso compreender o que, dentro desse contexto, entende-se por humanização.

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2010b, p. 197).

Novamente, o que se tem é a valorização do trabalho coletivo por meio da corresponsabilidade, participação coletiva e estabelecimento de vínculos solidários que só é possível pela valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde.

Esse projeto resultou em “publicações produzidas pelo Núcleo Técnico de Humanização do Ministério da Saúde que abrange as diretrizes e dispositivos da Política

Nacional de Humanização, desde sua criação em 2003” (BRASIL, 2010a). Essa política nos aponta para a existência de um sistema de saúde que não trata estritamente de saúde, mas que engloba diferentes níveis e dimensões da atenção e da gestão.

Nos próximos capítulos, mostraremos como estes ideais são mobilizados nos relatos e fundamentam nossas análises.

## 1.2 TEORIA SEMIÓTICA E ENUNCIÇÃO

Para Fontanille (2019), “uma das propriedades mais interessantes do discurso é a sua experiência em *esquematizar* globalmente nossas representações e nossas experiências” (p. 83). A partir daí, o interesse sobre o estudo do discurso recai, principalmente na teoria semiótica, em investigar este ato de presença, de um corpo sensível que se exprime a partir da instauração do discurso.

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

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

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

### 1.2.1 Sobre o Percurso Gerativo do Sentido

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

Ainda segundo Barros (2005), o nível fundamental é o primeiro nível do percurso do sentido. É, portanto, o nível mais abstrato e simples. Aqui, os sentidos são entendidos como uma categoria formada por dois termos, como, por exemplo, vida e morte, que são sobredeterminados pela foria, podendo ser *eufóricos* ou *disfóricos*. As relações produzidas entre contrários e subcontrários dessa categoria podem ser representadas por meio do *quadrado semiótico*. O componente semântico reside nos termos, enquanto o componente sintático reside na afirmação e negação desses termos.

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

Esses esquemas narrativos se submetem à existência passional dos sujeitos. Segundo Barros (2005, p. 48), “numa narrativa, o sujeito segue um percurso, ou seja, ocupa diferentes posições passionais saltando de estados de tensão e de disforia para estados de relaxamento e euforia e vice-versa”. As paixões, como resultado de construções sociais e afetivas, influenciam na maneira como se conduz um percurso. Os sujeitos se valem de suas crenças e esperanças e, a partir delas, mobilizam enunciados e agem de determinada maneira. Para além do descritivismo, as oposições fundamentais, a manipulação (fazer-fazer), a ação (competências e performances), a sanção (cognitiva e pragmática) e as paixões podem ser

percebidas em quaisquer aspectos da vida humana, seja em um percurso narrativo da literatura, seja na condução de um diálogo, uma vez que a semiótica se propõe a estudar o modo humano de existir na e pela linguagem, “cada texto concretiza de modo diferente os esquemas de previsibilidade do nível semionarrativo, que abrange os dois primeiros patamares de produção do sentido” (TEIXEIRA, 2014, p. 229).

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

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

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

A sintaxe discursiva, por sua vez, remete à instalação de pessoas, tempos e espaços. Nesse componente, a enunciação tem papel crucial, “a enunciação é a instância constitutiva do enunciado” (FIORIN, 2016, p.31). É por meio dela que as categorias de pessoa, tempo e espaço são instaladas no discurso.

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

É no nível discursivo, sobretudo em sua semântica, que as posições ideológicas, mais ou menos conscientes, dos sujeitos se tornam mais evidentes. Nesse âmbito, o modo como algo é dito se torna mais importante do que o que é dito. O enunciador e o enunciatário constituem a instância da enunciação. Isso porque todo “eu” pressupõe um “tu”. Todo

enunciado é formulado de acordo com o outro e esse outro se torna coprodutor do enunciado e, portanto, um coenunciador. Por meio desse jogo de vozes, é possível perceber a intersubjetividade de cada ato, pontos de vistas sendo confrontados no discurso, conforme revelam, principalmente, a tematização e a figurativização, mas também a discursivização da pessoa, do tempo e do espaço, que podem ser compreendidas de forma argumentativa. Isso porque, narrativizando a enunciação, podemos entender o enunciador como um destinador e o enunciatário como um destinatário, estabelecendo-se, assim, um contrato enunciativo. Segundo o Dicionário de Semiótica (1979),

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

Para compreender o que acontece no interior dos enunciados e em sua narrativização, é preciso entender o funcionamento desse contrato enunciativo que promove uma espécie de acordo fiduciário entre enunciador e enunciatário no interior do discurso enunciado. Para Barros (2005), “A teoria semiótica examina a enunciação enquanto instância pressuposta pelo discurso, em que deixa marcas ou pistas que permitem recuperá-la” (p. 74) Por meio da enunciação, são insaturadas as categorias de pessoa, espaço e tempo nos enunciados, caracterizando as operações de debreagem e embreagem. A embreagem é marcada pelo efeito de retorno à enunciação, causando uma neutralização das categorias de pessoa, espaço ou tempo pela denegação da instância do enunciado. A debreagem, por sua vez, é a operação em que o sujeito disjunge de si e projeta para fora de si as categorias de pessoa, espaço e tempo. A debreagem em cada categoria, bem como a embreagem, pode ser enunciativa ou enunciva, criando, assim, os efeitos de subjetividade e objetividade, respectivamente.

### 1.2.2 Enunciação, Identidade e Simulacros: construção do *ethos*

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

Vale ressaltar que essas construções identitárias se estabelecem por meio de simulacros. De acordo com o Dicionário de Semiótica (GREIMAS, 1991), simulacro pode ser compreendido com um tipo de figura de componente temático e modal por meio da qual os actantes da enunciação projetados no enunciado se deixam apreender mutuamente, é a representação das competências que os actantes da comunicação se atribuem.

Em outras palavras, não se trata daquilo que pode ou não ser identificado como verdadeiro a respeito do outro, mas como aquilo que é construído sobre o outro. Não existe, portanto, uma essência do outro a ser atingida, mas é possível mapear a construção de identidades por meio das narrativas e discursos mobilizados.

O enunciador 1 constrói uma imagem de si, levando em consideração a que ele imagina que o seu enunciatário faça dele. O enunciatário, ao mudar para a posição de enunciador 2, constrói uma imagem de si de acordo com a que ele imagina que o enunciador 1 faça dele. Dessa forma, não temos acesso à pessoa real, mas sim à projeção dela nos enunciados. Esse simulacro estabelecido entre enunciador e enunciatário (ou coenunciador) remonta ao conceito da Retórica Clássica, nomeado de *ethos*, que ecoa na construção discursiva, conceito este que Maingueneau operacionalizou nos domínios da Análise do Discurso em meados dos anos 80 e que também vem recebendo atenção de semioticistas como Fiorin (2004) e Discini (2003).

É preciso ainda, para melhor compreensão do fenômeno, extrapolar o conceito de linguagem tido como mera representação do mundo e do pensamento, ela é, antes de tudo, uma forma de interação social, tal como propôs Koch (2000). Faz-se necessário entender a linguagem humana a partir do “lugar de interação, de constituição de identidades, de representações de papéis, de negociação de sentidos” (p. 110).

Na teoria semiótica, é preciso notar que, segundo Greimas (1983), o ato da linguagem é, antes de tudo, um ato. Este, por sua vez, é um fazer-fazer de um sujeito sobre o outro e usa dois predicados elementares: o primeiro é caracterizado por uma relação de transformação, e o segundo é marcado por uma relação de junção, assim existem dois tipos de sujeito: um

sujeito do fazer e outro de estado (FIORIN, 2009). O sujeito realizador necessita estar modalizado pelo querer, pelo dever, pelo saber e pelo poder fazer, para transformar a relação do sujeito, enquanto há um sujeito do estado que espera pela conjunção ou disjunção com seu objeto-valor. Em nosso *corpus*, a cura, ou mesmo a própria vida, são os objetos-valores a serem alcançados, um diagnóstico e, posteriormente, um tratamento médico são, portanto, objetos modais que possibilitam isso.

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

### 1.3 EM BUSCA DO *ETHOS*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Na teoria discursiva, o *ethos* está, portanto, ligado à enunciação. A imagem do locutor é construída pela forma pela qual algo é dito e não necessariamente pelo que é dito. Logo, podemos afirmar que, na prática cotidiana, os sujeitos se valem da língua para, além de tudo,

produzir identidade, isso é posto não apenas pelo que se fala, mas por como se fala, uma vez que o *ethos* não está no enunciado, mas na enunciação. Assim se constrói um jogo de aparências criado pela imagem do falante:

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

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

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

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

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

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

Já em meados da década de 90, os postulados de Hjelmslev demonstravam que, por meio da linguagem, o ser humano faz muito mais do que apenas dizer coisas, sendo ela

inseparável do homem, pois o segue em todos os seus atos. O tempo todo estamos dizendo algo e, à medida que o dizemos, dizemos também sobre nós, construímos nossa identidade, tecemos nossa vida. Segundo o autor, “a linguagem não é um simples acompanhante, mas sim um fio profundamente tecido na trama do pensamento” (HJELMSLEV, 1975, p. 1).

Trata-se, então, de apreender o sujeito construído pelo discurso. Aqui, o que nos interessa é a concretização temático-figurativa, tal como proposto pelo autor.

quando falamos em eu e tu, falamos em actantes da enunciação, ou seja, em posições dentro da cena enunciativa, aquele que fala e aquele com quem se fala. No entanto, nos diferentes textos, essas posições são concretizadas e esses actantes tornam-se atores da enunciação. O ator é uma concretização temático-figurativa do actante. (FIORIN, 2004, p.18)

Ainda segundo Fiorin (2004), as imagens projetadas, por meio do discurso, do enunciador e do enunciatário constituem, simulacros, e “são esses simulacros que determinam todas as escolhas enunciativas, sejam elas conscientes ou inconscientes, que produzem os discursos” (p. 29) Assim, “o *ethos* não se explicita no enunciado, mas na enunciação” (FIORIN, 2007, p.29), deixando marcas na enunciação enunciada.

Essas observações nos mostram que a construção do *ethos* é transpassada pela história, pela memória, pelo social, pelas construções identitárias e pelas constantes tentativas de persuasão e manipulação. Com base nisso, apresentaremos, neste trabalho, nossas análises a respeito do *ethos* dos profissionais da saúde e dos pacientes.

### 1.3.1 O ator da enunciação

Para Fontanille (2019), as noções de *actante* e *ator* distinguem dois grandes tipos de identidade no discurso. Enquanto o actante está no escopo da sintaxe narrativa, o ator está presente no nível da semântica discursiva, que reveste ao menos um papel actancial e ainda a projeção e um “eu” ou de um “ele”, construídos na sintaxe discursiva:

no ator, juntam-se elementos da sintaxe narrativa (um papel actancial pelo menos) e da sintaxe discursiva (a projeção de um “eu” e ou de um “ele”, por exemplo). O resultado desse casamento sintático recebe preenchimento semântico, sob a forma de um ou mais papéis temáticos e pode, dependendo do texto, ser especificado ou concretizado pelo revestimento figurativo (BARROS, 2005, p. 68).

Greimas (2014), nos aponta para o ator como um lugar de encontro das narrativas com as estruturas discursivas, já que quando figuras são capazes de sustentar papéis actanciais, tornam-se papéis temáticos e assumem o nome de atores. Em suas palavras,

um ator é, portanto, o lugar de encontro e conjunção das estruturas narrativas com as estruturas discursivas, da componente gramatical com a componente semântico, pois ele está encarregado ao mesmo tempo de ao menos um papel actancial e um papel temático os quais determinam sua competência e os limites de seu fazer e ser (GREIMAS, 2014, p.78).

Para entender o ator, é preciso entender que, remetendo à instância da enunciação e aos procedimentos de debreagem e embreagem, o enunciador utiliza-se do sema da individualização ao falar do outro e, assim, cria-se um ator investido de características que o individualizam. Esse ator pode ser coletivo ou individual, figurativo ou não-figurativo. Ainda sobre essa questão, Greimas e Courtés (1979) nos dizem que

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

O enunciador, ao instaurar um ator do enunciado, atribui a ele um papel temático que, de modo abstrato, o categoriza. A partir disso, por meio de sua instauração no enunciados e desses papéis, é possível perceber nas maneiras como os diferentes sujeitos usuários do SUS narrativizam e discursivizam sua interação, como constroem os diferentes atores do enunciado, no caso, como os pacientes constroem os atores do enunciado médicos, agentes de

saúde, enfermeiros etc., e como os profissionais da saúde constroem os atores do enunciado pacientes.

#### 1.4 REGIMES DE INTERAÇÃO E SEMIÓTICA

Quando o assunto é interação e semiótica, um autor que aponta é Eric Landowski. De início, é preciso compreender que, segundo Landowski (2014), a semiótica tomou para si o papel de descrever, analisar e organizar as relações que se estabelecem no interior dos textos e, além disso, a maneira pela qual os sentidos lhes são atribuídos.

dotou-se de uma metalinguagem e de modelos que lhe permitem descrever, não só as coisas mesmas, mas a maneira como lhes atribuem sentido projetando sobre elas um olhar que organiza suas relações (p. 11).

Parece existir, portanto, um processo ininterrupto de produção e interpretação do sentido. Landowski (2014) também nos diz que existe uma diversidade de regimes de presença e de interação em nossas relações com o mundo e com o outro, o que nos permite comparar os diferentes regimes de construção do sentido no mundo.

Diferenças muito extremas entre as maneiras de construir sentido interferem nas interações, podendo até mesmo dificultar a comunicação, se não houver predisposição para aproximar-se do outro em suas especificidades e diferenças. Aqui, no caso das interações entre profissionais da saúde e pacientes, as dificuldades de comunicação parecem gerar consequências sociais e sanitárias em larga escala. É preciso, portanto, um olhar não ingênuo para a compreensão na comunicação, sob o prisma da semiótica discursiva e dos estudos acerca da interação.

Para Landowski (2014), na relação médico-paciente, os diferentes modos de construção e manutenção dos diálogos se evidenciam, por exemplo, “porque o paciente se apresenta como uma pluralidade de instâncias que o médico pode escolher entre diversos regimes de interação, de tratamento” (p. 34). O médico pode tratá-lo como corpo-objeto, de forma que o médico apenas o considera como um simples organismo doente e, a partir de então, traça um certo tipo de interação, porém ele pode ainda se dirigir ao paciente enquanto corpo-sujeito, ou seja, como um sujeito modalizado pelo desejo de ser curado, um sujeito que possui suas crenças e competências, e, a partir daí, traçar um novo regime de interação.

O autor, no livro *Interações Arriscadas* (2014), ao trazer para o debate a universalidade do esquema narrativo canônico proposto por Greimas, propõe um novo

modelo de narratividade que dê conta de mais narrativas, inclusive das não previstas. Landowski (2014) mostra que as escolhas que efetuamos, de forma mais ou menos consciente, em uma interação nos introduzem em diferentes tipos de regimes de interação e, por isso, entre diferentes regimes de sentido. A partir de uma reflexão sobre o risco e a regularidade, o autor propõe quatro possíveis regimes de interação: a programação, o acidente, o ajustamento e a manipulação.

A partir do princípio da regularidade, o autor propõe um primeiro tipo de regime de interação, a programação.

para que um sujeito possa operar sobre um objeto qualquer, é necessário que tal objeto esteja “programado”; mas a noção de programação remete à ideia de “algoritmo de comportamento” e finalmente essa ideia se traduz, em termos de gramática narrativa, na noção precisa de papel temático (LANDOWSKI, 2014, p.22).

Esse tipo de regime se baseia na regularidade de comportamento e oferece grande segurança. Aqui, suspendem-se as causalidades físicas e as que estão vinculadas a invariantes de caráter social, a interação se dá pela redução dos atores a seus papéis temáticos. Assim, a identidade dos atores é reduzida à definição de um papel temático-funcional do qual não poderão escapar nem desviar. Temos, então, interações que são expressas por práticas rotineiras, protocolares.

Uma interação pode ser considerada programática quando é suficiente que o ator se apoie em certas determinações estáveis do comportamento do outro. Para o autor, atividades desse tipo concernem nossa relação com as coisas, por isso, sua aliança culmina em organizações de sociedades totalitárias, “espécie de máquinas humanas a serviço da máquina de produção” (LANDOWSKI, 2014, p. 32).

Entretanto, a interação pode não ser regida pela regularidade, mas sim pela intencionalidade, possibilitando o regime da manipulação, a partir da qual as condutas dos sujeitos são provenientes de motivações e razões, produzindo um fazer-fazer. Enquanto o papel temático delimita praxeologicamente o fazer um ator e faz dele um agente funcional, a competência modal lhe permite um querer.

Compartilhada pelos sujeitos, essa competência propriamente semiótica os habilita para se "comunicarem" entre si e, por isso mesmo, os faz manipuláveis uns pelos outros, tanto em função de suas respectivas motivações e razões, quanto a partir de cálculos que efetuam no que concerne à competência modal de seus interlocutores. (LANDOWSKI, 2014, p. 28).

Interagir, desse modo, significa atribuir ao outro ou reconhecer nele uma “vontade” e, a partir daí, operar sobre o sujeito, mas vale ressaltar que compreendê-lo como sujeito é apenas uma estratégia no processo de dominá-lo, de modo a fazê-lo realizar algo. Ainda assim, entendê-lo como sujeito possibilita o surgimento de um terceiro regime de interação, o ajustamento.

Em interações de ajustamento, provenientes do princípio da sensibilidade, o comportamento tem por vocação variar em função da diversidade dos contextos, justamente por não estar limitado à execução de algoritmos preestabelecidos, portanto as mesmas causas não produzem sempre e automaticamente os mesmos efeitos. O outro ator, aquele com o qual se ajusta, não está encerrado nos limites de um papel temático; e isso aumenta o risco em relação à programação.

Nesse regime, nenhum dos atores planeja previamente e exatamente aquilo que deverá resultar da interação, isso porque “estamos lidando agora com uma interação entre iguais, na qual as partes coordenam suas dinâmicas por meio de um fazer conjunto” (LANDOWSKI, 2014, p. 50). Ainda, para o autor,

sob o regime do ajustamento, o que cada um dos interactantes visa através das relações sensíveis que os unem não é mais (ou em todo caso cessa de ser unicamente) de ordem da "liquidação da falta " ou da satisfação de necessidades pessoais. Cada qual busca, antes de tudo, descobrir uma forma de realização mútua (LANDOWSKI, 2014, p. 54).

Por último, temos o quarto regime de interação, o acidente (o acaso), modelo que descreve acontecimentos que, por sua própria natureza, escapam a qualquer determinação. Para o autor, esse é um “estranho regime de interação, no qual o comportamento do outro - agora, o puro acaso - não dá motivo à interpretação alguma fundada na razão e não oferece garantia alguma no plano prático” (LANDOWSKI, 2014, p. 72). Assim, a aleatoriedade constitui o princípio fundador desse regime de sentido e de interação autônoma.

É somente na sua própria manifestação, realizando-se (por exemplo, por meio de uma série de números tirados à sorte, e não outra), que o acaso se auto institui, em ato, como sua própria lei - mas sem desdobramento nem reflexividade de qualquer tipo. O acaso aparece, assim, tanto como a imanência mesma, quanto como a transcendência absoluta (LANDOWSKI, 2014, p. 76).

Em outras palavras, o acaso não é motivado, por isso, não possui competência nem ordem modal, age sem razão. Nesse caso, se há intencionalidade, ela não é conhecida.

No interior de cada um dos quatro regimes, nenhuma prática é neutra, seu exercício transforma a maneira como se exerce, “com o uso, aprende-se a dominá-la melhor e, por isso, a perceber mais claramente suas potencialidades e seus limites” (LANDOWSKI, 2014, p. 82).

Essa proposta de Landowski será importante para a presente pesquisa, uma vez que, segundo Fiorin (2014), tal modelo alarga as condições de aplicabilidade da teoria narrativa e nos permite aplicá-la em narrativas marcadas pelo risco e pela possibilidade de deslizamentos de um regime para outro. Torna-se possível, portanto, enxergar as interações conversacionais, em especial, entre profissionais da saúde e pacientes, por uma outra ótica. Esse sistema (2014) também acaba por “descrever, com rigor, mudanças culturais, noções diversas de História, práticas sociais distintas, diferentes concepções de arte [...] e assim por diante” (FIORIN, 2014, p. 9), tornando-se muito produtivo para o estudo de qualquer interação.

## CAPÍTULO 2 - O ESTUDO DAS RELAÇÕES HOSPITALARES SOB O PRISMA DO DISCURSO

### 2.1 A CONSTRUÇÃO DO *ETHOS* E DAS IMAGENS DOS ATORES DO ENUNCIADO

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

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

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

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

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

Vejam como isso apareceu nas entrevistas realizadas.

