



Programa de
Pós-Graduação em
Linguística

OS ESTILOS DISCURSIVOS DO MÉDICO EM FORMAÇÃO

SÃO CARLOS
2023



Universidade Federal de São Carlos

Abraão Golfet de Souza

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

OS ESTILOS DISCURSIVOS DE MÉDICOS EM FORMAÇÃO

ABRAÃO GOLFET DE SOUZA

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.

Orientador: Profa. Dra. Mariana Luz Pessoa de Barros



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 Abraão Golfet, realizada em 21/12/2023.

Comissão Julgadora:

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

Profa. Dra. Norma Discini (USP)

Prof. Dr. Alexandre Marcelo Bueno (Mackenzie)

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

DEDICATÓRIA E AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho ao Abraão de 6, 7 anos, que descobriu na escrita e na linguagem uma maneira de vencer a realidade que o cercava e que levaria consigo uma vontade imensa de não desistir desse recurso pelo resto da vida. Mas eu só começo assim porque essa criança merece todo afeto e abraço que eu pude durante a vida e posso nesse momento oferecer.

Mas também sei que ele só recebe essa dedicatória neste momento por causa do nome de muitos que o ajudaram a se tornar hoje um semiótico, estudioso da linguagem e do sentido das coisas – que por muito ele não entendeu e que ainda não entende, mas agora tenta e insiste.

De todas as pessoas, principalmente à professora Mariana, que se incumbiu da loucura de me receber em outro departamento e confiar em minha pesquisa e em meu trabalho. Terminei esse ciclo grato, e triste por não poder caminhar o próximo ao seu lado.

Mas é aí que vem meu próximo agradecimento: à generosa professora. Norma, que talvez enunciou as palavras mais encorajadoras de toda minha carreira acadêmica, quando avaliava minha qualificação. A ela agradeço e dela espero grandes novas lições que me encorajarão, e certamente impulsionarão meu trabalho na semiótica. Sem me esquecer também do professor Alexandre Marcelo Bueno por me direcionar a um trabalho mais refinado dentro dos escritos de Fontanille e Landowski: o meu muito obrigado.

Depois delas, vêm todas aquelas que sutilmente, diariamente, majoritariamente, especialmente e sem medida, me acompanharam em cada palavra deste trabalho: Isadora, Stephani, Sarah, Brenda.

Não há como não agradecer também a toda a base desta pesquisa: ao Departamento de Medicina; à professora Cris, chefe de departamento; ao professor facilitador da atividade analisada e peça angular deste estudo; aos estudantes e atores que consentiram. Mas também aos meus orientadores do lado de lá: Jair e Larissa – os senhores sempre terão lugar especial comigo.

Ao CNPQ pelo fomento.

Discursivamente grato.

*À professora Mariana Luz Pessoa de Barros pela dádiva da semiótica
e por me ajudar na redescoberta de um estilo meu que pensara haver
perdido.*

Vita brevis, ars longa.

Hipócrates

OS ESTILOS DISCURSIVOS DE MÉDICOS EM FORMAÇÃO

Abraão Golfet de Souza

Os médicos estabelecem, geralmente, uma relação vertical com seus pacientes, em que há muitas assimetrias no diálogo, mas essa construção sócio-histórica de assimetrias e distanciamentos pode ser amenizada quando o médico aproxima seu discurso do paciente, humanizando sua prática profissional. As faculdades de Medicina podem auxiliar nessa questão, por meio de seu papel formativo de novos profissionais. Levando isso em consideração, esta pesquisa concentrou-se em analisar simulações de atendimentos realizados virtualmente por estudantes de medicina de uma Universidade Federal do interior do Estado de São Paulo, a fim de perceber como os estudantes são avaliados e, a partir dessa avaliação, constroem seus estilos discursivos. Para isso, partimos da Semiótica de linha francesa, sobretudo nos escritos de Jacques Fontanille e suas práticas semióticas, e ancoramo-nos na tensividade de Zilberberg e na zoossociosemiótica de Landowski. Elaboramos e categorizamos 4 estilos discursivos principais de médicos em formação: o humanizado, o burocrático, o emotivo e o indiferente. Em nossa análise, percebemos um movimento da Universidade em buscar com que os estudantes se identificassem mais com o estilo humanizado e o entendessem como adequação à norma. Esperamos que esta elaboração semiótica dos estilos discursivos possa permitir novas análises das relações médico-pacientes, ainda carentes de estudos e pesquisas no campo da linguística.

PALAVRAS-CHAVE: Semiótica. Relação médico-paciente. Sociossemiótica.