### 2.1.1 Imagem do médico a partir do discurso dos pacientes

A construção, ao longo da história, de uma imagem sagrada acerca da profissão médica, ocorreu, entre outros aspectos, porque o discurso sobre a vida, e assim, sobre a morte, sempre envolveu um impasse entre o sagrado e o humano. O médico atrai sentimentos de confiança, crença e esperança do paciente, pois o seu saber medicinal eufórico está restringido a poucas pessoas e é visto como um empecilho para a morte, já que tem o poder de garantir a vida. Essa crença no médico forma nossa memória, o que contribui para que, na interação profissionais da saúde-paciente, expectativas e sentimentos sejam mobilizados, esses sentimentos são nomeados de paixões na semiótica de linha francesa. Do ponto de vista semiótico, podemos dizer que o médico é, muitas vezes, visto como o destinador que garantirá a competência para que o paciente se torne o sujeito do fazer, capaz de se manter, agora, como sujeito de estado, em conjunção com a vida, a saúde, possibilitando o enfrentamento do antissujeito, a doença, a morte.

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

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

Essa aproximação que se faz do médico com o sagrado aparece na seguinte sequência (1), retirada de uma das entrevistas realizadas com pacientes. Neste trecho que se segue, foram entrevistados, ao mesmo tempo, um casal de pacientes que respondiam às perguntas juntos, de forma mais ou menos harmoniosa. O informante 2 é um homem, de 38 anos, nascido em Salvador (Bahia), pintor, com ensino médio incompleto, casado em união de fato com a informante 5, mulher de 35 anos, nascida em São Paulo (São Paulo), com ensino fundamental incompleto.

(1)

**Inf 02.**

[é arrogância... muita arrogância

**Inf 05.**

e fala:: dá uma queixa:: aí cê fala que não tá bem:: e

eles/e eles não vão te deixar eh/ eles não vão te deixar ir embora.. vai jogá você lá pa salinha/tem uma médica aqui<sup>1</sup> que eu con/ELA CAIU DO CÉU... aquela dali te te abraça:: tem uma doutora... doutora [...] <sup>2</sup> minha filha acho que é mãe de de todos mas ela abraça:: você ela ela

**Inf 02.** tem amor à profissão

**Inf 05.** ela entende:: que que você tá passando igual eu tive uma crise e quem veio me atender foi ela.. então ela me acalmou com as palavra dela e tudo falou assim eu entendo nós tem amor aos nossos pacientes:: tem uns médicos aí que::

**Inf 02.** dá pra você confiar... dizê nossa tô protegido/ porque a proteção vem de Deus mas tem um ser humano pra proteger a gente.. pra ajudar quando nós precisamos mas naquele hospital ali vou falar pra você

Esse é um exemplo de como a temática religiosa aparece em interações cotidianas, especialmente, naquelas que tratam da saúde (e, assim, da vida e da morte). De início, é possível observar isso na medida em que os informantes se valem de metáforas religiosas para falar sobre pessoas comuns. O informante 5, ao dizer “ela caiu do céu”, utiliza uma metáfora cotidiana muito comum, usada quando um falante quer atribuir qualidades excepcionais a uma pessoa, mas não se pode deixar de notar que, para isso, aproxima a pessoa do divino, ou ainda o divino do humano. Ao usar a fórmula “fulano caiu do céu” se está dizendo, ao mesmo tempo, que “fulano é um anjo”, criando uma cena religiosa. Essa valoração é reafirmada com o complemento “te atende.. te abraça”, traços muito significativos para indicar que o médico demonstra amor pelo paciente.

O informante 2 reafirma a temática religiosa quando diz: “porque a proteção vem de Deus mas tem um ser humano para proteger a gente”. Aqui, dois sentidos se fazem importantes. O primeiro diz respeito à proteção, há uma necessidade daquele que fala de se sentir protegido, uma proteção que, para ele, só pode vir de Deus, daí vem a satisfação ou não com o serviço oferecido pelos profissionais médicos. A proteção só pode vir de Deus, entretanto, os seres humanos desejam se sentir protegidos, então, é preciso um ser humano para mediar a proteção, esse ser humano é o médico, que aproxima algo que poderia estar distante, aproximando o divino do humano, o que é ilustrado pelo afeto envolvido no abraço.

Uma hipótese a ser levantada poderia ser a de que, nessa pequena narrativa, o grande destinador é Deus, aquele dá e rege a vida dos demais seres humanos, sendo ele um destinador transcendente, destinador de toda a vida, enquanto o médico seria, portanto, um destinador imediato do percurso de aquisição de competência do percurso narrativo de uso.

---

<sup>1</sup> O informante faz referência à Unidade Básica de Saúde (UBS) em que se dá a entrevista.

<sup>2</sup> Nome censurado para se manter as cláusulas de confidencialidade

A análise do *corpus* somada à literatura base nos permitiram identificar a humanização da figura médica, por meio da assimilação de atributos entendidos como divinos, tais como o acolhimento e o perdão, e a falta dessas características produziria o distanciamento entre médicos e pacientes. O médico faria uma espécie de ponte entre o divino e o humano, aproximando-os. Portanto, a humanização das relações, nesse caso, viria da aproximação do divino. Isso parece ir ao encontro do HumanizaSUS, pois, quando o paciente reivindica essa humanização das relações, pede, então, que a interação não seja verticalizada, corroborando uma política de promoção da horizontalidade e, assim, de processos de comunicação para além da hierarquia e do corporativismo.

No jogo de imaginários discursivos, estabelecido entre enunciador e enunciatário, quando um médico, sujeito do fazer detentor do saber-fazer divinizado, se aproxima de um paciente, sujeito da espera, por meio de um abraço, cumprimento ou pela condução do diálogo menos assimétrico e até mesmo afetivo, a expectativa de distanciamento e formalidade da interação é quebrada e a emoção aumenta.

Voltemos, mais detidamente, apenas ao início do trecho (1),

(1)

**Inf 02.**

[é arrogância... muita arrogância

**Inf 05.**

e fala:: dá uma queixa:: aí cê fala que não tá bem:: e eles/e eles não vão te deixar eh/ eles não vão te deixar ir embora.. vai jogá você lá pa salinha/tem uma médica aqui que eu con/ELA CAIU DO CÉU... aquela dali te te abraça:: tem uma doutora... doutora [...] minha filha acho que é mãe de de todos mas ela abraça:: você ela ela

Aqui, os informantes, ao relatarem sobre suas experiências com esta médica, devido ao seu comportamento afetivo, distanciado daquele que é desvalorizado pelos informantes, a caracterizam como “mãe de todos”, criando um cenário maternal em torno da prática medicinal.

Isso, somado ao trecho (2), em que os mesmos entrevistados compararam dois hospitais, a Unidade Básica de Saúde onde ocorria as entrevistas e o Pronto Socorro da comunidade, revela diferenças significativas no que tange à interação entre profissionais da saúde e pacientes:

(2)

**Inf 02.** aquela médica:: aquele amor de Deus que a pessoa chega assim abraça você ((informante abraça sua filha)) ou vamo ver o que você tem... eu achei uma vez aqui em Campinas que até falavam bem do do Mário Gatti<sup>3</sup> fui pro Mário Gatti morrendo... com uma cólica de rim insuportável:: peguei tinha uma doutorinha pequenininha não lembro o nome dela um amor de pessoa.. chegou cê tá mal né? eu abracei nela:: o médico é para confortar você para ajudar você né?

---

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

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

Ainda, nas entrevistas coletadas e analisadas, é possível notar o importante papel desempenhado pela gestualidade<sup>4</sup>, entonação e pelos modos de dizer nas interações estabelecidas com os entrevistados para se ter uma leitura mais apurada sobre esses materiais orais. Sequências como (2) nos mostram que um gesto produz sentido e isso permite uma leitura dos pressupostos e implícitos, tal como a relação maternal/paternal que se espera do médico.

Observemos o segmento (3). Aqui, a informante 4, uma paciente mulher, de 40 anos, nascida em Campinas (São Paulo), casada, servente de limpeza com ensino médio completo, foi questionada sobre a importância de se ter uma boa comunicação com o seu médico.

(3)

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

**Inf 04.** ah é, bastante né?

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

**Inf 04.** porque eles sabem tudo da nossa vida... ele que entende mais as vezes ele conhece a gente mais que a gente mesmo né? que às vezes vai lá e fala uma coisa e depois cê volta e cê esqueceu que cê falou isso e ela não... ela vai lembrar ela vai ver lá na ficha:: E VAI LEMBRAR que que ela falou e ela vai cobrar

Nesse trecho, a informante revela o imaginário construído acerca do médico como único detentor do saber. Para a paciente, o médico é o responsável por manter a comunicação

---

<sup>4</sup> É importante destacar que a comunicação se constrói não apenas com a linguagem verbal, mas se vale de outras linguagens, como a gestual, e essas “palavras” não ditas desempenham um importante papel na interação, tal como proposto por Merleau-Ponty em Jabur e Silveira (2015). Ainda assim, frisamos que embora aspectos gestuais tenham sido comentados em uma ou outra passagem e reconhecamos a sua participação na construção do sentido interacional, o presente trabalho centrou-se no componente verbal e nas questões, sobretudo, de conteúdo, nas chamadas palavras ditas, por uma questão de escolha metodológica e também pelos limites impostos pela temporalidade própria do mestrado.

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

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

O dever-fazer vem de seu papel social e da crença de que, de algum modo, é um sujeito que cumpre a tarefa designada por Deus, o grande destinador capaz de dar e tirar a vida, como já vimos. Esse conjunto de modalizações autoriza o desempenho do profissional médico e, ainda, “se o sujeito da espera crê que o sujeito do fazer vai transformar seu estado de junção com o objeto-valor, o sujeito do fazer passa a dever fazer. Estabelece-se, assim, o contrato fiduciário” (MELLO, 2005, p. 54). Logo, além do contrato do médico com Deus, há um contrato que se estabelece entre o médico e o paciente. Esse segundo contrato fiduciário ocorre mediante a aceitação mútua dos papéis, consciente ou inconscientemente. Nesse caso, o sujeito apenas pode ser considerado sujeito do fazer se aceita fazer o que o médico lhe incumbiu de realizar e ainda se tem a competência para isso.. Logo, como dissemos anteriormente, o médico aparece como a possibilidade de mediação entre o sagrado e o humano, como destinador detentor de um saber-curar divino e exclusivo, mas que deve ser colocado em prática, no caso da consulta, pelo paciente .

Essa mesma produção de sentidos pode ser percebida no seguinte trecho, cedido ainda pela informante 05, uma mulher, de 35 anos, casada, nascida em Campinas (São Paulo), do lar, com ensino superior completo. No trecho (4), a informante foi questionada sobre se seguia ou não as recomendações médicas.

(4)

**Doc.** e por que que você acha que não segue as recomendações?

**Inf 05.** ah porque eu sou teimosa... por teimosia e teimosia porque assim às vezes não tê amor a própria vida porque acho que se o médico fala assim ah num é pra você cumê isso num é pra cumê aquilo... tê uma dieta

regrada... aí nós num pega faz tudo ao contrário come tudo que num deve e vem aqui morrendo aí depois quer que os médico fala com nós numa boa né?

**Doc.** e por que que você acha que as pessoas elas não seguem? se as pessoas sabem que é prejudicial... por que elas simplesmente não seguem?

**Inf 05.** acho que não tem amor próprio porque a pessoa se não seguir ali é não tem amor não tá tendo amor a sua vida

**Doc.** você acha que tem a ver com a forma como o médico fala com o paciente? será que falta do médico explicar melhor?

**Inf 05.** aqui no postinho explicar mais do que ele explica não tem o que explicar mais porque eles explica assim né? o que você tem que seguir as coisas correta aí nós chega aqui depois reclamando nós vai ouvi bronca deles

Aqui, a informante 5, ao relatar que não segue as recomendações por ser “teimosa”, afirma que os médicos explicam tudo que é necessário e que se, ainda assim, o paciente não seguir com as recomendações, ouvirá “bronca”. Esse trecho suscita duas importantes análises: a primeira, sobre a imagem que se tem pela informante do médico (aquele que está a serviço da UBS, ou “postinho”) como o profissional que traz explicações e esclarece de forma satisfatória as informações necessárias; isso tiraria do médico a culpabilização pelo não seguimento das recomendações médicas por parte dos pacientes. Ele firma um contrato e fornece o saber-fazer para o paciente, que descumpre o acordo, cabe ao médico, então, sancionar o paciente quanto à sua performance. Temos, portanto, uma segunda análise, em que essa sanção cognitiva, reconhecimento ou não pelo cumprimento do contrato, se alia, novamente, à concepção do médico como uma figura paternal de cuidado e, neste caso, também de repreensão, de quem dá “bronca”.

Dessa maneira, é evidenciado como os sujeitos se valem de suas crenças e esperanças e sobre elas mobilizam as palavras e agem de determinada maneira. Assim, as paixões, como resultado de construções sociais e afetivas, influenciam na maneira como se conduz o diálogo e podem interferir em sua condução.

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

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

Ainda sobre a entrevista com a informante 5, vejamos os trechos (5) e (6) que acontecem em sequência, tal como exposto a seguir:

(5)

**Inf 05.** da época que ela ficou internada eu não tenho o que reclamar das das médicas quando chega na parte a:: adulto às vezes eles num tem amor os paciente chegou lá olhô pra sua cara é isso e isso se você tiver pressão alta ele não vai te medicar lá vai mandar vir pro posto aí o posto você num tava no pronto socorro por que que eles não te medicaram.. né?

**Inf 02.** eles olha pra você com descaso sabe? descaso é uma falta de amor tá falando naquele hospital lá<sup>5</sup> tá faltando amor... tá faltando respeito com a pessoa

**Inf 05.** e o aqui não.. por mais que você chegue fique e fale[

**Inf 02.** [é arrogância... muita arrogância

(6)

**Doc.** mas por que que lá é pior? que que tem de diferente?

**Inf 05.** lá os médicos eles num eles não tem amor à profissão deles não tem amor aos pacientes

Nesses trechos, os informantes 2 e 5 comparam o atendimento na Unidade Básica de Saúde, onde as entrevistas foram realizadas, constituindo o “aqui”, e a Unidade de Pronto Atendimento Dr. Sérgio Arouca, que constitui o “lá”. Metonimicamente, é nesses espaços que se constroem os dois tipos de médicos. Ao proporem que existem médicos que recusam atendimento, tratam os pacientes com descaso e agem com desrespeito, criam uma categoria de médicos que não possuem “amor à profissão”, em oposição aos médicos que agem de forma diferente e, por isso, possuem “amor à profissão” e aos pacientes, amor esse que seria dado por Deus, tal como o evidenciado nos excertos (1) e (2), partes da mesma entrevista: No trecho (7), a imagem construída sobre o médico pelo paciente parece caminhar nessa mesma direção:

(7)

**Doc.** e o senhor tem algum médico que o senhor passa sempre?

**Inf 03.** aqui no postinho de saúde é o doutor [...] <sup>6</sup>

**Doc.** e como ele é? o senhor pode me contar um pouquinho?

**Inf 03.** ele tá sempre super simpático porque não destrata trata bem todos não só a mim todos que eu vejo então pra mim é bom

O informante 3 é um homem, de 62 anos, nascido em Iguaraçu (Paraná), trabalha como segurança, é casado e possui Ensino Fundamental Completo. Ele identifica o médico

---

<sup>5</sup> O informante faz referência à unidade de pronto atendimento Dr. Sérgio Arouca na cidade de Campinas, um hospital que concentra os atendimentos de saúde de média complexidade.

<sup>6</sup> Nome censurado devido às cláusulas de confidencialidade

que o acompanha como alguém acima da média em termos de atenciosidade ao qualificá-lo como “super simpático”, como se esse não fosse o padrão, já que ele não destrata e trata bem a todos. Portanto, a imagem que é construída desse médico advém da sua disposição em lidar com o informante e com os demais pacientes de forma atenciosa.

É possível, então, concluir que, para esses informantes, existem duas imagens possíveis a respeito dos médicos, aqueles que não possuem “amor à profissão” e aos pacientes e, por isso, agem com descaso, de forma distante e superior; e aqueles que se importam com o paciente e, por isso, demonstram “amor à profissão” e aos pacientes e, ainda, cumprem com o contrato da proteção. É possível identificar, portanto, uma espécie de sanção cognitiva dos próprios pacientes em relação ao cumprimento daquele primeiro contrato de proteção aos pacientes que é destinado por Deus aos sujeitos do fazer que são os médicos.

Isso pode ser reafirmado pelo ponto de vista de um médico acerca de outros médicos. O informante é um homem, médico com pós-graduação em saúde da família e psiquiatria (em andamento), solteiro, de 48 anos, nascido em São Paulo (São Paulo).

**(8)**

**Doc.** pouca gente... você acha que existe algo... porque o tempo todo a gente está falando do médico para com o paciente... exista existe algo que poderia ser feito do paciente para com o médico?

**Inf 07.** só antes eu queria falar alguma coisa a mais do médico para com o paciente

**Doc.** pode falar

**Inf 07.** tem uma coisa que é muito importante... eh a falta de empatia né? muitas vezes essa classe social que o médico da qual o médico vem não tem a necessária compreensão às vezes de tudo... todo o sistema social... e particular daquela pessoa né? as dificuldades que ela tem na vida... e a segunda é uma coisa que atrapalha muito que o médico... ele tá cada vez com menos tempo... é muito paciente é muita receita é muito coisa e tem que ser logo e tem que ser pra ontem e aí ele corre e se irrita... ele corre e se estressa ele desconta isso no paciente...

Para o informante 7, existe uma falta de empatia por parte de outros médicos que não têm compreensão necessária sobre o funcionamento do sistema social em que os pacientes estão inseridos, o que se alia à falta de tempo, gerando irritação do profissional. Para ele, isso caracterizaria esses médicos como não empáticos e propensos à cólera. Isso parece ferir o contrato de proteção aos pacientes, aquele que seria destinado por Deus, já que a falta de empatia e de amor e a intensidade passional resultam em profissionais médicos que não são reconhecidos pelo cumprimento do contrato inicial, não colocando o paciente em conjunção com o objeto-valor que é a vida.

### 2.1.2 *Ethos* do médico e de outros profissionais da saúde a partir de seus discursos

Vejamos o segmento (8), nele temos novamente o informante 7, médico com pós-graduação em saúde da família e psiquiatria. Ele afirma ser acessível aos seus pacientes e, então, é questionado sobre se isso é comum ou incomum na prática médica e o porquê.

(9)

**Inf 07.** ele tem acesso a mim

**Doc.** e senhor acha que isso é mais comum ou incomum?

**Inf 07.** incomum

**Doc.** por que... será que é mais incomum?

**Inf 07.** muitos médicos... eh:... via de regra a medicina ela... é restrita... né? poucas pessoas conseguem ter:... acesso a essa formação... eh:: a formação particular é muito cara... e eles vem de uma época né? de uma ideia que tá meio fora... hoje entrando meio entrando meio fora de contexto... que é uma relação verticalizada... então eles... muitos médicos... cê você escuta muito falar não olham na cara do paciente:: né? não estabelece o vínculo porque ele tá... ele tá vivendo... uma ideia... de superioridade... que não é real... né? uma relação verticalizada... na verdade você perde o pacientes com isso... eles procuram outro... é a mesma coisa do advogado o escritório do advogado quando eu falo para você... ADVOGADO... te vem na cabeça:: aquele escritório... eh:: sisudo... um tiozinho... né? o tiozão lá... eh:: de terno/terno xadrez... com móveis:: eh coloniais... móveis antigos... num ambiente escuro... e cheio de livros... essa ideia... de afastar... a pessoa que procura o serviço tá caindo... isso:: é::... é coisa do passado na minha opinião... mas muitos carregam isso... na sua... na sua:: na:: no exercício da sua:: profissão... e atrapalha... principalmente quem tem que ter uma boa interação com o ser humano

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

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

semiótica diz respeito ao mundo construído e percebido pelo informante, não ao mundo físico, e revela sua forma de ver e avaliar o mundo. Para o falante, essa forma sisuda de se portar está intimamente relacionada ao contexto histórico e social e se estende ao campo da saúde, trazendo significativos prejuízos aos pacientes.

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

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

Em oposição, o mesmo informante (07), no trecho (10), fala de si e de suas estratégias para construir, de forma direta, o seu *ethos*.

**(10)**

**Doc.** no que diz respeito à linguagem o senhor acha que isso se mostra tem... ela se mostra às vezes como um empecilho como algo que dificulta?

**Inf 07.** eh eu tenho que muitas vezes adequar a linguagem né? porque:: eu penso uma coisa que:: deve ser muito comum/discutido na sua área... eh a linguagem... o conhecimento:: os exemplos que eu vou dá.. às vezes o livro que eu vou dá para a pessoa lê... ele tem muito... ah o entendimento daquilo depende muito da história de:: de vida da pessoa... e do contexto social onde ela está... né? se ela vive aquilo... ela entende... se eu falar com uma linguagem... eh próxima daquilo que:: que o paciente vive no dia a dia é mais fácil dele entendê... eu evito ser técnico muitas vezes na linguagem para poder ser mais próximo... com o paciente eu tenho esse sucesso

**Doc.** teve algum momento que o senhor teve que muita dificuldade assim de se expressar pro paciente... algum caso algum caso específico/especial que o senhor teve que bolar uma maneira de conversar com o paciente de explicar?

**Inf 07.** [teve várias várias

**Doc.** e o que... quais são os mecanismos que o senhor age né que forma que o senhor age para que ele

entenda... para que ele compreenda?

**Inf 07.** eh chegar na na/tentar entender o mundo dele... que ele vai compreender aquilo que eu tô falando a partir da... concepção de mundo que ele tem... né?... eh... tentar eh:: passar uma relação de confiança que eu consigo bem

**Doc.** confiança... e como o senhor constrói a confiança?

**Inf 07.** confiança:... sendo próximo sendo gentil... né ah:... ce deve ter percebido aqui quando nós conversamos que eu tenho uma relação bem próxima... acessível... então acessibilidade... seria a palavra

Durante este diálogo, o informante 7 relata as suas estratégias para ter uma boa comunicação com o paciente, o que envolve adequar os exemplos usados por ele à realidade e da história do paciente, evitar uso de termos técnicos e isso gera aproximação em relação ao paciente. Para eles, essas estratégias trazem sucesso a ele. O informante continua sua entrevista dizendo que consegue construir a confiança entre o paciente e ele por meio da gentileza, promovendo conversas acessíveis.

Isso evidencia um *ethos* de um profissional compreensivo, empático e gentil, que se coloca no lugar dos pacientes e adequa sua linguagem e seus usos de acordo com o perfil deste paciente, sempre na tentativa de facilitar e descomplicar os termos para o paciente. Isso mostra que, enquanto ele, além de deter os saberes necessários para obtenção do objeto-valor vida, ele também possui os meios para promover uma boa interação com o paciente. São suas escolhas, suas decisões, que promoverão ou não um diálogo simétrico. Se está sem suas mãos a condução do diálogo, temos, então, diálogos assimétricos, em que apenas um dos sujeitos detém poder sobre a condução do diálogo. Aqui, então, este sujeito médico ocupa a posição de destinador na interação e na obtenção do objeto-valor.

Observemos o trecho (11), parte de uma entrevista concedida por uma enfermeira, mulher, de 35 anos, casada, nascida em Campinas (São Paulo), com ensino superior completo.

(11)

**Doc.** você acha que no quesito comunicação... tem algum:: algum/eh alguma dificuldade de explicar para eles os os nomes técnicos das doenças dos processos

**Inf 10.** eu acredito até que a gente consegue se expressar com eles de uma forma que eles conseguem entender acho que num num/acho que a gente consegue se se colocar no lugar do paciente o enfermeiro acho que tem bastante dessa empatia é mas várias vezes quando está orientando a gente percebe que aquilo não tá não... tá eficaz NÃO TÁ ENTRANDO cê sabe cê faz orientação porque cê cê segue à risca né? o o problema você sempre tem uma orientação para ele... mas a gente consegue perceber que o paciente não vai colocar aquilo em prática cê percebe:: que que não vai entrar mesmo não vai ter jeito

Para essa enfermeira, o sucesso em conseguir construir uma boa comunicação com o paciente provém da empatia e da compreensão mútua, principalmente para se saber quando o

paciente compreendeu ou não as orientações e, às vezes, fazê-lo compreender se torna muito difícil a ponto de o paciente não seguir a recomendação. Nessa narrativa em particular, o objeto-valor é a prática das prescrições médicas que, por vezes, não são seguidas e o objeto-valor não é alcançado.

Mais adiante, essa mesma informante continuará sua fala. Vejamos o trecho (12)

(12)

**Doc.** então eh resumindo tudo o que a gente falou então a comunicação ela é muito importante

**Inf 10.** [muito

**Doc.** [quando a gente tá falando

**Inf 10.** [muito importante muito importante tanto a verbal quanto a escrita e:: e:: a/todo tipo de comunicação com eles é importante num num/tem pacientes que têm mais facilidade quando você escreve o que você falou ele consegue assimilar melhor tem pacientes que se você escrever ele não vai eh:: eh:: interpretar nada então... é você escrever e reforçar ou você tá sempre com o paciente reforçando tem muitos paciente que tem muita dificuldade de de entender a receita médica e toma medicação errada por isso e eh muitas consultas que a gente faz é pra tentar minimizar isso mas tem muita dificuldade

Aqui, a informante se posiciona de modo a confirmar a importância da boa comunicação nas consultas médicas e constrói um *ethos* marcado pelo esforço em compreender a pluralidade de pacientes envolvidos na prática hospitalar e pela compreensão do outro, um *ethos* empático

No trecho (13), concedido por uma agente de saúde, de 47 anos, nascida em Piaçabuçu (Alagoas), divorciada e com ensino superior incompleto, tempos outro pontos de vista.

(13)

**Doc.** você acha que ajuda o fato de vocês terem porque o médico ele fica bastante aqui né? no consultório vocês estão mais próximos das pessoas... cê acha que isso ajuda a sentir a necessidade do paciente?

**Inf 09.** AJUDA com certeza ajuda a gent/ a maioria de nós a gente sabe as necessidades do paciente a gente vai na casa... a gente sabe como é que mora... o que come né?... quais as condições de saúde dele né?... todas essas condições e a gente traz isso pro médico... sabe? a gente traz essas informações pro médico então é necessário e ajuda muito essa sabe?

Essa agente de saúde marca seu papel temático como auxiliar do médico, em termos de narratividade, evidencia-se como um adjuvante, que buscará estratégias, como ir à casa dos pacientes, para levar ao médico as informações necessárias sobre os pacientes. O agente de saúde, responsável pela mediação entre o paciente e o médico, é visto como um adjuvante que acredita deter o saber-fazer auxiliar o sujeito paciente a estar em conjunção com seu objeto-modal e, para isso, traça estratégias para conseguir construir uma comunicação eficiente com o paciente. Assim, a informante constrói sobre si um *ethos* marcado pela

aproximação do paciente, pelo interesse, pela afetividade, em detrimento do médico, revelando também a imagem que tem dele, como o profissional que não conhece o paciente, não sabe onde ele mora e, por consequência, precisa do esforço do agente de saúde.

Nesses relatos, algo se torna comum: a necessidade de reafirmar suas estratégias como, apesar de tudo, bem-sucedidas. Esse *ethos* pode advir da consciência, por parte dos informantes, de que se tratava de uma pesquisa científica em que seus relatos seriam analisados e, de alguma forma, julgados. Porém, pode haver ainda a possibilidade de que esse *ethos* tenha origem numa necessidade social marcada pela cobrança desses profissionais da saúde realizarem um trabalho sem falhas. De qualquer forma, percebe-se que há a visão de que os profissionais da saúde não podem falhar, aprender com seus erros, aprimorarem-se, cada um mostra as suas performances sempre com bem-sucedidas.

### **2.1.3 Imagem do paciente a partir do discurso do médico e de outros profissionais da saúde**

Observemos o seguinte diálogo (14) com uma enfermeira. Como já mencionado, ela tem 35 anos, é casada, nasceu em Campinas (São Paulo), é do lar e possui ensino superior completo. É pedido que ela descreva o comportamento dos pacientes.

(14)

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

**Inf 10.** são pacientes bastante:: dependentes:: eles eles vêm em busca de alguma orientação.. né? eh eh:: às vezes a gente/ eles pensam que precisa passar por uma consulta médica:: eh:: às vezes eles ficam um pouco decepcionados quando percebem que a consulta é com o enfermeiro... mas depois da consulta eles normalmente saem bastante:: (...) bastante:: é:: satisfeitos mesmo porque a gente consegue fazer uma orientação:: e eles cons/ eles saem satisfeitos com o atendimento

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

Ainda nesse diálogo, é possível enxergar a construção de uma imagem do paciente pela enfermeira que produz um simulacro no qual o paciente é concretizado pela dependência, insegurança e ansiedade. O sujeito, munido de suas expectativas, é frustrado

quando atendido pelo enfermeiro, que, para ele, deteria um saber-fazer inferior ao do médico e, portanto, não poderia ser o sujeito do fazer responsável por colocá-lo em conjunção com a vida, o tratamento.

Vale ressaltar que o que está em jogo é uma oposição entre saberes. Para a informante, a enfermeira detém o saber que diz que o enfermeiro está capacitado para atender determinado paciente, enquanto o paciente não detém esse mesmo saber sobre as competências do enfermeiro e, por isso, não aceita as condições. Após a consulta, o paciente adquire esse saber – com o qual é colocado em conjunção pelo próprio enfermeiro – e agora o nível de aceitação dos enfermeiros é elevado. Porém, há situações em que o resultado final não é eufórico, vejamos a seguinte sequência (15) também retirada da entrevista com a enfermeira.

(15)

**Doc.** eles seguem as recomendações?

**Inf 10.** normalmente não

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

**Inf 10.** a gente orienta os pacientes eh:: pra fazer um::/uma prevenção... e eu percebo que as pessoas elas conseguem lidar melhor quando elas já têm um problema instalado... a prevenção parece que não faz parte de um:: de uma rotina... e aí eles só buscam mesmo o atendimento ou con/conseguem mudar alguma coisa no estilo de vida quando já tem algum problema ou quando eles percebem que já já isso já tem algum:: já trouxe algum prejuízo pra saúde

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

**Inf 10.** pode ser que/bom... eu acho que... primeiro... acho que todo ser humano tem dificuldade de entender que:: que é o que ele faz antes que determina o futuro.. então ele já não se/não não sente que aquilo é necessário quando ele tem vinte anos de cuidar da alimentação.. acho que já é uma cultura mesmo... nossa... e também eu acho que eles pensam algum/algumas éh orientações eles não sentem que que aquilo é fácil acho que eles sentem que é muito difícil de mudar um estilo de vida:: ou acesso a alguma alimentação adequada:: ou acesso a a a:: atividade física por exemplo eles se justificam bastante pela falta de acesso ou condição financeira de fazer alguma coisa

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

espécie de antissujeito que age no sentido de dificultar a conjunção final do sujeito de estado paciente com o objeto-valor vida.

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

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

Observe o trecho (16) retirado da entrevista com o informante 7, que, como já dissemos, é homem, médico com pós-graduação em saúde da família e psiquiatria (em andamento), solteiro, de 48 anos e nascido em São Paulo (São Paulo).

(16)

**Doc.** pouca gente... você acha que existe algo... porque o tempo todo a gente está falando do médico para com o paciente... exista existe algo que poderia ser feito do paciente para com o médico?

**Inf 07.** só antes eu queria falar alguma coisa a mais do médico para com o paciente

**Doc.** pode pode falar

**Inf 07.** tem uma coisa que é muito importante... eh a falta de empatia né? muitas vezes essa classe social que o médico da qual o médico vem não tem a necessária compreensão às vezes de tudo... todo o sistema social... e particular daquela pessoa né? as dificuldades que ela tem na vida... e a segunda é uma coisa que atrapalha muito que o médico... ele tá cada vez com menos tempo... é muito paciente é muita receita é muito coisa e tem que ser logo e tem que ser pra ontem e aí ele corre e se irrita... ele corre e se estressa ele desconta isso no paciente... principalmente pronto socorro... posto de saúde isso acontece menos mas tá também ficando lotado... ele tem que vir de um emprego ao outro correndo atrasa... tudo isso justifica às vezes uma certa... não que não justifica mas pelo menos explica uma certa falta de paciência do médico para com o seu paciente... e o que que atrapalharia do paciente pro médico... ah:: o cara que não entende dez minutos de atraso... o cara que grita na recepção... a pessoa que traz os problemas... e no posto de saúde no SUS isso é muito comum... ela traz a doença e mais todas as::... mazelas e dificuldades que ela vive... e ela joga no atendente na portaria e depois muitas vezes no médico

No primeiro trecho (16), como já analisado no trecho (08), o informante 7 se propõe a

comentar sobre a relação do médico para com o paciente. Aqui, o médico constrói uma imagem sobre outros médicos, que não ele, como membros de uma classe social que não têm a devida compreensão de quem são seus pacientes e, quando isso se alia à falta de tempo, ocorrem desentendimentos e irritação por parte do médico. Mas, se nos determos no que ele diz ao final deste trecho, vemos que o médico trata sobre a imagem que ele tem acerca dos pacientes. Ao continuar a refletir sobre o que atrapalha a interação entre profissionais da saúde e pacientes, agora ele constrói o que entende a respeito do paciente. Aqui, o ator do enunciado paciente é figurativizado como aquele que não compreende atrasos, que grita e, além de trazer a sua doença, traz as dificuldades que vive, despejando tudo isso na atendente e, depois, no médico. A imagem, portanto, que se tem do paciente é de alguém que, muitas vezes, não é impaciente, hostil e não compreende os limites das relações a serem desenvolvidas na UBS.

Agora, observemos o fragmento a seguir (17),

(17)

**Doc.** o senhor acha que falta uma educação:: para o paciente sobre como falar do próprio corpo? sobre como falar de si mesmo?

**Inf 07.** eu acho que o paciente faz isso bem na linguagem dele... falta tempo do médico ouvir uma boa história

Na mesma entrevista, quando questionado sobre a possibilidade de faltar, para o paciente, conhecimento sobre o próprio corpo para falar de si, o informante 7 nos diz que o paciente faz isso na linguagem dele, mas faltaria tempo para o médico ouvir uma “boa história”. O médico evidencia que existe uma linguagem própria do paciente, cunhada sob sua condição de vida, que lhe permite, sim, falar do próprio corpo, mas nem sempre há interesse e abertura por parte do médico para ouvir o que esse paciente tem para relatar. Portanto, a imagem que se tem do paciente, aqui, é de alguém, desta vez, incompreendido.

No próximo trecho (18), temos um relato de uma agente de saúde, mulher, de 47 anos, nascida em Piaçabuçu (Alagoas), divorciada e com ensino superior incompleto. A informante 9 caracteriza seu trabalho como uma mediação entre o paciente e o médico, tal como analisado no trecho (13).

(18)

**Doc.** e por/você acha que essa mediação ela é importante? De que forma

**Inf 09.**

[ELA É MUITO IMPORTANTE...

porque nem sempre o o o paciente el/às vezes ele vem na recepção ele não tem acesso às informações todas né às vezes ele tem acesso se tiver tipo ele vem pedir uma consulta tem uma agenda né tem uma agen/data de agendamento e tudo e ele vai receber as informações mas se/em muitos casos o pac/o paciente ele precisa con/contar alguma coisa precisa desabafar às vezes ele tá com problema não é só problema médico... às vezes são problemas que envolve a assistência social problema social um problema familiar eles eles relata esse problema para o agente e a gente... passa nas reuniões de equipe por exemplo a minha equipe a reunião é

segunda-feira... então eu pego esses casos e discuto com a com a médica clínica a enfermeira os os outros funcionários que são os técnicos de enfermagem... quando é o caso... a gente cham/pede a presença do en/do psicólogo... ou psiquiatra... e a gente passa essas informações e daí eles vão:: direcionar:: é qual o procedimento.. se é para agendar com eles eles já passam vaga se não não é com eles...é é sabe eles direcionam quando é um um problema na família um problema psi/psicológico psiquiátrico... quando é um problema de assistência social a gente passa o caso pra enfermeira... se for o caso a gente vai procurar a assistência social pra passar o caso e eles vão até a casa da pessoa

Ao tratar sobre a importância de sua mediação, a agente de saúde constrói sobre o paciente uma imagem de alguém que, por vezes, está em busca de uma pessoa para ouvi-lo e que não detém informações sobre a gestão. Então, seu papel é ouvi-lo e fornecer a ele as informações que ele não detinha antes. Ou seja, constrói-se sobre ele a imagem de alguém que possui faltas sociais e, acima de tudo, precisa de ajuda, precisa de uma direção. O agente de saúde é quem vai direcioná-lo de acordo com a sua necessidade. Isso parece, de alguma forma, corroborar com as últimas falas do informante 7, em que o médico relata que o paciente despeja seus problemas nos atendentes, mas que também precisa ser ouvido.

#### **2.1.4 Ethos do paciente**

Relembremos o segmento (3), em que a entrevistada, uma paciente mulher, de 40 anos, nascida em Campinas (São Paulo), casada, servente de limpeza com ensino médio completo, foi questionada sobre a importância de se ter uma boa comunicação com o seu médico:

(3)

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

**Inf 04.** ah é, bastante né?

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

**Inf 04.** porque eles sabem tudo da nossa vida... ele que entende mais as vezes ele conhece a gente mais que a gente mesmo né? que às vezes vai lá e fala uma coisa e depois cê volta e cê esqueceu que cê falou isso e ela não... ela vai lembrar ela vai ver lá na ficha:: E VAI LEMBRAR que que ela falou e ela vai cobrar

Nesse trecho, ao ser indagada sobre a manutenção de uma boa comunicação com o médico, a informante pontua que o médico conhece mais a vida do paciente do que o próprio paciente que esquece do que disse nas consultas, já o médico, munido de suas anotações, irá saber o que foi conversado e, por isso, para a informante, o médico detém mais conhecimento sobre sua vida, ao menos, no que diz respeito às questões de saúde. Nesse âmbito, a paciente pontua o não conhecimento sobre sua própria vida. Para a paciente, ela mesma não é capaz de saber sobre si. Além do médico deter o saber medicinal, esse imaginário ocasiona a

submissão da paciente que se coloca em uma posição de inferioridade, mesmo quando o assunto é sua própria vida. A hierarquia dos saberes entra em jogo e desvalida o saber da paciente que projeta um *ethos* marcado pela inferioridade.

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

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

Ainda nesta entrevista, a informante 04 é questionada sobre não seguir as recomendações médicas. Observe, então, estes dois trechos (19) e (20) que acontecem um após o outro.

(19)

**Doc.** e a senhora segue todas as recomendações que ela fala?

**Inf 04.** MAIS OU MENOS

**Doc.** mais ou menos?

**Inf 04.** mais ou menos (risos)

**Doc.** e por que a senhora não segue algumas?

**Inf 04.** porque:: eu tenho a pressão arterial... né? e aí tenho que/tento controlar mas é difícil né?

**Doc.** a senhora acha que esse é um empecilho:: tem algum outro problema que te impede::?

**Inf 04.** NÃO:: é falta de consideração mesmo comigo mesma

Primeiramente, ao ser questionada sobre seguir as recomendações de sua médica, a informante 04 diz que não segue todas e o que a impede de seguir essas recomendações seria a falta de consideração consigo mesma. Isso vai de encontro ao *ethos* marcado pela insegurança. A informante cria sobre si uma identidade de alguém que não colocar a saúde em primeiro lugar, que é um pouco desleixada em relação a essa questão, já que não consegue seguir a prescrição de sua médica.

Ainda nessa entrevista, neste próximo trecho (20), a informante fala sobre os pacientes de modo geral, e isso parece ir ao encontro com *ethos* que ela evidencia sobre si.

(20)

**Doc.** por que que a senhora acha que isso acontece?

**Inf 04.** porque os pacientes são rebeldes não acredita que pode vim eh:: ter um problema de saúde grave e morrê eles acham que não que tudo tem uma solução rápida e eficaz

Para ela, faltaria crença, por parte do paciente, sobre a gravidade de sua condição, e isso viria de uma outra crença de que existiria uma solução rápida e eficaz. Ao falar dos pacientes de modo geral, ela também está falando sobre si, já que no trecho (19) ela marca sua identidade como alguém incapaz de seguir as recomendações prescritas pela médica. Assim, o *ethos* que é construído é de alguém imediatista e, mais do que isso, aqui parece ficar em evidência uma falha no estabelecimento do contrato fiduciário analisado no trecho (3), também da informante 4, já que o sujeito apenas pode ser considerado destinador-manipulador se lhe é conferida essa confiança sobre sua capacidade (crer-ser). Portanto, aqui, os pacientes não seguem as recomendações médicas, por não confiarem que aquela prescrição é a mais ajustada às suas necessidades, então, não há aceitação mútua desse contrato e não há, portanto, transformação de estados.

Os próximos trechos (21) e (22) parecem caminhar nessa mesma direção, mas agora do ponto de vista de um dentista, homem, de 53 anos, nascido em Araraquara (São Paulo), casado, com ensino superior completo.

(21)

**Doc.** e o senhor acha que isso se deve a quê? Por que que eles têm às vezes um empecilho pra::

**Inf 06.** pra seguir as recomendações?

**Doc.** é

**Inf 06.** eu acho que tem o fator assim ambiental social de família assim às vezes alguém fala assim faz assim faz assado ou... ou por achar que já tirou o dente e não vai ter mais problemas fuma não faz a higiene direito no dente alguma coisa assim

(22)

**Doc.** e que tipo de prejuízo isso tem né? pro tratamento pra conseguir acompanhar o paciente?

**Inf 06.** é que assim... o pessoal/esse pessoalzinho mais assim mais difícil é o retorno né? às vezes só resolvem o problema pontual ali e acaba

O informante 06, no trecho (21), diz que o ambiente social e familiar se mostram como desafios para que sigam as recomendações médicas. É evidenciado, novamente, que apesar de ele propor uma certa prescrição, o paciente tem suas próprias crenças, que vão de encontro ao conhecimento técnico da saúde, e, assim, rompe com o que é recomendado. A imagem que se tem do paciente é de alguém que coloca suas crenças acima das recomendações médicas e isso evidencia mais uma vez uma não aceitação do contrato

fiduciário em que o sujeito paciente acreditaria que o médico seria capaz de suprir suas necessidades.

No trecho (22), o informante 6 corrobora com a informante 4, porque reafirma a imagem do paciente como imediatista, que deseja que suas necessidades sejam cumpridas naquele momento de forma pontual e assertiva, sem a necessidade, por exemplo, de retornar às consultas. Além disso, não podemos deixar de mencionar que a correção de “pessoal” para “pessoalzinho” evidencia algo que vai na contramão da generalização proposta pela informante 4, aqui é marcada uma inferiorização de um grupo de pacientes, grupo este constituído por pacientes que teriam faltas sociais que os levariam a não seguir as recomendações médicas.

### CAPÍTULO 3 - OS REGIMES DE INTERAÇÃO ACIONADOS NOS RELATOS

Landowski (2014), tendo como base o modelo de narratividade descrito por Greimas, busca expandir a sua aplicabilidade, demonstrando que a narratividade não apenas tem um sistema, mas que ela é um sistema. Dessa forma, o autor “alarga exponencialmente as condições de aplicabilidade da teoria narrativa” (p. 9). Dessa forma, não existe apenas um, mas quatro modelos de narratividades que compõem os diferentes regimes de interação, “nos quais se inscrevem nossas relações com o mundo e com o outro, regimes dos quais procede tanto a captura do sentido na experiência de todos os dias, quanto sua dissolução no indiferenciado ou, ao contrário, sua explosão no incoerente” (p. 16). São eles: programação, acidente, ajustamento e manipulação.

Conforme apresentado no primeiro capítulo, a programação é o regime de interação fundamentado pelo princípio da regularidade, a interação se dá pela redução dos atores a seus papéis temáticos. Proveniente do princípio da sensibilidade, temos o regime de interação de ajustamento, no qual nenhum dos actantes planeja previamente e exatamente aquilo que deverá resultar da interação e no qual os sujeitos se deixam guiar pelo contágio, pelo sentir o que o outro sentel. Quando a interação é regida pela intencionalidade, temos o regime da manipulação a partir da qual as condutas dos sujeitos são provenientes de motivações e razões, produzindo um fazer-fazer. Por último, temos o quarto regime de interação, o acidente (o acaso) no qual acontecimentos, por sua própria natureza, escapam a qualquer determinação.

Partindo do *corpus* de entrevistas, analisaremos como os diferentes regimes de interação são acionados, quais são valorizados e desvalorizados e, ainda, o que isso diz sobre as relações entre profissionais da saúde e pacientes, já que, como proposto pelo autor

comparar entre si diferentes regimes de construção do sentido subjacentes à nossa maneira de estar no mundo e de interagir com o que nos rodeia ou com aqueles com os quais convivemos, deveria iluminar-nos sobre nossa condição enquanto sujeitos semióticos, e talvez até permitir-nos imaginar os princípios de um saber viver semioticamente fundado (p. 16).

### 3.1. A INTERAÇÃO COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE SOB A PERSPECTIVA DO PACIENTE

Observemos o trecho (23). Nessa entrevista, um casal de pacientes relata que haveria uma diferença de interação na Unidade Básica de Saúde do Parque Valença I e na Unidade de Pronto Atendimento Dr. Sergio Arouca, ambas na região do Campo Grande em Campinas (menos de 1km de distância) e, para justificar sua posição, mencionam um acontecimento no Hospital Municipal Mário Gatti, também em Campinas.

(23)

**Inf 05.** lá<sup>7</sup> os médicos eles num eles não tem amor à profissão deles não tem amor aos pacientes

**Inf 02.** raramente nunca fui num médico pra dizer pra senhor dizer assim ah que médico 100% maravilhoso aquela médica:: aquele amor de Deus que a pessoa chega assim abraça você ((informante abraça sua filha)) ou vamo ver o que você tem... eu achei uma vez aqui em Campinas que até falavam bem do do Mário Gatti<sup>8</sup> fui pro Mário Gatti morrendo... com uma cólica de rim insuportável:: peguei tinha uma doutorinha pequenininha não lembro o nome dela um amor de pessoa.. chegou cê tá mal né? eu abracei nela:: o médico é para confortar você para ajudar você né? cheguei lá tive/fala pra você fui super bem atendido achei aqui no Campo Grande nossa

**Inf 02.** você pode falar assim que tem as diferença mas

**Inf 05.** em geral os médicos lá em geral não pode não se totalmente que eu vô tá generalizando ai não mas vô falar pra você de cada 10 lá 1 salva e esse 1 eu ainda não encontrei

De início, é possível notar que a narrativa apresentada pelo casal revela uma expectativa sobre a relação entre os profissionais da saúde e os pacientes, aqui o desejável está no campo do ajustamento, justamente pelo anseio pela quebra de uma “rotina” considerada por eles programada. A afirmação do ajustamento ocorre pela negação da programação que, por sua vez, passa pelo viés passional e afetivo, ao passo que os informantes assimilam a quebra dessa rotina pelo aumento da intensidade afetiva. Em outras palavras, o informante 2, ao propor que os médicos desse hospital não possuem amor à profissão, os condiciona a este papel temático, revelando o regime da programação. Quando uma médica, que deveria estar condicionada à interação programada, o abraça e o trata com afeto, tem-se a quebra desse condicionamento, revelando uma valorização pelo regime do ajustamento, já que a médica não esteve encerrada nos limites de um papel temático, aparentemente se deixando levar pela sensibilidade vivida no momento.

Neste trecho, os informantes estabelecem uma comparação entre as três instituições do SUS. Segundo BRASIL (2021), hospitais são instituições utilizadas “em situações de

---

<sup>7</sup> O Informante faz referência à Unidade de Pronto Atendimento Dr. Sergio Arouca, próximo à Unidade Básica de Saúde onde as entrevistas foram coletadas.

<sup>8</sup> Informante faz referência ao Hospital Municipal Mário Gatti demandado para emergências e urgências na Região Metropolitana de Campinas.

emergência que necessitam de internação, cirurgias, acompanhamento cirúrgico, exames mais elaborados, maternidade, exames de imagem e casos mais complexos”. Em contrapartida,

as **UBS** são locais onde os usuários do SUS podem receber atendimento médico para diagnóstico e tratamento de cerca de 80% dos problemas de saúde. É nessas unidades que a população tem acesso a medicamentos gratuitos e vacinas, faz atendimento pré-natal, acompanhamento de hipertensos e diabéticos e de outras doenças, como tuberculose e hanseníase. As UBS são a porta de entrada do SUS, contribuindo para o aumento da qualidade de vida e para a redução dos encaminhamentos aos hospitais [...] As **Unidades de Pronto Atendimento (UPA)** funcionam 24 horas por dia, sete dias por semana e podem resolver grande parte das urgências e emergências, como pressão e febre alta, fraturas, cortes, infarto e derrame (grifos do autor).

Em resumo, essas instituições são diferentes entre si, possuem funções e sistemas organizacionais particulares. Para os informantes, metonimicamente, a interação, que é relatada entre eles e os profissionais da saúde que conhecem, demonstra o tipo e os regimes de interação que acontecem nesses espaços. E isso teria relação com o funcionamento dessas instituições. Ao comparar a UBS à UPA, o informante logo se lembra de um ocorrido no Hospital Mário Gatti, onde, segundo o informante, a maior parte dos médicos possui um comportamento mal avaliado pelos pacientes.

Ao prosseguirmos com a conversa, esses informantes completam:

(24)

**Doc.** por que que será que os médicos/os médicos têm de fato o mesmo estudo do mesmo jeito por que que será que aqui eles são mais próximos e lá não será que tem a ver com a conversa:: a proximidade::?

**Inf 05.** é:: acredito que sim acredito que sim porque eles tudo lá tão fazendo só o horário deles eles falam que tem horário aqui não... eles tem o horário deles mas eles vai criando um vínculo um amor com a comunidade e aí vai passando né

Para eles, a não humanização dos atendimentos está fincada na necessidade de cumprir com o horário deles. A existência de um cronograma é o que promove a perda de vínculo, uma vez que não haveria espaço para conversar e ajustar essa interação. Vejamos:

(25)

**Doc.** que bom que bom:: porque a gente vê muitas situações em que isso não acontece né?... que tem/tem o médico tem uma dificuldade pra falar pro paciente de uma forma acessível

**Inf 04.** mas isso que isso acontece mais em consultório:: em:: convênio:: em hospital.. aqui no centro de assunto eles têm outra relação com o paciente né? porque sempre vai ser o mesmo médico porque atende por equipe né?

o bairro tal é da equipe tal então sempre vai ser aquele médico a não ser que ele saia ai tem mais vínculo com o paciente e o médico

**Doc.** a senhora acha que tem uma diferença de tratamento de um médico com o paciente e de um enfermeiro com um paciente? porque o enfermeiro acaba atendendo mais pessoas...

**Inf 04.** eh acho que tem o médico tem mais tempo para conversar

Nestes trechos, existe uma percepção sobre o regime da programação, visto por aquilo que impede a criação de vínculo com o paciente. Para os informantes, o fato de os profissionais da saúde seguirem estritamente os horários de agendamento, gera a falta de tempo para criar esse vínculo com o paciente, e a troca constante de profissionais que atendem aos pacientes não possibilita o seguimento nas consultas. Dessa forma, com estes limites estabelecidos, o regime que se desenvolve é da programação, já que com a falta de tempo do médico faz com que as consultas adquiram um caráter protocolar e, por isso, não é possível a criação de vínculo. Em contrapartida, se o médico tivesse mais tempo com o paciente, e não precisasse seguir estritamente a agenda, isso poderia desenvolver o regime do ajustamento. Esses elementos, quando combinados, provocam o que o Landowski irá chamar de tratamento do paciente como corpo-objeto, gerando para ele uma desvalorização deste regime. Conforme já dissemos, o corpo-objeto se apresenta quando o paciente é tratado como um simples organismo doente e não como uma pluralidade de instâncias tanto de interação quanto de tratamento.

A negação da programação recai sobre a valorização do ajustamento, avaliado em muitos relatos analisados como a forma de interação que propicia a criação de vínculo entre profissionais da saúde e pacientes, visto como um corpo-sujeito, dotado de uma pluralidade de instâncias. Isso vai ao encontro tanto do proposto pelo HumanizaSUS, à medida que a criação de vínculos solidários se mostra como essencial para desfazer as hierarquias das relações hospitalares, quanto ao proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004), para quem a escuta se mostra como determinante da qualidade da resposta assistencial.

A partir desses exemplos, poderíamos propor que, de modo geral, os pacientes tendem a valorizar mais o regime do ajustamento em detrimento do regime da programação. Entretanto, esta não é necessariamente uma regra, pois há exceções.

No seguinte trecho da entrevista, temos um paciente, homem, de 62 anos, nascido em Iguaraçu (Paraná), que trabalha como segurança, casado e possui Ensino Fundamental completo, que foi questionado sobre o porquê de considerar como boa a comunicação com seu médico. Observemos os seguintes trechos (26) e (27):

(26)

**Doc.** e o senhor acha que isso acontece por quê? o senhor compreende tudo que ele fala:: que modo ele trata as consultas para que o senhor compreenda tudo

**Inf 03.** ele é direto/ele é direto no no no ele num é de fazê muitas pergunta ele faz poucas perguntas em cima do dos documentos que ele tem em mãos que ele rec/ ele faz receituário

(27)

**Doc.** e aí o senhor não conseguia conferir né? se era o remédio certo

**Inf 03.** [Nãm... não dava pra entendê era só um risco e um ponto no final

**Doc.** e agora isso torna melhor até as consultas

**Inf 03.** as consultas ficou mais legível mais transparente

**Doc.** e o senhor acha que que tipo/como isso facilita os processos de tratamento compreender a receita falar bem com o médico:: de que forma isso é benéfico?

**Inf 03.** acho que é ben/benéfico pros dois lados tanto pro paciente quanto pro médico se você tem uma linguagem simples não tem porquê tá inventando modinha se é só pergunta e resposta define aí

Nesses exemplos, diferentemente dos outros, é possível observar como o regime da programação é acionado e, agora, valorizado. No trecho (26), para o paciente, a boa comunicação está em seguir os procedimentos padrões, sem fazer muitas perguntas ou fugir do que é previsível. A boa comunicação está dentro das chamadas “práticas ritualizadas” e isso se mostra valorizado em toda a sua entrevista. Essa regularidade é reafirmada depois, quando, no trecho (27), o informante 3 relata que é benéfico para o tratamento compreender as receitas médicas e ele justifica esse benefício pela reafirmação das práticas ritualizadas, de forma que o médico não fuja do protocolo Para isso, a interação irá se basear no esquema de pergunta e resposta apenas, não apresentará risco, será previsível, podendo causar um efeito de conforto e confiança ao paciente, por se manter dentro daquilo que ele já conhece e pode prever.

### 3.2 INTERAÇÃO COM OS PACIENTES SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Observemos o seguinte trecho (28), no qual aparece de novo o médico que é o informante 7.

(28)

**Doc.** mas já é um tempinho e desde que o senhor atua no SUS... como que o senhor tem percebido que são:: os pacientes... se o senhor pudesse descrever?

**Inf 07.** descrevê-los né?

**Doc.** isso

**Inf 07.** tem uma uma necessidade social muito... grande né?... e uma:: junto com o que eles precisam de:: resoluções médicas:: resoluções práticas do problema deles... eles trazem uma carga social muito grande de:... de:: falta de várias condições básicas né?

**Doc.** e o senhor acha que essas necessidades... elas atrapalham na hora de tratar:: na hora de diagnosticar

**Inf 07.** pode atrapalhar... pode atrapalhar na forma como a pessoa entende o que você fala... eh tem uns que

não tem a cognição necessária para entendê... né?... eh:... ah... as... faltas sociais... eh.. podem também atrapalhar também na resolu/na resolutividade daquilo que você propõe né? às vezes você tem que recorrer a medicamentos que:: eu não tenho similar no SUS pra aquela patologia... né? então::... eh o o poder econômico não permite comprar... né? então são limitadores

No trecho acima, o informante, ao descrever seus pacientes desde que atua no SUS, atribui aos pacientes um papel temático marcado pela “falta de cognição necessária” que, para ele, evidencia uma barreira na interação e tratamentos destes pacientes. Emerge neste discurso, e em tantos outros, o estereótipo do sujeito periférico. Ao propor a existência da programação, Landowski relaciona este regime a uma ideia de “algoritmo de comportamento” que se traduz, em termos de gramática narrativa, na noção de papel temático. Esse, por sua vez, é o que garantiria a segurança no modelo da programação, já que uma vez definido como tal, por construção, não permitiria que a pessoa ou coisa escapasse dele.

assim ocorre em particular no universo do conto popular, onde a identidade de todo ator, concebida de maneira radicalmente substancialista, se reduz à definição de um papel temático-funcional do qual, por construção, quer se trate de uma coisa ou de uma pessoa, não poderá escapar nem desviar de modo algum. Se o personagem é definido como “pescador”, apenas pescará; se outro é “rei”, será somente rei: cada qual se limita, em suma, a “recitar sua lição” (LANDOWSKI, 2014, p. 23).

Para o Landowski, se “posso antecipar a maneira como atuará ou reagirá às minhas iniciativas, posso então interagir com certa tranquilidade” (p.23). Portanto, a entrevista parece ir em direção ao acionamento do regime da programação, não necessariamente pela valorização deste, mas por identificação deste regime como aquele que permeia suas consultas médicas, o que pode ser visto também no trecho, em que o informante 10 é uam enfermeira, mulher, de 35 anos, casada/união de facto, nascida em Campinas (São Paulo), com ensino superior completo.

(29)

**Doc.** eles seguem as recomendações bonitinho?

**Inf 10.** normalmente não

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

**Inf 10.** a gente orienta os pacientes eh:: pra fazer um:: uma prevenção... e eu percebo que as pessoas elas conseguem lidar melhor quando elas já têm um problema instalado... a prevenção parece que não faz parte de um:: de uma rotina... e aí eles só buscam mesmo o atendimento ou con/conseguem mudar alguma coisa no estilo de vida quando já tem algum problema ou quando eles percebem que já já isso já tem algum:: já trouxe algum prejuízo pra saúde mesmo

**Doc.** quando não tem mais jeito

**Inf 10.** [quando não tem mais jeito

**Doc.** por que que você acha que eles têm essa dificuldade de:: de prevenir de fazer as prevenções?

**Inf 10.** pode ser que/bom... eu acho que... primeiro... acho que todo ser humano tem dificuldade de entender que:: que é o que ele faz antes que determina o futuro.. então ele já não se/não não sente que aquilo é necessário quando ele tem vinte anos de cuidar da alimentação.. acho que já é uma cultura mesmo... nossa... e também eu acho que eles pensam algum/algumas éh orientações eles não sentem que que aquilo é fácil acho que eles sentem que é muito difícil de mudar um estilo de vida:: ou acesso a alguma alimentação adequada:: ou acesso a a a a:: atividade física por exemplo eles se justificam bastante pela falta de acesso ou condição financeira de fazer alguma coisa

Trata-se, portanto, de um informante enfermeiro que acredita que os pacientes têm, normalmente, dificuldades de cumprir com as recomendações prescritas, porque, de modo geral, o ser humano tem dificuldade de compreender e aplicar o conceito de prevenção, que se justifica pela debilidade financeira. Aqui, é possível ver que, para além de uma constatação quanto ao comportamento típico do paciente, existe também um regularidade de comportamento que deriva da coerção social, como se não houvesse outra forma destes pacientes agirem, já que, para o informante, este princípio está fíncado na cultura, numa cultura cultivada na periferia.

No prefácio do livro *Interações Arriscadas (2014)*, no qual Ladowski expõe a teoria dos regimes de interação, Fiorin nos diz que a aplicabilidade dessa teoria narrativa se estende ao fato de que “permite descrever, com rigor, mudanças culturais, noções diversas de História, práticas sociais distintas, diferentes concepções de arte (de poesia, por exemplo) e assim por diante” (p. 9). Isso significa que ao acionarmos um regime, em detrimento de outros, também estamos nos revelando como sujeitos políticos. Não é à toa que os sujeitos produzem e compartilham cultura por meio da linguagem, e é por meio dela que o aspecto social e o cultural de cada sujeito entram em contato.

Portanto, ao analisarmos os trechos (28) e (29), vemos que os regimes de interações mobilizados estão diretamente relacionados à concepção de paciente dentro de sua sociedade como alguém que não detém nenhum saber de valor, se tornando omissos sobre sua saúde, produzindo uma visão do paciente como um sujeito preso neste papel temático-funcional que, “por construção, não poderá escapar nem desviar de modo alguma” (p.23).

Na medida em que essa regularidade de comportamento se torna globalmente previsível, esse condicionamento sociocultural revela regularidades cujo princípio deriva da coerção social. Por mais que não passe de uma generalização, entender o paciente como não detentor de saberes, ou seja, não detentor de uma competência modal, que o coloca em posição de objeto, pode criar um ciclo em que ele passe a se ver assim e a regularidade comportamental persista. No trecho (03), é justamente isso que é evidenciado quando tratamos do *ethos* de inferioridade do paciente construído por si, que parece refletir o modo como ele é visto.

(3)

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

**Inf 04.** ah é, bastante né?

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

**Inf 04.** porque eles sabem tudo da nossa vida... ele que entende mais as vezes ele conhece a gente mais que a gente mesmo né? que às vezes vai lá e fala uma coisa e depois cê volta e cê esqueceu que cê falou isso e ela não... ela vai lembrar ela vai ver lá na ficha:: E VAI LEMBRAR que que ela falou e ela vai cobrar

A questão que se coloca é, uma vez que existe uma regularidade de comportamento que influencia e dita o andamento de uma interação, entre “as regularidades que dependem da causalidade física e as que estão vinculadas a invariantes de caráter social” (p. 25), como escapar desta programação? Nesse sentido, Landowski irá propor que as condutas dos sujeitos podem provir de motivações e razões. O estrategista-manipulador reconhece o querer do outro e, assim, atua sobre esse querer, de acordo com essas motivações e razões, para manipulá-lo com maior segurança.

Observemos esses dois fragmentos (30) e (31). Nestes dois casos, o informante é o mesmo:.

(30)

**Doc.** e o que... quais são os mecanismos que o senhor age né que forma que o senhor age para que ele entenda... para que ele compreenda?

**Inf 07.** eh chegar na na/tentar entender o mundo dele... que ele vai compreender aquilo que eu tô falando a partir da... concepção de mundo que ele tem... né?... eh... tentar eh:: passar uma relação de confiança que eu consigo bem

**Doc.** confiança... e como o senhor constrói a confiança?

**Inf 07.** confiança::... sendo próximo sendo gentil... né ah::... ce deve ter percebido aqui quando nós conversamos que eu tenho uma relação bem próxima... acessível... então acessibilidade... seria a palavra

**Doc.** acessibilidade...

**Inf 07.** ele tem acesso a mim

(31)

**Doc.** você acha que essas técnicas podem estar na linguagem

**Inf 07.** [sim

**Doc.** [na forma na forma de conversA?

**Inf 07.** porque eu posso da mesma forma que eu posso impor pro paciente que ele precisa mudar eh:: eu não preciso mudar minha prescrição mas eu posso mudar a forma de falar e ele se sentir responsabilizado

Em ambos os excertos, o que está em jogo é o fazer-fazer do profissional da saúde sobre o paciente. Para esse querer-fazer ou ainda fazer-fazer, cerne da manipulação, é preciso traçar estratégias, que, para os informantes, vêm do estabelecimento de confiança. Por meio

do estabelecimento de um vínculo, o paciente se sentirá responsabilizado a cumprir com o contrato estabelecido. Aqui, o regime de interação acionado é o da manipulação.

De fato, “Antropologicamente falando, a manipulação assim entendida depende de uma problemática mais geral de troca e de contrato” (p. 26). A interação é bem sucedida na medida em que as vontades dos envolvidos vão ao encontro dos contratos estabelecidos. Para o paciente, a criação de vínculo é essencial, e o profissional da saúde se apropria disso, para que, por meio desse vínculo, o paciente queira seguir a prescrição e, assim, possa seduzi-lo a manter o tratamento. Vejamos, novamente, um trecho da entrevista com a informante 10, mulher, de 35 anos, casada, nascida em Campinas (São Paulo), com ensino superior completo.

(32)

**Doc.** e o que você acha que pode ser feito para que eles comecem a colocar em prática... para que esse empecilho seja quebrada?

**Inf 10.** porque acho que hoje/ainda hoje a gente trabalha muito com uma/com prescrição a gente fala pro paciente o que ele tem que fazê... e ele tem uma decisão... de fazer ou não.... eu acho que se a gente começar a trabalhar mais a responsabilização:: pactuar pequenas mudanças e a gente já tem aprendido fazer isso tem tem aprendido algumas coisas novas né? que eu acho que nem seja tão novo... mas algumas técnicas novas de você conseguir responsabilizar o paciente pela saúde dele faz/firmando eh:: pactos eh:: eh:: pequenas mudanças e se/responsabilizando mesmo o paciente pela sua saúde... porque acho que eles têm muita/ ainda é muito arraigada a ideia de que alguém vai fazer alguma coisa por eles... e quando eles vêm numa consulta... eles acho que a medicação que vai fazer o efeito:: que é um exame que ele tem que colher que vai fazer o efeito mas ele não se responsabiliza pela saúde então:: acho que a gente precisa eh eh aprimorar essas técnicas de responsabilização do paciente mesmo

Para o informante 10, se os profissionais da saúde trabalharem com a prescrição, isso possibilitará que o paciente siga ou não aquilo que foi indicado. Isso estarei no campo da programação. Porém, o objetivo é que se diminua a quantidade de pacientes que decidem por não seguir com a prescrição, firmando pactos de pequenas mudanças, trabalhadas pela responsabilização do paciente. Para isso, a enfermeira aciona o regime de manipulação e o valoriza. Pactuar pequenas mudanças seria uma forma de negociar com o paciente a prática das prescrições, para que ele queira seguir essas orientações. Quando a manipulação desperta no destinatário um querer-fazer, manifestado pela imagem positiva que se constrói deste, temos, então, uma sedução.

Portanto, nestes casos (30) e (31), o regime de interação valorizado é o da manipulação. De forma mais detida, pode-se ainda dizer que o desejado por estes profissionais da saúde é que essa manipulação se torne programação: “Quando se diz (com razão) que a manipulação equivale a um fazer querer fazer, pressupõe-se evidentemente que o sujeito ao qual o manipulador se dirige não antemão fazer o que se quer que ele faça. Senão,

encontrar-se-ia em uma outra configuração: a programação” (p. 92). Em outras palavras, a troca de estratégias dos profissionais da saúde tem como propósito que o paciente abandone a condição de não cumprimento das prescrições e passe a ser condicionado a cumprir essas prescrições, ou seja, temos aqui uma manipulação que tem como finalidade causar uma reprogramação, uma vez que interessa ao profissional da saúde que o paciente siga o protocolo de cumprimento daquilo que foi estipulado.

O seguinte diálogo (33) pertence a entrevista com o informante 10, a enfermeira, e aciona, ainda, outro regime, o do ajustamento:

(33)

**Doc.** então também tem muito a ver com um/como o paciente se comporta né? pra vocês poderem perceber se é a receita médica se é a conversa vocês tem esse papel de:: de perceber se como os pacientes são diferentes

**Inf 10.** sim a gente tem esse papel de de individual mesmo você cheg/entra numa consulta você vai precisar analisar ali qual va/qual é a linguagem que vai ser mais eficaz pro paciente... né? aí às vezes a gente trabalha com símbolos trabalha com/ cê tem que entender o o a demanda que o paciente tem na hora mesmo

O informante 10 propõe que, ao chegar em uma consulta, o profissional da saúde deve analisar qual será a linguagem mais eficaz para o paciente e sua demanda. Essa troca de estratégias tem como fundamento a sensibilidade de compreender a pluridimensionalidade do paciente, promovendo a liquidação da falta, a fim de satisfazer suas necessidades pessoais. Disso resultaria uma realização mútua, evidenciando o regime do ajustamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

Com esses objetivos, este trabalho foi construído de modo que, ao longo do capítulo “Sobre o *corpus*: metodologia, limitações e alcances da pesquisa” mostramos como se deu a composição do nosso *corpus*, metodologia usada na obtenção e análise dos dados e, ainda, quais limitações tivemos e quais foram os nossos alcances.

No primeiro capítulo, “Bases fundamentais e encontros teóricos”, apresentamos as teorias que serviram de base para nossa análise. De início, nos propusemos a apresentar os estudos da antropologia da saúde e do discurso, com a finalidade de evidenciar a relevância social desta pesquisa e a sua ancoragem em trabalhos que há anos estão sendo cunhados, e o projeto HumanizaSus. Refletimos sobre a importância de entender o sistema de saúde como um sistema cultural e social para que se possa compreender que as interações envolvendo profissionais da saúde e pacientes são perpassadas por questões relacionadas à saúde, à história, aos papéis profissionais e às relações de poder. Nos tópicos que seguem, recuperamos aspectos da história e consolidação da teoria semiótica, apresentamos bases fundamentais e encontros semióticos que propiciaram nosso modo de analisar o objeto em questão.

Foi a partir desses encontros que os relatos trazidos foram analisados, o que nos permitiu formular e investigar hipóteses. Recebeu destaque, nessa parte, o conceito de *ethos*, já que a sua construção permeia todas as relações que são e podem ser estabelecidas. O tempo

todo estamos criando e recriando nossas identidades, provando e contestando posições ideológicas, estabelecendo e extrapolando fronteiras, lutando por lugares na sociedade, e tudo isso se dá na e pela linguagem. Além disso, os regimes de interação propostos por Landowski (2014) foram essenciais para observar quais regimes de interação eram valorizados, desvalorizados e acionados nessas narrativas, e o que isso dizia sobre sua relação com aspectos discursivos e sociais de profissionais da saúde e pacientes.

O segundo capítulo, “O estudo das relações hospitalares sob o prisma do discurso”, marca uma primeira mobilização dessas teorias. Analisamos, então, a construção do *ethos* e das imagens que os profissionais da saúde e pacientes fazem sobre si e sobre o outro nos relatos, o que nos permitiu perceber que a imagem que é construída do médico a partir do discurso dos pacientes e demais profissionais da saúde é uma imagem, em parte, divinizada, em que o saber profissional é atrelado à crenças construídas sócio-historicamente, responsáveis por construir uma espécie de contrato fiduciário implícito em que o objeto valor é a vida, que, por sua vez, também foi construída sobre uma conotação divina.

A partir das entrevistas, foi possível perceber também que a imagem que se constrói do paciente pelos profissionais da saúde é de um sujeito pouco participativo de seus tratamentos médicos e que se exime das responsabilidades medicinais sob pretextos sociais e econômicos, não cumprindo o que seria esperado, tornando-se o seu próprio antissujeito. Essa imagem acerca do paciente pode influenciar no modo como o próprio paciente se vê, ocasionando um ciclo de imagens negativas que podem alterar o modo como as interações médico-paciente acontecem. Dessa forma, o *ethos* construído pelo paciente é de alguém incapaz de falar sobre si mesmo, e isso, provavelmente, leva à insegurança nos diálogos, propiciando interações assimétricas no ambiente hospitalar.

A análise continua no capítulo 3 “Regimes de Interação”. Neste capítulo, buscamos mapear quais regimes de interação são mais acionados nas entrevistas, quais são desvalorizados e, ainda, quais são valorizados por estes participantes. De modo geral, quando analisamos a interação com profissionais da saúde sob a perspectiva do paciente, identificamos que o regime da programação é, na maioria dos casos, desvalorizado pelos pacientes, enquanto o regime do ajustamento é reivindicado por aqueles que recusaram a programação. Nesse sentido, os pacientes identificavam o regime da programação como bastante presente nas consultas médicas e esse seria o motivo para se reivindicar interações mais ajustadas entre profissionais da saúde e pacientes. Mas esta não é uma regra, houve um caso em nosso *corpus* em que a programação foi o regime reivindicado pelo paciente.

Já, quando analisamos a interação com os pacientes sob a perspectiva dos profissionais da saúde, pudemos perceber que havia também uma percepção da programação nas interações com pacientes, este regime evidenciava o condicionamento dos atores do enunciado a determinados papéis temáticos, essa previsibilidade sobre o comportamento do paciente evidenciou aspectos sociais relevantes, como a coerção social. Ainda foi possível perceber que, apesar da percepção da programação, era valorizado pelos profissionais da saúde o regime da manipulação, de forma a fazer o paciente querer cumprir com as prescrições, em uma busca pela reprogramação deste paciente.

A análise dos regimes de interação foi, por vezes, ao encontro dos princípios do HumanizaSus, que propõe uma prática médica que seja horizontal, dissolvendo a hierarquia e o corporativismo da prática médica, promovendo a humanização da medicina, o que é entendido, entre outros aspectos, como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Ou seja, os princípios do HumanizaSus parecem ir em direção à valorização de regimes de interação que prezam pela sensibilidade, ou seja, do ajustamento.

De forma geral, o presente trabalho se ocupou por investigar, por meio de relatos, o que ocorre no nível linguístico e discursivo no interior dos diálogos entre profissionais da saúde e pacientes que podem gerar assimetrias e, por consequência, interferir na condução dos processos hospitalares. A partir dos relatos de pacientes e profissionais da saúde, é possível ter acesso a suas narrativas e à forma como constroem seus discursos, mapeando a aplicabilidade da transversalidade das relações. Longe de qualquer especulação, tornam-se tangíveis suas experiências, que possibilitam análises mais sensíveis sobre os caminhos para a humanização da medicina.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

BRASIL. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - Ministério da Educação. *Você sabe quando procurar uma UPA, UBS, AMA, hospital e SAMU?* Disponível em: <https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-nordeste/hujb-ufcg/comunicacao/noticias/voce-sabe-quando-procurar-uma-upa-ubs-ama-hospital-e-samu>. Acesso em: 15 out. 2023

\_\_\_\_\_. *Formação e Intervenção*. Caderno HumanizaSUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <https://redehumanizasus.net/acervo/cadernos-humanizasus-volume-1-formacao-e-intervencao>. Acesso em 26 out. 2023.

\_\_\_\_\_. *O HumanizaSUS na Atenção Básica*. Caderno HumanizaSUS, Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em:

<https://redehumanizausus.net/acervo/o-humanizausus-na-atenc%cc%a7a%cc%83o-basica/>.

Acesso em 26 out. 2023.

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

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

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

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

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

DISCINI, Norma. *O estilo nos textos: história em quadrinhos, mídia, literatura*. Editora Contexto, 2003.

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

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

GREIMAS, A. J. *Sobre o sentido II: ensaios semióticos* [About the meaning II: semiotic essays]. EDUSP, São Paulo, 2014.

GONZÁLEZ, César. AJ Greimas/J. Courtés, Semiótica. *Diccionario razonado de la teoría del lenguaje*, Madrid: Gredas, 1982. Lexis, 1991.

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

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

- \_\_\_\_\_. *Em busca do sentido: estudos discursivos*. São Paulo: Contexto, 2008.
- \_\_\_\_\_. *A construção da identidade nacional brasileira*. Bakhtiniana. Revista de Estudos do Discurso, n. 1, 2009.
- \_\_\_\_\_. O sujeito na semiótica narrativa e discursiva. *Todas as Letras-Revista de Língua e Literatura*, v. 9, n. 1, 2007.
- FONTANILLE, Jacques. *Semiótica do Discurso*. Tradução de Jean Cristtus Portela. São Paulo: Contexto, 2019.
- HJELMSLEV, Louis. *Prolegômenos a uma teoria da linguagem*. Perspectiva, 1975.
- HÉNAULT, Anne. *História concisa da semiótica*. Parábola Ed., 2009.
- HILGERT, José Gaston. O falante como observador de suas próprias palavras: retomando aspectos metadiscursivos na construção do texto falado. *Oralidade em diferentes discursos*. São Paulo: Humanitas, 2006, p. 161-185.
- JABUR, Sérgio Marques; SILVEIRA, Fernando de Almeida. Linguagem como Abertura ao Diálogo entre Cuidado em Saúde e Educação Médica. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 39, n. 4, p. 565-573, 2015.
- KOCH, Ingedore Villaça. *A interação pela linguagem: repensando a língua portuguesa*. 2000.
- LANDOWSKI, Eric. *Interações arriscadas*. Estação das Letras e Cores Editora, 2014.
- LANGDON, Esther Jean; WIIK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 173-181, 2010.
- MAINGUENEAU, Dominique. *El ethosy la voz de lo escrito*. Versión 6. México: Universidad Autonoma Metropolitana-Xochimilco, 1996, p. 79-92
- \_\_\_\_\_. *A noção de ethos discursivo*. São Paulo: Contexto, 2011.
- \_\_\_\_\_. *Retorno crítico sobre o ethos*. BARONAS, RL, 2016.
- \_\_\_\_\_. A propósito do ethos. *Ethos discursivo*. São Paulo: Contexto, p. 11-29, 2008.
- MARCUSCHI, Luiz Antônio. *Análise da Conversação*. São Paulo: Ática, 1986.

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

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

PAVEAU, Marie-Anne; DA SILVA ESTEVES, Phellipe Marcel. Não linguistas fazem linguística? Uma abordagem antieliminativa das ideias populares. *Policromias-Revista de Estudos do Discurso, Imagem e Som*, v. 3, n. 2, p. 21-45, 2018.

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

\_\_\_\_\_. *Discurso oral culto*. Editora Humanitas, 2005.

TRABANT, Jürgent. *A linguagem, objeto de conhecimento: breve trajeto pela história das ideias linguísticas*. 2020.

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

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

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE BASEADO NAS DIRETRIZES CONTIDAS NA RESOLUÇÃO CNS Nº466/2012

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

**Pesquisador(a) responsável: Stephani Izidro de Sousa**

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

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

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

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

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

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

#### **Riscos e benefícios**

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

#### **Confidencialidade**

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

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

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

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

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

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

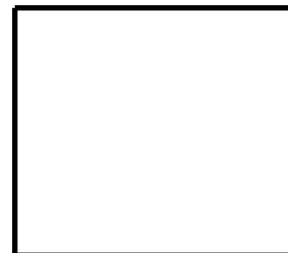
■ Concordo que o meu nome seja incluído na lista de pessoas entrevistadas e na atribuição de minhas falas:  
Sim  Não

Local e data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Impressão dactiloscópica no caso de não saber escrever



\_\_\_\_\_  
Stephani Izidro de Sousa, celular (19) 98970 – 7920 /telefone institucional (16) 3351-811

**Endereço dos responsáveis pela pesquisa:**

Instituição:

Endereço: Bloco: /Nº: /Complemento:

Bairro: /CEP/Cidade:

Telefones p/contato:

**ANEXO 2**  
**ENTREVISTA**

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

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

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

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

**ANEXO 3**  
**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

7. Sexo

Masculino

Fermino

Outro

8. Idade:

9. Cidade Natal:

10. Profissão:

11. Estado Civil

Solteiro

Casado / União de Facto

Divorciado

12. Escolaridade

- Analfabeto

- Ensino Fundamental

Completo

Incompleto

- Ensino Médio

Completo

Incompleto

- Ensino Superior

Completo

Incompleto

## ANEXO 4 ENTREVISTAS NA ÍNTEGRA

Entrevista realizada em 26 de outubro de 2019 com o informante 07, idade 48 anos, natalidade em São Paulo (São Paulo), formação como médico com pós-graduação em saúde da família e psiquiatria (em andamento), solteiro.

**Doc.** há quanto tempo o senhor atua no SUS?

**Inf 07.** no SUS:... desde 2015

**Doc.** desde 2015... não faz tanto tempo

**Inf 07.** não pouco tempo

**Doc.** mas já é um tempinho e desde que o senhor atua no SUS... como que o senhor tem percebido que são:: os pacientes... se o senhor pudesse descrever?

**Inf 07.** descrevê-los né?

**Doc.** isso

**Inf 07.** tem uma uma necessidade social muito... grande né?... e uma:: junto com o que eles precisam de:: resoluções médicas:: resoluções práticas do problema deles... eles trazem uma carga social muito grande de:... de:: falta de várias condições básicas né?

**Doc.** e o senhor acha que essas necessidades... elas atrapalham na hora de tratar:: na hora de diagnosticar

**Inf 07.** pode atrapalhar... pode atrapalhar na forma como a pessoa entende o que você fala... eh tem uns que não tem a cognição necessária para entendê... né?... eh:... ah... as... faltas sociais... eh.. podem também atrapalhar também na resolu/na resolutividade daquilo que você propõe né? às vezes você tem que recorrer a medicamentos que:: eu não tenho similar no SUS pra aquela patologia... né? então:... eh o o poder econômico não permite comprar... né? então são limitadores

**Doc.** no que diz respeito à linguagem o senhor acha que isso se mostra tem... ela se mostra às vezes como um empecilho como algo que dificulta?

**Inf 07.** eh eu tenho que muitas vezes adequar a linguagem né? porque:: eu penso uma coisa que:: deve ser muito comum/discutido na sua área... eh a linguagem... o conhecimento:: os exemplos que eu vou dá.. às vezes o livro que eu vou dá para a pessoa lê... ele tem muito... ah o entendimento daquilo depende muito da história de:: de vida da pessoa... e do contexto social onde ela está... né? se ela vive aquilo... ela entende... se eu falar com uma linguagem... eh próxima daquilo que:: que o paciente vive no dia a dia é mais fácil dele entendê... eu evito ser técnico muitas vezes na linguagem para poder ser mais próximo... com o paciente eu tenho esse sucesso

**Doc.** teve algum momento que o senhor teve que muita dificuldade assim de se expressar pro paciente... algum caso algum caso específico/especial que o senhor teve que bolar uma maneira de conversar com o paciente de explicar?

**Inf 07.** [teve várias várias

**Doc.** e o que... quais são os mecanismos que o senhor age né que forma que o senhor age

para que ele entenda... para que ele compreenda?

**Inf 07.** eh chegar na na/tentar entender o mundo dele... que ele vai compreender aquilo que eu tô falando a partir da... concepção de mundo que ele tem... né?... eh... tentar eh:: passar uma relação de confiança que eu consigo bem

**Doc.** confiança... e como o senhor constrói a confiança?

**Inf 07.** confiança::... sendo próximo sendo gentil... né ah::... ce deve ter percebido aqui quando nós conversamos que eu tenho uma relação bem próxima... acessível... então acessibilidade... seria a palavra

**Doc.** acessibilidade...

**Inf 07.** ele tem acesso a mim

**Doc.** e senhor acha que isso é mais comum ou incomum?

**Inf 07.** incomum

**Doc.** por que... será que é mais incomum?

**Inf 07.** muitos médicos... eh::... via de regra a medicina ela... é restrita... né? poucas pessoas conseguem ter::... acesso a essa formação... eh:: a formação particular é muito cara... e eles vem de uma época... né? de uma ideia que tá meio fora... hoje entrando meio entrando meio fora de contexto... que é uma relação verticalizada... então eles... muitos médicos... cê você escuta muito falar não olham na cara do paciente:: né? não estabelece o vínculo porque ele tá... ele tá vivendo... uma ideia... de superioridade... que não é real... né? uma relação verticalizada... na verdade você perde o pacientes com isso... eles procuram outro... é a mesma coisa do advogado o escritório do advogado quando eu falo para você...

ADVOGADO... te vem na cabeça:: aquele escritório... eh:: sisudo... um tiozinho... né? o tiozão lá... eh:: de terno/terno xadrez... com móveis:: eh coloniais... móveis antigos... num ambiente escuro... e cheio de livros... essa ideia... de afastar... a pessoa que procura o serviço... tá caindo... isso:: é::... é coisa do passado na minha opinião... mas muitos carregam isso... na sua... na sua:: na:: no exercício da sua:: profissão... e:: atrapalha... principalmente quem tem que ter uma boa interação com o ser humano

**Doc.** e o senhor acha que essa esse exercício de você estar mais próximo do paciente:: da interação mais facilitada:: da acessibilidade:: ela tá no arcabouço da medicina ou é uma coisa extra que o profissional tem que buscar?

**Inf 07.** então eu ela está tá o arcabouço só como eu disse pouca gente utiliza na prática

**Doc.** pouca gente... você acha que existe algo... porque o tempo todo a gente está falando do médico para com o paciente... exista existe algo que poderia ser feito do paciente para com o médico?

**Inf 07.** só antes eu queria falar alguma coisa a mais do médico para com o paciente

**Doc.** pode pode falar

**Inf 07.** tem uma coisa que é muito importante... eh a falta de empatia né? muitas vezes essa classe social que o médico da qual o médico vem não tem a necessária compreensão às vezes de tudo... todo o sistema social... e particular daquela pessoa né? as dificuldades que ela tem na vida... e a segunda é uma coisa que atrapalha muito que o médico... ele tá cada vez com menos tempo... é muito paciente é muita receita é muito coisa e tem que ser logo e tem que ser pra ontem e aí ele corre e se irrita... ele corre e se estressa ele desconta isso no paciente... principalmente pronto socorro... posto de saúde isso acontece menos mas tá também ficando lotado... ele tem que vir de um emprego ao outro correndo atrasa... tudo isso justifica às

vezes uma certa... não que não justifica mas pelo menos explica uma certa falta de paciência do médico para com o seu paciente... e o que que atrapalharia do paciente pro médico... ah:: o cara que não entende dez minutos de atraso... o cara que grita na recepção... a pessoa que traz os problemas... e no posto de saúde no SUS isso é muito comum... ela traz a doença e mais todas as::... mazelas e dificuldades que ela vive... e ela joga no atendente na portaria e depois muitas vezes no médico

**Doc.** cê acha que essa:: falta de paciência do próprio paciente... tem a ver com a imagem que ele tem do médico... do sistema de saúde?

**Inf 07.** tem tem a vê... com a imagem eu diria pelo sistema público brasileiro... o funcionalismo público no Brasil... né?... você veja bem... a:: própria... tv mostra isso né? os filhos da pátria... são funcionários públicos... eles mostram ( ) e que não querem trabalhar e essa ideia perdura... tá? eu acho que:: é mais do que:: ampliando a visão... ampliando o olhar... é mais do que só na saúde é no sistema público em geral

**Doc.** e me parece também que... essa dificuldade de linguagem né? do ponto de vista da linguagem também é bem estrutural na questão da escolaridade

**Inf 07.**

[isso

**Doc.**

do ensino como é difícil um

médico... alguém se tornar médico é um sistema muito concorrido então a gente tem poucos profissionais::

**Inf 07.** o que reforça o que eu falei no início da nossa entrevista... o que você está dizendo... de certa forma justifica a a fala anterior

**Doc.** sim e o senhor acha que tem tem algo que possa ser feito pra ajudar com que esse sistema flua de forma mais orgânico:: com mais empatia:: com mais harmonia?

**Inf 07.** então teria que tirar essa loucura de correr... teria que ser uma coisa... eh:: com mais tempo... de consulta... né? eh:: não adianta cê ampliar o número de médicos... teria que ampliar médicos e unidades... né? muito se fala em mais médicos pelo Brasil o programa mais médicos... sempre mais... profissionais mas eu preciso ter mais locais

**Doc.** estrutura

**Inf 07.** e LOCAIS... não só esses locais com estrutura mas assim... tem... x postos de saúde em Campinas... constrói 3x... é melhor eu subdividir essa população em grupos menores e atender mais devagar... do que ficar todo mundo embolado... em poucas unidades

**Doc.** todo mundo que

**Inf 07.** [olha que aqui tem bastante unidades em

**Doc.**

tem né? todo mundo que fala sobre as UBSs

né? sobre os postos de saúde falam super bem sobre a forma como é organizado

**Inf 07.** isso

**Doc.** mas isso me faz pensar... por que são só os hospitais/os postos de saúde são assim? será que falta as pessoas conhecerem um sistema mais orgânico e expandir essa mentalidade?

**Inf 07.** ...é o posto de saúde ele ele funciona muito bem... na sua organização interna... o fluxo é muito bem feito... eh o fluxo é muito eh::... bem feito não é a palavra... ele é eficiente mas o número de pacientes é muito grande... eh precisaria ter sim... uma:: um aumento do número de postos... assim como aumento do número de hospitais... o problema aí é super lotação

**Inf 07.** e::

**Doc.** resolveria nos dois porque a população é diferente no no pronto socorro tem muita urgência procura espontânea é muito grande... no posto de saúde deveria ser mais consulta agendada mas tá aumentando a procura espontânea que não é a ideia inicial de prevenção que a gente tem em saúde

**Doc.** imagino

**Inf 07.** tá bom?

**Doc.** e pra pra finalizar assim... o senhor acha:: qual a importância que o senhor acha que tem ter uma boa comunicação com o paciente?

**Inf 07.** eu acho... a importância:: número um.. é a primeira... porque o resto deriva da boa comunicação... e a comunicação não é só verbal em linguagem ela é a comunicação não verbal... e tem que ser não violenta de ambas as partes... uma comunicação não violenta... uma comunicação em que eu saiba explicar.. ele saiba explicar a necessidade dele e eu saiba entendê... né? de forma que aquilo... os discursos não gerem... eh:: atritos... não gerem (ruídos)

**Doc.** o senhor acha que falta uma educação:: para o paciente sobre como falar do próprio corpo? sobre como falar de si mesmo?

**Inf 07.** eu acho que o paciente faz isso bem na linguagem dele... falta tempo do médico ouvir uma boa história

---

Entrevista realizada em 03 de junho de 2019 com o informante 10, idade 35 anos, natalidade em Campinas (São Paulo), enfermeira, Casado/União de Facto.

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

**Inf 10.** São pacientes bastante dependentes eles eles vêm em busca de alguma orientação né é :: às vezes a gente/ eles pensam que precisam passar por uma consulta médica é:: às vezes eles ficam um pouco decepcionados quando percebem que a consulta é com o enfermeiro... mas depois da consulta eles saem bastante:: (...) bastante:: eh:: satisfeitos mesmo porque a gente consegue fazer uma orientação:: e eles e eles cons/ saem satisfeitos com o atendimento

**Doc.** eles seguem as recomendações bonitinho?

**Inf 10.** normalmente não

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

**Inf 10.** a gente orienta os pacientes eh:: pra fazer um:: uma prevenção... e eu percebo que as pessoas elas conseguem lidar melhor quando elas já têm um problema instalado... a prevenção parece que não faz parte de um:: de uma rotina... e aí eles só buscam mesmo o atendimento ou con/conseguem mudar alguma coisa no estilo de vida quando já tem algum problema ou quando eles percebem que já já isso já tem algum:: já trouxe algum prejuízo pra saúde mesmo

**Doc.** quando não tem mais jeito

**Inf 10.** [quando não tem mais jeito

**Doc.** por que que você acha que eles têm essa dificuldade de:: de prevenir de fazer as prevenções?

**Inf 10.** pode ser que/bom... eu acho que... primeiro... acho que todo ser humano tem dificuldade de entender que:: que é o que ele faz antes que determina o futuro.. então ele já não se/não não sente que aquilo é necessário quando ele tem vinte anos de cuidar da alimentação.. acho que já é uma cultura mesmo... nossa... e também eu acho que eles pensam algum/algumas éh orientações eles não sentem que que aquilo é fácil acho que eles sentem que é muito difícil de mudar um estilo de vida:: ou acesso a alguma alimentação adequada:: ou acesso a a a a:: atividade física por exemplo eles se justificam bastante pela falta de acesso ou condição financeira de fazer alguma coisa

**Doc.** você acha que no quesito comunicação... tem algum:: algum/eh alguma dificuldade de explicar para eles os os nomes técnicos das doenças dos processos

**Inf 10.** eu acredito até que a gente consegue se expressar com eles de uma forma que eles conseguem entender acho que num num/acho que a gente consegue se se colocar no lugar do paciente o enfermeiro acho que tem bastante dessa empatia é mas várias vezes quando está orientando a gente percebe que aquilo não tá não... tá eficaz NÃO TÁ ENTRANDO cê sabe cê faz orientação porque cê cê segue à risca né? o o problema você sempre tem uma orientação para ele... mas a gente consegue perceber que o paciente não vai colocar aquilo em prática cê percebe:: que que não vai entrar mesmo não vai ter jeito

**Doc.** eh:: então vocês acreditam que tem uma boa comunicação que vocês explicam e que o problema tá em outro lugar né? deles não colocarem em prática

**Inf 10.** eu acredito sim

**Doc.** e o que você acha que pode ser feito para que eles comecem a colocar em prática... para esse empecilho seja quebrada?

**Inf 10.** porque acho que hoje/ainda hoje a gente trabalha muito com uma/com prescrição a gente fala pro paciente o que ele tem que fazê... e ele tem uma decisão... de fazer ou não.... eu acho que se a gente começar a trabalhar mais a responsabilização:: pactuar pequenas mudanças e a gente já tem aprendido fazer isso tem tem aprendido algumas coisas novas né? que eu acho que nem seja tão novo... mas algumas técnicas novas de você conseguir responsabilizar o paciente pela saúde dele faz/firmando eh:: pactos eh:: eh:: pequenas mudanças e se/responsabilizando mesmo o paciente pela sua saúde... porque acho que eles têm muita/ ainda é muito arraigada a ideia de que alguém vai fazer alguma coisa por eles... e quando eles vêm numa consulta... eles acho que a medicação que vai fazer o efeito:: que é um exame que ele tem que colher que vai fazer o efeito mas ele não se responsabiliza pela saúde então:: acho que a gente precisa eh eh aprimorar essas técnicas de responsabilização do paciente mesmo

**Doc.** você acha que essas técnicas podem estar na linguagem

**Inf 10.** [sim

**Doc.** [na forma na forma de conversa?

**Inf 10.** porque eu posso da mesma forma que eu posso impor pro paciente que ele precisa mudar eh:: eu não preciso mudar minha prescrição mas eu posso mudar a forma de falar e ele se sentir responsabilizado

**Doc.** e nas prescrições vocês percebem se eles compreendem bem? porque as prescrições são/elas vêm por meio das receitas

**Inf 10.** de enfermagem normalmente não enfermagem vêm

**Doc.** [pelas conversas

**Inf 10.** [vem mais pela orientação na conversa

**Doc.** mas vocês percebem que eles não compreendem as receitas:: aquilo que vem escrito?

**Inf 10.** têm dificuldade sim muitos pacientes têm dificuldade com a:: com a interpretação... às vezes eles não são totalmente analfabetos... eles conseguem lê mas a interpretação é prejudicada

**Doc.** e aí nesse caso então comunicação... explicar pra eles os remédios:: explicar a quantidade tem um papel muito importante?

**Inf 10.** tem sim tem sim

**Doc.** então eh resumindo tudo o que a gente falou então a comunicação ela é muito importante

**Inf 10.** [muito

**Doc.** [quando a gente tá falando

**Inf 10.** [muito importante muito importante tanto a verbal quanto a escrita e:: e:: a/todo tipo de comunicação com eles é importante num num/tem pacientes que têm mais facilidade quando você escreve o que você falou ele consegue assimilar melhor tem pacientes que se você escrever ele não vai eh:: eh:: interpretar nada então... é você escrever e reforçar ou você tá sempre com o paciente reforçando tem muitos paciente que tem muita dificuldade de de entender a receita médica e toma medicação errada por isso e eh muitas consultas que a gente faz é pra tentar minimizar isso mas tem muita dificuldade

**Doc.** então também tem muito a ver com um/como o paciente se comporta né? pra vocês poderem perceber se é a receita médica se é a conversa vocês tem esse papel de:: de perceber se como os pacientes são diferentes

**Inf 10.** sim a gente tem esse papel de de individual mesmo você cheg/entra numa consulta você vai precisar analisar ali qual va/qual é a linguagem que vai ser mais eficaz pro paciente... né? aí às vezes a gente trabalha com símbolos trabalha com/ cê tem que entender o o a demanda que o paciente tem na hora mesmo

**Doc.** e quais tipos de artifícios vocês já usaram e que perceberam que foi eficaz?

**Inf 10.** olha de quanto a medicação por exemplo a gente separa as medicações pro paciente em em caixinhas né os agentes fazem isso com os pacientes que têm dificuldades de leitura que não tem quem faça e eles colocam o sol a lua colocam o horário que tem que tomar com símbolos... fazendo os símbolos mesmo a cor da medicação tudo isso muito:: muito lúdico assim para o paciente que não tem leitura conseguir tomar medicação no horário certo mesmo... e elas fazem essa caixinha por mês... então elas pegam toda a medicação do paciente e separa tudo... eh escreve faz todos esses símbolos:: tudo direitinho e elas passam na casa do paciente acho que uma vez por semana mais ou menos pra ver se eles... estão tomando certinho... mas casos bem específico esse não são tantos não

**Doc.** [então também é um trabalho bem comunitário né

**Inf 10.** Sim

**Doc.** tem que que atuação do médico:: do enfermeiro do agente de saúde

**Inf 10.** isso aí é interdisciplinar mesmo nesses casos mais complexos a equipe toda se mobiliza

**Doc.** e vocês percebem se há alguma diferença de dificuldade maior quando a gente está falando sobre adulto ou sobre idosos... o sobre crianças::

**Inf 10.** idoso normalmente é a nossa maior maior desafio

**Doc.** e entre homens e mulheres?

**Inf 10.** mais homens

**Doc.** mais homens vocês tem dificuldades?

**Inf 10.** sim até mesmo não só na comunicação mas também na/homens têm mais dificuldades de adesão ao tratamento então

**Doc.** você tem alguma hipótese pra isso?

**Inf 10.** acho que é:: acho que é cultura mesmo acho que é cultural mesmo

---

Entrevista realizada em 26 de outubro de 2019 com o informante 09, idade 47 anos, natalidade em Piaçabuçu (Alagoas), agente de saúde, divorciado e ensino superior incompleto.

**Inf 09.** Sim...a interação médico-paciente é é/ essa parte acho bom você falar diretamente com o médico aí ele vai te explicar como que é

**Doc.** [Sim

**Inf 09.** Né porque a gente não tem acesso... ao ao momento da consulta

**Doc.** [Sim

**Inf 09.** A gente tem acesso pós-consulta:: né ou com a/tipo eu tô falando dos agentes de saúde eu tenho acesso quando eu vou na casa do paciente e o paciente dá alguma informação sobre como que foi a consulta dele... geralmente eles eles falam muito bem do atendimento do médico às vezes tem um ou outro que:: que fala... né tem alguma reclamação ah o médico não pediu tal exame:: aí a gente orienta se se é necessário ou não quando isso de acordo com o que a gente sabe

**Doc.** Na verdade... o meu interesse é/eu entrevistei vários médicos e eles disseram de como o agente de saúde ele trabalha mais próximo do paciente

**Inf 09.** [Sim

**Doc.** indo nas casas

**Inf 09.** [é

**Doc.** e é por isso que eu resolvi conversar com algum agente de saúde

**Inf 09.** [ah entendi

**Doc.** [pra entender como é que é o trabalho...

**Inf 09.** [tá

**Doc.** então você me disse que vocês vão nas casas::

**Inf 09.** [Sim

**Doc.** [E aí... como que vocês fazem?

**Inf 09.** Ah.. é assim:: é:: tem as/são visitas... diárias né não são tem todas as casas... é:: aquela determinada tipo hoje hoje eu tenho uma consulta pra entregar... aí eu vou na casa daquele paciente se eu não conseguir:: é no caso das consultas se eu não conseguir falar no telefone quando é uma coisa urgente eu vou até a casa do paciente... eu entrego ao/a informação da consulta dia e horário caso seja necessário preencher algum cadastro né o cadastro nacional cadastro do SUS o:: é o:: é o:: e-SUS a gente faz o preenchimento se eu não tiver aquele cadastro da família quantas pessoas moram na casa... né a gente:: pega essas informações todas endereço... número de cômodos... se a casa é da pessoa ou não... e daí.. ness/nessas perguntas sempre surge algum/pode surgir algum problema.. aí eu/ele pode reclamar eu preciso de uma consulta com o médico porque tá acontecendo isso... a nossa orientação é vim até o centro de saúde e agendar na/nos dias marcados... quando é uma coisa que é grave que é urgente que é necessário que se faça um atendimento:: né... aí aí a gente vem aqui conversa/o agente vem conversa com o médico e vê agenda e na maioria dos casos o médico já nos disponibiliza uma vaga... tipo pessoas que têm diabetes hipertensão... é algum tipo de doença grave elas têm prioridade nós temos grupos de atendimento a gente encaminha pros grupos né conversa com os enfermeiros responsáveis no caso né se precisar **Inf 09.** então o agente de saúde ele acaba mediando essa relação entre e o paciente

**Doc.**

[Sim quase quase sempre quase

sempre né

**Doc.** e por/você acha que essa mediação ela é importante? De que forma

**Inf 09.**

[ELA É MUITO

IMPORTANTE... porque nem sempre o o o paciente el/às vezes ele vem na recepção ele não tem acesso às informações todas né às vezes ele tem acesso se tiver tipo ele vem pedir uma consulta tem uma agenda né tem uma agen/data de agendamento e tudo e ele vai receber as informações mas se/em muitos casos o pac/o paciente ele precisa con/contar alguma coisa precisa desabafar às vezes ele tá com problema não é só problema médico... às vezes são problemas que envolve a assistência social problema social um problema familiar eles eles relata esse problema para o agente e a gente... passa nas reuniões de equipe por exemplo a minha equipe a reunião é segunda-feira... então eu pego esses casos e discuto com a com a médica clínica a enfermeira os os outros funcionários que são os técnicos de enfermagem... quando é o caso... a gente cham/pede a presença do en/do psicólogo... ou psiquiatra... e a gente passa essas informações e daí eles vão:: direcionar:: é qual o procedimento.. se é para agendar com eles eles já passam vaga se não não é com eles...é é sabe eles direcionam quando é um um problema na família um problema psi/psicológico psiquiátrico... quando é um problema de assistência social a gente passa o caso pra enfermeira... se for o caso a gente vai procurar a assistência social pra passar o caso e eles vão até a casa da pessoa

**Doc.** E:: em algum momento assim:: vocês tiveram que fazer um trabalho de explicar uma receita:: ou explicar

**Inf 09.** [Sim

**Doc.** [alguma como funciona alguma doença assim que o paciente não conseguiu compreender?

**Inf 09.** [Sim a gente faz::... isso constante

**Doc.** O que que vocês fazem para que eles compreendam?

**Inf 09.** a gente explica da forma que/ simples porque a linguagem médica é às vezes é mais complicada para eles entendê e a gente tem a função de de simplificar o problema para que a pessoa entenda... né? eu não vou chegar na casa do paciente falando palavras que né? o paciente não vai conhecer eh:: hipertensão tem um ou outro que pensa o que que é hipertensão? a gente vai falar é pressão alta né? aí eles já compreendem já sabem o que é pressão alta né? diabetes né? ai vai falar que é uma hiperglicemia:: né? aí tem os termos lá a gente fala assim não.. você tem uma diabetes, aí a gente vai explicar o que é... algumas orientações mais simples... a gente passa... né? sobre a alimentação:: nós temos essa né? um pouco de né? do que passar pro paciente e se for uma receita médica o que a gente compreende a gente passa.. a gente fala olha esse remédio toma assim:: é tal horário... quando a gente tem dúvida a gente vem e pergunta para o médico... e passa para o paciente

**Doc.** E que tipos de ferramentas vocês usam? Porque a fala ajuda muito né a explicar como é que é mas em algum momento vocês tiveram que usar algum outro recurso para explicar para o paciente como algo funcionava?

**Inf 09.** uhn:: uhn::

**Doc.** Talvez uns símbolos:: uns desenhos::

**Inf 09.** Sim sim tem pacientes mais idosos eles não têm compreensão sobre (...) tem pacientes idosos.. eles não eles eles não compreendem sobre eh:: principalmente paciente analfabeto né... e bem idoso às vezes tem dificuldade de entender e de compreender horários né e dia então.. a gente não adianta a gente chegar você vai tomar sete da manhã sete/meio-dia meio-dia vai não adianta escrever ele não ele não sabe lê eles não vão compreender que a gente faz a gente pega uma caixa... tipo tem medicamento para tomar de manhã meio-dia e à tarde a gente chega naquela caixa a gente coloca um sol tipo de manhã um sol aí a gente desenha um sol e e deixa já a quantidade de comprimido que ele tem que tomar... ele vai saber que naquele horário... ele vai pegar aquele comprimido ele vai tomar... pra dizer que vai tomar meio-dia... eu vou eu coloco um sol e coloco um prato com a/com dois talheres... ele sabe que aquilo é meio-dia eles vão compreender eles compreendem numa boa sabe?... à noite a gente coloca uma lua né a gente coloca uma lua... ele sabe que aquilo ali é é noite ele só tomar a noite... já cheguei/eu já cheguei a fazer... para um paciente:: deficiente visual... ela ela teve/ela teve diabetes... ela perdeu a visão... por causa do do do nível glicêmico que subiu muito né? e ela perdeu a visão... deu um problema no nervo óptico e cabô... aí ela não conseguia enxergar e ela era sozinha... tinha os filhos pequenos lá mas era meio abandonada.. ela o que o que fizemos eu e a enfermeira na época/a técnica de enfermagem... nós bolamos uma/pegamos uma uma tábua/uma ripa... né e colocamos três caixinhas... uma abaixo da outra... e a gente colocou os remédios e ela sabia que... a caixinha de cima era de manhã... a gente explicou pra ela olha ela ia pondo a mão a caixinha de cima de manhã caixinha do meio era meio-dia a caixinha de baixo era da noite então ela contava ela via qual era a caixinha e ela pegava tomava os remédios... e isso ela ela vive até hoje... ela melhorou um pouco a saúde dela... mas ela continua sem a visão... ela mudou de bairro... eu creio que lá continua fazendo assim com ela ou ela teve/já aprendeu... né? outras técnicas... mas ela foi uma maneira que nós encontramos em ajudar o paciente que não:: que ela não tinha condição de ver e o outro teve outro paciente aqui recente que ele foi embora... era um:: ele era um acumulador tinha os problemas:: psiquiátricos e ele não compria/não conseguia compreender essa coisa de horário de dia... foi feito a mesma coisa... não foi só a equipe dos

agentes de saúde a gente também pedi do pessoal da PUC que faz estágio aqui no posto da farmácia dos técnicos de enfermagem:: dos psicólogos tudo estudantes que eles vêm atender aqui no posto gente pediu ajuda pra todos e bolamos várias coisas inclusive as caixinhas com com som sol lua né?... pratinho de almoço e ele tomava os remédios direitinho

**Doc.** Eu percebo que é um trabalho muito feito em conjunto em

**Inf 09.** [sim sim

**Doc.** [equipe cê acha isso ajuda?

**Inf 09.** sim ajuda... se não fosse/não houvesse esse essa interação entre né? entre os várias especialidades no posto não tem como tem condição de de de a gente levar para frente... temos que ter o apoio de todos tanto os técnicos de enfermagem quant/como dos enfermeiros... dos médicos... psicólogos eh:: psiquiatras todos que fazem parte da unidade de saúde das equipes todos eles porque nós temos nós discutimos os casos e a gente arruma soluções quando é quando é preciso

**Doc.** todo mundo que entrevistei até agora e todas as pessoas que eu conheço falam muito bem do posto de saúde... cê acha que esse::... resultado positivo vem de todo esse trabalho conjunto mais

**Inf 09.** [sim

**Doc.** [mais próximo do paciente?

**Inf 09.** se se não houver trabalho não vai não vai haver um um bom atendimento pro paciente porque nós agentes de saúde a gente tem essa função de de de sabe de fazer essa interação do paciente centro de saúde... porque quem/a enfermagem os técnicos ele trabalha mais interno... ele não têm como sair na rua e captar essas pessoas que a gente faz esse trabalho né?

**Doc.** você acha que ajuda o fato de vocês terem porque o médico ele fica bastante aqui né? no consultório vocês estão mais próximos das pessoas... cê acha que isso ajuda a sentir a necessidade do paciente?

**Inf 09.** AJUDA com certeza ajuda a gent/ a maioria de nós a gente sabe as necessidades do paciente a gente vai na casa... a gente sabe como é que mora... o que come né?... quais as condições de saúde dele né?... todas essas condições e a gente traz isso pro médico... sabe? a gente traz essas informações pro médico então é necessário e ajuda muito essa sabe?

---

Entrevista realizada em 01 de junho de 2019 com o informante 08, idade 64 anos, natalidade em Santa Cruz das Palmeiras (São Paulo), médico, casado/união de facto.

**Doc.** Há quanto tempo senhor trabalha no SUS/atua no SUS?

**Inf 08.** Eu trabalho já há 29 anos

**Doc.** Uau... é uma vida.. grande no SUS

**Inf 08.** eh

**Doc.** E nesse tempo o que o senhor tem percebido em relação aos seus pacientes? Como eles:: são?

**Inf 08.** Olha... é geralmente são pacientes da::... da classe... eh::... assim... média e baixa, né? têm a renda muito baixa... e:: são pacientes que colaboram

**Doc.** aham

**Inf 08.** Eu acho interessante que eles... vem à consulta e depois retornam... então a gente faz acompanhamento das criança... faz o:: a puericultura... então a gente marca os agendamen/agenda... e o retorno o pessoal não falta... vem todo mundo

**Doc.** e isso é né muito importante no processo de tratamento, certo?

**Inf 08.** importante porque procura se estimular o aleitamento materno né? das crianças né? então desde o:: quando nasce... a gente já orienta as mães a começar na maternidade primeira coisinha já mama no peito lá na maternidade aí quando chega aqui depois de uma semana as crianças já estão mais habituadas então a gente tá notando que tá tendo um aumento do aleitamento materno de uns anos pra cá

**Doc.** e o senhor percebe que eles seguem as suas recomendações ou em alguns momentos eles não seguem?

**Inf 08.** ah seguem a maioria segue

**Doc.** e o senhor já percebeu alguns que não seguem

**Inf 08.** eh tem algumas pessoas que não seguem mas como a gente tem aqui o agente de saúde aí a gente separa a pasta e pede pros agentes de saúde ir até a casa e ver o que aconteceu com a criança

**Doc.** na sua opinião... por que isso acontece às vezes eles têm um empecilho pra seguir as recomendações

**Inf 08.** olha acho que a dificuldade é um conjunto de coisas a dificuldade financeira às vezes os pais trabalha os dois trabalha e a criança fica mais na creche do que em casa então isso às vezes compromete um pouco no tratamento

**Doc.** e quantos pacientes o senhor atende por dia... mais ou menos

**Inf 08.** mais ou meno... aqui eu faço 6h... uns 15 pacientes

**Doc.** por dia?

**Inf 08.** por dia

**Doc.** no geral o senhor atende quantos?

**Inf 08.** no geral porque eu trabalho também na prefeitura de Paulínia dá mais uns 30 pacientes por dia

**Doc.** uns 30 pacientes e alguma vez o senhor teve alguma dificuldade de se comunicar com os seus pacientes... de most/explicar pra eles a doença explicar pra eles o tratamento... a faze/ fazer qualquer tipo de explicação... algum/algumaa vez o senhor teve essa dificuldade?

**Inf 08.** não não não tive não

**Doc.** nunca teve?

**Inf 08.** não

**Doc.** eh:: e você acha que ELES têm dificuldade de contar as coisas para os para os médicos

**Inf 08.** [ah sim ah sim às vezes tem dificuldade e às vezes precisa conversar muito né? pro paciente se soltar e é difícil e:: e quando é criança maiorzinha porque geralmente é mais com os pais que a gente conversa quando é criança pequena né? mas quando maiorzinha 3 4 anos às vezes tem que conversar

muito pra criança eh:: aceita... porque muitas já vêm com medo já vem chorando... porque é o local que aqui toma vacina faz injeção então chega aqui já meia desconfiada né? então a gente tem falar conversar bastante pra falar alguma coisa

**Doc.** o senhor atende mais crianças ou mais adultos?

**Inf 08.** mais crianças

**Doc.** e com os adultos... o senhor já teve algum tipo de de dificuldade?

**Inf 08.** com adulto atendo pouco assim... mas:: não... com adulto não tenho dificuldade não é bem tranquilo

**Doc.** e como médico... eh:: qual a importância que o senhor acha que tem esse processo da boa comunicação:: de conseguir isso tudo bem transparente pra que o paciente compreenda e que ele consiga se comunicar que tenha as duas vias

**Inf 08.** isso daí é muito importante pro tratamento... que o tratamento só a gente essa eficaz se o paciente cooperar... então a gente tem que ter a boa conversa com o paciente

**Doc.** e o senhor acredita que o senhor tem uma boa comunicação com os seus pacientes?

**Inf 08.** ah eu acredito

**Doc.** e o senhor acha que isso vem da onde? vem por quê?

**Inf 08.** olha eu estudei numa faculdade assim eh eh eh que prioriza essa comunicação e prioriza também o exame porque é importante você fazer o exame eh assim... ausculta... eh palpação percussão tudo isso daí... pra fazer um diagnóstico mais correto então ah quando o paciente vê que você faz todos os exames clínico direitinho ele se sente mais seguro tem mais confiança na gente

**Doc.** entendi:: e que tipo de artificios o senhor utiliza pra que eles tem compreendam melhor o senhor disse que com crianças você conversa mais pra chegar na resposta

**Inf 08.** [eh eh quando a criança é novinha você tem que conversar mais cê tem que em alguns casos você tem que usar uns brinquedo né? eh: :assim:: eh lápis colorido fazer/deixar a criança desenhar né? daí a criança pega mais confiança

(...)

**Inf 08.** porque eh muitas vezes cê chega num num local igual eu vejo nos Estados Unidos por exemplo uma pessoa tem uma infecção urinária vai lá com queixa de que tá com dificuldade de urinar essas coisas é coisas que cê vê que tá na cara que é infecção urinária né? não é necessário fazer um exame suf/sofisticado né? um exame de urina já esclarece né? não mas chega lá e eles fazem ultrassom de rim vias urinárias e pede urina 1 urocultura um hemograma completo pra que isso

**Doc.** [e são todos

**Inf 08.** para isso se já urina já resolve

**Doc.** [e são todos exame invasivos né

**Inf 08.** então ele vai gastar muito gasta muito material e daí a gente tem que focar mais assim no exame clínico... tem que caprichar parte clínica né? e outra muitas vezes a gente pega criança com tosse febre tem que fazer uma boa ausculta pra afastar pneumonia pra afastar outra coisa e só na ausculta dá pra tratar não precisa fazer raio-x...

**Doc.** acredito que tenham médicos com o senhor que tenham muito mais médicos assim que acreditem nessa humanização

**Inf 08.** eh muitas vezes o paciente vem aqui... às vezes não tem muita coisa vem mais pra desabafar então vem com medo com aquela/pensa que tá muito doente mas chega aqui... a gente examina conversa não mais não isso aqui é um processo viral não é nada só uma dipirona já resolve o paciente vai embora tranquilo

---

Entrevista realizada em 01 de junho de 2019 com o informante 04, um paciente, idade 40 anos, natalidade em Campinas (São Paulo), servente de limpeza, casado/união de facto, ensino médio completo.

**Doc.** Há quanto tempo a senhora passa pelo SUS

**Inf 04.** Desde sempre

**Doc.** eh a senhora tem alguma médico que a senhora passa regularmente:: que a senhora já conhece assim

**Inf 04.** que eu sempre passo?

**Doc.** é

**Inf 04.** tenho tenho

**Doc.** e há quanto tempo você passa com ele?

**Inf 04.** eh.. há uns 10 anos

**doc.** e como ele é? a senhora pode me contar um pouquinho sobre como ele é o jeito como ele é/ o jeito como ele conversa

**Inf 04.** ele é bem/ ela ela/ é uma doutora ela é bem atenciosa sabe? é calminha sempre tá preocupada sempre pergunta como é que tá pergunta se tá tomando remédio tudo direitinho e sempre fala qualquer coisa vem aqui me procurar

**Doc.** e como foi a sua última consulta com ela? foi boa?

**Inf 04.** foi boa

**Doc.** como todas as outras?

**Inf 04.** como todas as outras

**Doc.** e a senhora segue todas as recomendações que ela fala?

**Inf 04.** MAIS OU MENOS

**Doc.** mais ou menos?

**Inf 04.** mais ou menos (risos)

**Doc.** e por que a senhora não segue algumas?

**Inf 04.** porque:: eu tenho a pressão arterial... né? e aí tenho que/tento controlar mas é difícil né?

**Doc.** a senhora acha que esse é um empecilho:: tem algum outro problema que te impede::?

**Inf 04.** NÃO:: é falta de consideração mesmo comigo mesma

**Doc.** entendi

**Inf 04.** ((risos))

**Doc.** e:: a senhora:: compreende tudo que ela explica tudo que ela fala todos os termos

**Inf 04.** [compreendo ela fala tudo bem certinho explicadinho pergunta se entendeu se não entendeu ela repete de novo

**Doc.** em algum momento a senhora não compreendeu alguma coisa e precisou perguntar?

**Inf 04.** [não... ela sempre fala esclarecido

**Doc.** e assim a senhora acha que isso acontece por quê? que tipo de atitude que ela tem que faz com que

**Inf 04.**

[porque ela é responsável né pelo:: que ela tá fazendo né? ela trabalha com vidas né? então ela quer sempre manter o paciente certinho pra não ter problema

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

**Inf 04.** ah é, bastante né?

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

**Inf 04.** porque eles sabem tudo da nossa vida, ele que entende mais às vezes ele conhece a gente mais que a gente mesmo né que às vezes vai lá e fala uma coisa e depois cê volta e cê esqueceu que cê falou isso e ela não ela vai lembrar ela vai ver lá na ficha E VAI LEMBRAR que que ela falou e ela vai cobrar

**Doc.** e a senhora tem essa boa comunicação com a sua médica?

**Inf 04.** tenho sim

**Doc.** e cê acha que isso ajuda:: te ajuda a entender os::as/os problemas de saúde::

**Inf 04.** [ah ajuda bastante ajuda bastante

**Doc.** e cê acha que se fosse diferente a senhora teria mais dificuldade?

**Inf 04.** [teria sim

**Doc.** em algum outro momento com algum outro médico a senhora teve algum problema desse tipo?

**Inf 04.** não

**Doc.** de não compreender::

**Inf 04.** não

**Doc.** algum médico que a senhora não gostou muito porque tratava de alguma outra maneira?

**Inf 04.** não:: sempre fui bem tratada por todos

**Doc.** e isso é muito positivo pra senhora, né?

**Inf 04.** EH::

**Doc.** e a senhora teria alguma recomendação para os médicos pra eles tratarem os pacientes de alguma forma?

**Inf 04.** ah eu acho que eles deveriam tratar sempre todo mundo... o melhor possível que eles pudessem porque às vezes as pessoas já vêm com alguma problema de casa... aí se chegar aqui achar um doutor ou uma doutora que vai tratar eles mal vai piorar né a situação deles.. então acho que/eles sempre têm que ter paciência pra atendê

**Doc.** a gente vê muitos pacientes que não seguem né as recomendações dos médicos

**Inf 04.** [NÃO SEGUE a maioria não segue

**Doc.** por que que a senhora acha que isso acontece?

**Inf 04.** porque os pacientes são rebeldes não acredita que pode vim eh:: ter um problema de saúde grave e morrê eles acham que não que tudo tem uma solução rápida e eficaz

**Doc.** isso é o que a senhora vê como quem trabalha pro serviço ou como paciente

**Inf 04.** [não... como paciente mesmo

**Doc.** você/a senhora disse que a sua relação com a sua médica é muito boa e que você compreende tudo

**Inf 04.** [muito boa

**Doc.** e você acha que isso tem muito a ver com as PALAVRAS que ela usa?

**Inf 04.** acho que sim

**Doc.** a linguagem de.a.:

**Inf 04.** ISSO eu acho que sim

**Doc.** ela utiliza uma linguagem mais facilitada mais simples pra senhora

**Inf 04.** [eh:: mais simples eu acho que sim

**Doc.** ela explica as doenças por exemplo de uma forma mais acessível

**Inf 04.** com nome popular não com nome lá que eles aprenderam na faculdade né?

**Doc.** e as partes do corpo na hora de dizer assim... você acha que tem alguma dificuldade

**Inf 04.** acho que não acho que eles falam simples o mais simples possível pra gente entendê certinho

**Doc.** que bom que bom:: porque a gente vê muitas situações em que isso não acontece né?... que tem/tem o médico tem uma dificuldade pra falar pro paciente de uma forma acessível

**Inf 04.** mas isso que isso acontece mais em consultório:: em:: convênio:: em hospital.. aqui no centro de assunto eles têm outra relação com o paciente né? porque sempre vai ser o mesmo médico porque atende por equipe né? o bairro tal é da equipe tal então sempre vai ser aquele médico a não ser que ele saia aí tem mais vínculo com o paciente e o médico

**Doc.** a senhora acha que tem uma diferença de tratamento de um médico com o paciente e de um enfermeiro com um paciente? porque o enfermeiro acaba atendendo mais pessoas...

**Inf 04.** eh acho que tem o médico tem mais tempo para conversar

---

Entrevista realizada em 03 de junho de 2019 com o informante 06, idade 53 anos, natalidade em Araraquara (São Paulo), dentista, casado/união de facto, com Ensino Superior Completo.

**Doc.** o senhor é dentista e o senhor atua a quanto tempo no SUS?

**Inf 06.** já há.. 30 anos

**Doc.** e neste tempo todo que o senhor atua no SUS quantos pacientes o senhor atua por dia?

**Inf 06.** em média no SUS uma média de 8 pacientes por dia

**Doc.** e abarca uma região de mais ou menos quantos?

**Inf 06.** é que a região cresceu bastante né?... a região:: eu não sei dizer essa resposta pra você exatamente posso me informar

**Doc.** tudo bem... por semana?

**Inf 06.** 8 vezes 5:: uma média de 40

**Doc.** e isso é muito paciente se a gente for pensar né? e como eles são? assim... se o senhor pudesse descrever em algumas palavras como eles se compo::rtam, como eles são?

**Inf 06.** olha, o paciente na dentista aqui geralmente eles vêm com muita ansiedade, preocupação pelo próprio procedimento né eu acho que o o fat/ o mais assim que a gente percebe é ansiedade e medo que o paciente vem

**Doc.** e isso:: é:: qual a consequência disso no/nas conversas?::

**Inf 06.** o que eles relatam assim/ eles relatam é o medo de vier no dentista por causa do:: de:: deixa o dente estragar... porque tem medo de vir no dentista mas uma vez que eles passam e veem que o procedimento é tranquilo aí eles muitos retornam de de outra forma mais tranquilos

**Doc.** e as recomendações:: eles seguem?

**Inf 06.** difícil alguns não não todos viu?

**Doc.** e o senhor acha que isso se deve a quê? Por que que eles tem às vezes um empecilho pra::

**Inf 06.** pra seguir as recomendações?

**Doc.** é

**Inf 06.** eu acho que tem o fator assim ambiental social de família assim às vezes alguém fala assim faz assim faz assado ou... ou por achar que já tirou o dente e não vai ter mais problemas fuma não faz a higiene direito no dente alguma coisa assim

**Doc.** e o senhor acredita que:: nas:: entrevistas com seus pacientes vocês tem uma boa comunicação? o senhor consegue explicar pra eles direitinho os procedimentos:: como é que acontece?

**Inf 06.** eu procuro usar uma linguagem bem acessível pro nível social que eu tô trabalhando com a pessoa então eu procuro explicar direitinho e:: orientA na receita a gente procura bem conversar bem no nível da pessoa

**Doc.** e como o senhor acha que eles recebem isso?

**Inf 06.** eles informam que entendem bem o negócio... alguns eh mais difíceis não entendem mas a maioria entende sim

**Doc.** e esses que às vezes o senhor tem mais dificuldade o senhor acha que é por quê?

**Inf 06.** acho que é:: é:: acho que é condição social bem baixa... baixa escolaridade... ou:: pessoal de saúde mental alguma coisa assim algum ou problema extra assim saúde mental às vezes não entende direito

**Doc.** e que tipo de prejuízo isso tem né? pro tratamento pra conseguir acompanhar o paciente?

**Inf 06.** é que assim... o pessoal/esse pessoalzinho mais assim mais difícil é o retorno né? às vezes só resolvem o problema pontual ali e acaba

**Doc.** o senhor acha que tem alguma relação com parecê algo mais estético a questão dos:: dentes a questão odontológica?

**Inf 06.** não entendi em que sentido assim?

**Doc.** por exemplo... assim a gente:: os pacientes passam muito com os médicos... cardíaco com esses problemas que parecem maiores e quando a gente fala sobre questão dentária...

questão odontológica o senhor acha que tem algu::ma ideia pra eles que é algo mais estético que não é um problema assim tão grande?

**Inf 06.** não oh:: o que eu sinto é que/assim aqui no SUS... as pessoas procuram geralmente elas não tão tanto a questão estética elas tão mais querendo aliviar a dor de a estética não é dentro do número pacientes sim tem aqueles pacientes que vêm/procurar estética tem os pacientes que vêm pra fazer tratamento mas a grande maioria vem pra resolver problema de dor

**Doc.** e o senhor acha que essa boa comunicação com o paciente tem que nível de importância?

**Inf 06.** ah eu acho que é uma importância muito alta relevante no tratamento porque base/por exemplo o paciente ele vem com um problema cê resolve aquele problema cê vê que ele tá com uma má higiene uma má escovação se você orienta muitos deles melhoram isso ajuda bastante na continuidade do tratamento

**Doc.** e o senhor acha que há algum tipo de material que poderia ser dado para esses pacientes para auxiliar... algum:: algum meio na/da linguagem pra auxiliar nos processos?

**Inf 06.** acho que assim tanto é que a gente já tem um folderzinho quando a gente faz o exame da da prevenção do câncer é dado e assim ah:: não sei se no dia a dia vai melhorar a comunicação a questão de dar alguma uma orientação maior algum um papel porque eu acho que hoje em dia... minha opinião... a gente tem muita informação hoje sobre toda essa questão de saúde higiene então assim acho que só só muitos deles nem sabem ler num:: pessoal de idade não sabe ler não sei vai ser muito acho que a orientação verbal aqui funciona mais

**Doc.** e no quesito da escrita né? das receitas médicas alguns deles de fato não sabem ler e não... mencionam isso quando tão nos processos e que tipo de prejuízo isso tem?

**Inf 06.** olha... tem muita gente realmente pessoal bem mais velho ou muito assim muito simples não sabem ler mas eu não tenho percebido dificuldade não porque eles vão na farmácia eles pegam remédio direitinho e tomam direitinho sim

**Doc.** então o senhor pode dizer que é complementar se eles têm uma boa comunicação verbal e a escrita eles não dominam mas o verbal complementa?

**Inf 06.** complementa a orientação eles entendem bem sim a gente fala dos horários dos remédios tomar à tarde à noite eles entendem

**Doc.** e o senhor acha a quantidade de pessoas que esse:: eh:: esse sists/esse posto de saúde atende... apresenta uma dificuldade para poder lidar com todo mundo com todas as faixas etárias?

**Inf 06.** o Valença aqui/ porque o certo acho que do SUS/ eu não tenho esses dados certinhos mas de acordo com a organização mundial da saúde eu não sei se é um pronto socorro pra 30 mil habitantes nós temos só aqui na região quase que sei lá mais de 60 ou 80 mil assim porque se tem muitos bairros cresceram aqui então né tem muita gente apesar de ter feito outro posto no santa rosa AQUI o valença é um lugar que atende muita gente

**Doc.** e aí essa quantidade acaba fazendo com que tenha que ser tudo um pouco mais rápido mais agilizado?

**Inf 06.** é,, talvez você não tenha um acompanhamento maior das pessoas como tem muita gente você tem que fazer assim saiu um pra entrar o outro não ficar perdendo muito:: não é

perder tempo com a pessoa mas assim já resolveu o problema de um talvez você não tenha condição de retornar essa pessoa mais de perto tenha outras pessoas procurando

**Doc.** e o senhor acha que essa essa coisa do resolvê o problema de um chama o outro acaba deixando as relações do médico com o paciente do dentista com paciente um pouco mais mecânica?

**Inf 06.** olha... não sei isso vai de cada um... aqui eu sempre tive um bom relacionamento com o paciente o paciente retorna conversa comigo:: eu sempre procurei manter assim eu eu atendo assim eu deixo uma porta aberta sempre sou fácil de comunicação eu não essa dificuldade não

**Doc.** e no fim é a comunicação é o que garante os bons processos

**Inf 06.** eu acho que sim eu acho que sim

---

Entrevista realizada em 03 de junho de 2019 com o informante 3, um paciente, idade 62 anos, natalidade em Iguaraçu (Paraná), segurança, casado/união de facto, ensino fundamental completo.

**Doc.** Há quanto tempo o senhor usa o SUS?

**Inf 03.** vamos colocar uns 25 ano mais ou menos

**Doc.** e o senhor tem algum médico que o senhor passa sempre?

**Inf 03.** aqui no postinho de saúde é o doutor [...]<sup>9</sup>

**Doc.** e como ele é? o senhor pode me contar um pouquinho?

**Inf 03.** ele tá sempre super simpático porque não destrata trata bem todos não só a mim todos que eu vejo então pra mim é bom

**Doc.** e o senhor compreende tudo que ele fala?... tudo que ele explica::

[compreendo... a linguagem dele é bem simples

**Doc.** e o senhor acha que isso acontece por quê? o senhor compreende tudo que ele fala:: que modo ele trata as consultas para que o senhor compreenda tudo

**Inf 03.** ele é diret/ele é direto no no no ele num é de fazê muitas pergunta ele faz poucas perguntas em cima do dos documentos que ele tem em mãos que ele rec/ ele faz receituário

**Doc.** em alguma momento assim de todas as consultas todos os seus anos no SUS teve algum momento que senhor não compreendeu alguma coisa que ele explicou alguma doença algum nome que pro senhor foi assim difícil?

**Inf 03.** não atualmente não

**Doc.** e o senhor segue todas as recomendações do seu médico?

**Inf 03.** às vezes né? há há alguma falha mas eu procuro andá em cima entendeu?

**Doc.** e por que que o senhor acha que algumas recomendações o senhor não segue? que tipo de dificuldade o senhor encontra?

**Inf 03.** talvez isso aí talvez isso seja por falha humana entendeu? nesse mês tava ocorrendo um pobrema de que acho que eu não conferi a quantidade de remédio e foi remédio a menos

---

<sup>9</sup> Nome censurado para se manter as cláusulas de confidencialidade

ai tô fazendo balanceamento do meu remédio em cima da falha de outro que não foi falha minha no caso não foi falha dele foi falha do postinho foi culpa da farmácia que não conferiu o remédio

**Doc.** e as receitas médicas? pro senhor é tranquilo compreender a quantidade de remédios:: por dia ou poderia ser mais fácil?

**Inf 03.** não não... dá pra compreender agora tá sendo mais legível as colocações tá tá dá pra ler sossegado

**Doc.** e antes? como é que era?

**Inf 03.** antes era impossível até pro farmacêutico... porque não entendia nada só fazia um risco lá e não tinha como entedê o paciente mesmo não entendia só entendia os profissionais os outros não entendia

**Doc.** e aí o senhor não conseguia conferir né? se era o remédio certo

**Inf 03.** [Nãm... não dava pra entendê era só um risco e um ponto no final

**Doc.** e agora isso torna melhor até as consultas

**Inf 03.** as consultas ficou mais legível mais transparente

**Doc.** e o senhor acha que que tipo/como isso facilita os processos de tratamento compreender a receita falar bem com o médico:: de que forma isso é benéfico?

**Inf 03.** acho que é ben/benéfico pros dois lados tanto pro paciente quanto pro médico se você tem uma linguagem simples não tem porquê tá inventando modinha se é só pergunta e resposta define aí

**Doc.** então na sua opinião qual a importância de você ter um bom relacionamento com o seu médico?

**Inf 03.** primeiramente porque educação vem em primeiro lugar... ele sendo bem educação não tem porquê eu ser mal educado com ele... então:: se resume quase nisso né? então se ele me tratar bem não tem como EU lhe tratar mal

**Doc.** e quando ele é simpático ele explica as coisas o senhor se sente mais confortável pra seguir as recomendações pra pra fazer os tratamentos?

**Inf 03.** nesse caso não porque nesse caso não depende do do paciente ele que sabe da necessidade ele ele que tem que seguir ou seguiu ou segue ou segue ou segue vai pro buraco

---

Entrevista realizada em 01 de junho de 2019 com o informante 01, um paciente, idade 40 anos, natural de São João (Paraná), motorista de caminhão, casado/união de facto, ensino superior incompleto

**Doc.** O senhor é usuário do SUS há quanto tempo?

**Inf.** Bastante tempo já bom sempre usei o SUS

**Doc.** Desde sempre?

**Inf.** Desde sempre o convênio que a gente não tem não tem direito a internação muita coisa então a gente acaba buscando o SUS pra tomar vacina consulta minha esposa minhas filhas

**Doc.** E senhor tem algum médico que o senhor passa sempre com regularidade?

**Inf.** Não

**Doc.** Em relação a todos os médicos que o senhor já passou que que o senhor acha deles?

**Inf.** Nunca tive problema com relação a atendimento inclusive às vezes que as minhas filhas foram atendidas né? que é quem mais passa... sempre foram bem atendidas fizeram os exames né? Claro que mais assim é questão de data né? Eles demoram muito né? Cê marcar e conseguir fazer exame

**Doc.** Demora muito e o senhor acha que às vezes a consulta médica é muito rápida?

**Inf.** Então não tenho como afirmar isso né? Porque quem acompanha é minha esposa ou às vezes a minha sogra

**Doc.** E as suas consultas? E as que o senhor já foi?

**Inf.** Foram tranquilas

**Doc.** E quando o senhor passa no médico quando o senhor tá com as suas filhas e elas tão passando no médico o senhor acha que a comunicação que o senhor tem com o médico é boa? Do tipo, o senhor entende tudo o que o médico fala... tudo sai muito bem?

**Inf.** Sim

**Doc.** E por que que o senhor acha que isso acontece? Tem a ver com o médico? Com a forma como ele fala?

**Inf.** Eh:: acho que tem a ver com o médico né? Atenção que ele dá também do próprio paciente de que acompanha ter a iniciativa de questionar perguntar

**Doc.** Então é as duas vias né?

**Inf.** Exatamente

**Doc.** E senhor segue tudo que o médico fala todas as recomendações?

**Inf.** Não nem sempre é possível principalmente eu que trabalho como motorista questão de horário então não tem não é muito rigoroso os horários pra fazer alimentação que eles passam

**Doc.** Esse é um tipo de empecilho?

**Inf.** É o horário de tomar remédio também às vezes você tá na rua não tem horário pra você parar

**Doc.** E o senhor acha que isso acontece por esse problema do horário do trabalho ou tem alguma outra questão da vida assim que dificulta?

**Inf.** Eu acho que é isso de trabalho mesmo né? Ou talvez até pessoal meu de me policiar mais mas assim não consigo atender tudo que eles pede

**Doc.** E como paciente qual a importância que o senhor acha que tem você ter uma boa comunicação com o seu médico?

**Inf.** Pra poder se cuidar né? Eu sou diabético então quanto mais informação a gente tiver mais eu vou me cuidar né?

**Doc.** Então o senhor diria que é importantíssimo falar com o seu médico tranquilamente?

**Inf.** Exatamente... sim

**Doc.** E o médico ele é mais uma figura distante profissional da saúde ou ele se torna mais um amigo às vezes?

**Inf.** Ah não... eu acho que é distante né porque quando cê tá no SUS nem sempre há garantia da gente tá se consultando sempre com o mesmo médico então é diferente de convênio que

você consegue ir sempre no mesmo médico fazer retorno... claro que existe as pessoas reclamam muito dos médicos tem muitos que talvez não prestem um atendimento mas eu pessoalmente nunca tive esse problema

---

Entrevista realizada em 26 de outubro de 2019 com o informante 02, paciente, idade 38 anos, natural de Salvador (Bahia), pintor, casado/união de facto, ensino médio incompleto; e informante 05, idade 35 anos, natural de São Paulo (São Paulo), do lar, casado/união de facto, ensino fundamental incompleto.

**Doc.** há quanto tempo o senhor passa no SUS?

**Inf 05.** faz tempo... faz ano

**Inf 02.** quantos anos? uns 20?

**Inf 05.** eu tô com 35

**Doc.** e sobre os médicos que você tem passado ou que você já passou você acha que você compreende bem tudo o que eles dizem? eles falam e você entende tudo? sempre fica assim muito claro o que eles estão dizendo?

**Inf 05.** ah:: eu entendo sim

**Doc.** E por que que você acha que você consegue entender tudo o que eles falam? você acha que é o modo:: o que que você acha?

**Inf 05.** a porque eles exprica dire/eh:: direitinho depois exprica eh:: de novo aí eles falam se eu tô explicando pra depois vocês num num voltá aqui e fala assim que nois num num demo atenção então essas coisa

**Doc.** e você acha que as pessoas elas voltam e dizem assim ah mas você não me entendeu direito? você acha que tem esse retorno pros médicos?

**Inf 05.** tem tem

**Doc.** e por que que você acha que as pessoas reclamam bastante dos médicos?

**Inf 05.** não são todos os médicos tem alguns que não dá atenção devida que o paciente precisa

**Doc.** e você acha que essa atenção ela é importante por quê?

**Inf 05.** é porque se nós chega assim com uma queixa ele/o médico ah toma esse remédio aí eh eh eh eh vai pra casa cê toma o remédio... não ele tem que esper/ele tem que esperar

**Inf 02.** [eles não examina direito

**Inf 05.** tem que examiná:: tem que ver a:: a:: pressão é é é o conjunto todo... geral todo

**Doc.** uma vez que você passa numa consulta e entende tudo o que o médico fala você segue as recomendações do médico... todas assim?

**Inf 05.** não

**Doc.** e por que que você acha que não segue as recomendações?

**Inf 05.** ah porque eu sou teimosa... por teimosia e teimosia porque assim às vezes não tê amor a própria vida porque acho que se o médico fala assim ah num é pra você cumê isso num é pra cumê aquilo... tê uma dieta regrada... aí nós num pega faz tudo ao contrário come

tudo que num deve e vem aqui morrendo aí depois quer que os médico fala com nós numa boa né?

**Doc.** e por que que você acha que as pessoas elas não seguem? se as pessoas sabem que é prejudicial... por que elas simplesmente não seguem?

**Inf 05.** acho que não tem amor próprio porque a pessoa se não seguir ali é não tem amor não tá tendo amor a sua vida

**Doc.** você acha que tem a ver com a forma como o médico fala com o paciente? será que falta do médico explicar melhor?

**Inf 05.** aqui no postinho explicar mais do que ele exprica não tem o que explicar mais porque eles exprica assim né? o que você tem que seguir as coisas correta aí nós chega aqui depois reclamando nós vai ouvi bronca deles

**Doc.** então qual a importância que você acha que é de você ter uma boa comunicação com o seu médico:: de você ser mais próximo:: de você entender aquilo que ele tá falando?

**Inf 02.** o vínculo né?

**Doc.** esse vínculo:: qual é a importância?

**Inf 05.** eu acho bom é importante

**Inf 02.** eu vou falar pra você... se a senhora chegar naquele postinho/naquele hospital

**Inf 05.** [É

**Inf 02.** que abriu aqui você vai ouvir tanta coisa ruim

**Inf 05.** AQUI não AQUI muito não

**Inf 02.** eu não tenho o que falar desse posto aqui as vezes que eu fui que eu venho nesse postinho aqui fui super atendido bem atendido agora cê chegar naquela naquela

**Inf 05.** a UPA ali é feio

**Inf 02.** todos os trabalhador todas as pessoas que que vai lá pro:: pra que posto lá praquele hospital que tem aí é só porque quer pegar atestado eles num orienta o meu eu tava morrendo de dor não tava suportando chego lá ele abre a boca malemá pega o celular acende ali

**Inf 05.** É O CELULAR ainda

**Inf 02.** aí olha é tal coisa... bezatacil

**Inf 05.** benzetacil pra todo mundo

**Inf 02.** benzetacil num passa um um:: raio-x pra saber se eu tenho alguma coisa no peito no:: no pulmão não passa nada não faz um exame de sangue não faz nada é todo mundo ali naquele hospital assim se se você chegar lá agora SE VOCÊ CHEGAR LÁ AGORA... dona Stephani... ali a senhora vai ter uma

**Inf 05.** uma boa

**Inf 02.** ali o pessoal vai falar bem demais

**Doc.** e por que que você acha que lá é pior?

**Inf 02.** minha filha ali você vai ver casos e casos que a sua redação vai tá pronta

**Doc.** mas por que que lá é pior? que que tem de diferente?

**Inf 05.** lá os médicos eles num eles não tem amor à profissão deles não tem amor aos pacientes

**Inf 02.** raramente nunca fui num médico pra dizer pra senhor dizer assim ah que médico 100% maravilhoso aquela médica:: aquele amor de Deus que a pessoa chega assim abraça você ((informante abraça sua filha)) ou vamo ver o que você tem... eu achei uma vez aqui em

Campinas que até falavam bem do do Mário Gatti<sup>10</sup> fui pro Mário Gatti morrendo... com uma cólica de rim insuportável:: peguei tinha uma doutorinha pequenininha não lembro o nome dela um amor de pessoa.. chegou cê tá mal né? eu abracei nela:: o médico é para confortar você para ajudar você né? cheguei lá tive/fala pra você fui super bem atendido achei aqui no Campo Grande nossa

**Inf 05.** você pode falar assim que tem as diferença mas

**Inf 02.** em geral os médicos lá em geral não pode não sê totalmente que eu vô tá generalizando aí não mas vô falar pra você de cada 10 lá 1 salva e esse 1 eu ainda não encontrei

**Inf 05.** da época que ela ficou internada eu não tenho o que reclamar das das médicas quando chega na parte a:: adulto às vezes eles num tem amor os paciente chegou lá olhô pra sua cara é isso e isso se você tiver pressão alta ele não vai te medicar lá vai mandar vir pro posto aí o posto você num tava no pronto socorro por que que eles não te medicaram.. né?

**Inf 02.** eles olha pra você com descaso sabe? descaso é uma falta de amor tá falando naquele hospital lá<sup>11</sup> tá faltando amor... tá faltando respeito com a pessoa

**Inf 05.** e o aqui não.. por mais que você chegue fique e fale[

**Inf 02.** [é arrogância... muita arrogância

**Inf 05.** e fala:: dá uma queixa:: aí cê fala que não tá bem:: e eles/e eles não vão te deixar eh/ eles não vão te deixar ir embora.. vai jogá você lá pa salinha/tem uma médica aqui<sup>12</sup> que eu con/ELA CAIU DO CÉU... aquela dali te te abraça:: tem uma doutora... doutora [...] <sup>13</sup> minha filha acho que é mãe de de todos mas ela abraça:: você ela ela

**Inf 02.** tem amor à profissão

**Inf 05.** ela entende:: que que você tá passando igual eu tive uma crise e quem veio me atender foi ela.. então ela me acalmou com as palavra dela e tudo falou assim eu entendo nós tem amor aos nossos pacientes:: tem uns médicos ai que::

**Inf 02.** dá pra você confiar... dizê nossa tô protegido/ porque a proteção vem de Deus mas tem um ser humano pra proteger a gente.. pra ajudar quando nós precisamos mas naquele hospital ali vou falar pra você

**Doc.** por que que será que os médicos/os médicos têm de fato o mesmo estudo do mesmo jeito por que que será que aqui eles são mais próximos e lá não será que tem a ver com a conversa:: a proximidade::?

**Inf 02.** é:: acredito que sim acredito que sim porque eles tudo lá tão fazendo só o horário deles eles falam que tem horário aqui não... eles tem o horário deles mas eles vai criando um vínculo um amor com a comunidade e aí vai passando né

**Inf 05.** aí quando aparece um médico bom

**Inf 02.** aí eles tira...

**Inf 05.** ele sai

---

<sup>10</sup> Informante faz referência ao Hospital Municipal Mário Gatti demandado para emergências e urgências na Região Metropolitana de Campinas.

<sup>11</sup> O informante faz referência à unidade de pronto atendimento Dr. Sérgio Arouca na cidade de Campinas, um hospital que concentra os atendimentos de saúde de média complexidade.

<sup>12</sup> O informante faz referência à Unidade Básica de Saúde (UBS) em que se dá a entrevista.

<sup>13</sup> Nome censurado para se manter as cláusulas de confidencialidade