THE DISCURSIVE STYLES OF DOCTORS IN TRAINING

Doctors generally establish a vertical relationship with their patients, in which there are many asymmetries in the dialogue, but this socio-historical construction of asymmetries and distancing can be mitigated when the doctor brings his discourse closer to the patient, humanizing his professional practice. Medical schools can help with this through their role in training new professionals. With this in mind, this research focused on analyzing simulations of care provided virtually by medical students at a federal university in the interior of the state of São Paulo, in order to understand how students are evaluated and, based on this evaluation, how they construct their discursive styles. In order to do this, we started with French semiotics, especially the writings of Jacques Fontanille and his semiotic practices, and we used the concept of Zilberberg's tensiveness and Landowski's zoosociosemiotics. We elaborated and categorized 4 main discursive styles of doctors in training: humanized, bureaucratic, emotional and indifferent. In our analysis, we noticed a movement on the part of the university to get students to identify more with the humanized style and to understand it as conforming to the norm. We hope that this semiotic elaboration of discursive styles will enable new analyses of doctor-patient relationships, which are still lacking in studies and research in the field of linguistics.

KEYWORDS: Semiotics. Doctor-patient relationship. Sociosemiotics.

LISTA DE ESQUEMAS

ESQUEMA 1 – Infográfico sem título retirado de Landowski, 2012, p. 29.....	32
ESQUEMA 2 . – Infográfico sem título extraído de Greimas, 2014, p. 46.....	33
ESQUEMA 3 . – Infográfico sem título extraído de Landowski, 2012, p. 50.....	34
ESQUEMA 4 . – Quadrado dos estilos discursivos de médico. Produção autoral.....	36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Tipos de estilos discursivos de médico e suas principais características semióticas.	
Produção autoral.....	40

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
DA JUSTIFICATIVA E DO MÉTODO.....	10
A SEMIÓTICA DISCURSIVA COMO ARCABOUÇO TEÓRICO CENTRAL.....	19
1 O MÉDICO E SEUS ESTILOS DISCURSIVOS.....	30
1.1 ESTILOS DE MÉDICO A PARTIR DA SEMIÓTICA.....	31
1.2 OS QUATRO ESTILOS DISCURSIVOS DE MÉDICO.....	34
2 IDENTIFICAR É AJUSTAR: PRIMEIRO CONTATO E IDENTIFICAÇÃO.....	40
2.1 PRIMEIRO CONTATO.....	41
2.2 IDENTIFICAÇÃO: OPORTUNIDADE DE VÍNCULO A PARTIR DOS PAPÉIS ASSUMIDOS PELO SUJEITO DA ENUNCIÇÃO.....	47
2.3 O ÉTHOS DO MÉDICO FRENTE A QUESTÕES DELICADAS DE IDENTIFICAÇÃO.....	50
3 ENTÃO VAMOS LÁ: ANAMNESE.....	55
3.1 NAS PALAVRAS DO PACIENTE: A QUEIXA PRINCIPAL.....	55
3.2 OS SUBCÓDIGOS NOS ESTILOS DE MÉDICO: A HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL.....	59
3.3 O REGIME PROGRAMÁTICO: O INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO..	69
3.3.1 Do ritual à manipulação: uma tentativa de construção de estilo.....	71
3.3.2 Infinitas e imbricadas traduções: a constante e rápida alternância entre os subcódigos médico e leigo.....	77
3.3.3 A regência de subcódigos ainda mais específicos: idade, gênero.....	79
3.4 OS IMBRICAMENTOS E O ESCAPE À PROGRAMAÇÃO: ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES.....	83
3.4.1 Assuntos complexos: manipulação e imbricamentos.....	85
3.4.2 Do éthos e do páthos: a necessidade de saber com quem se fala segue.....	89
3.5 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA.....	91
4 DA MANIPULAÇÃO AO PLENO EXERCÍCIO DO ÉTHOS : HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E PLANO DE CUIDADOS.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	105

INTRODUÇÃO

Pareceu ao médico que ouvia chorar, um som quase inaudível, como só pode ser o de umas lágrimas que vão deslizando lentamente até às comissuras da boca e aí se somem para recomeçarem o ciclo eterno das inexplicáveis dores e alegrias humanas.

José Saramago

DA JUSTIFICATIVA E DO MÉTODO

Médicos eram vistos de maneira dogmática nos primórdios da medicina e, mesmo que ao longo da história essa imagem tenha sofrido modulações sociais, recentemente as muitas especialidades são fatores que contribuem para o distanciamento entre médicos e pacientes, dificultando ainda mais a capacidade que os profissionais devem ter de observar o indivíduo como um todo (ROCHA *et al*, 2011). Por conta disso e de outros fatores que discutiremos mais à frente, a figura do médico na sociedade, sobretudo brasileira, ainda é vista como a de um especialista em assuntos maiores por cuidar da vida de um ser humano. Há uma aproximação da figura do médico com o divino e a expectativa de que sua ação seja infalível.

Nesse contexto, o diálogo entre o médico e o paciente acaba sofrendo assimetrias em todos os pontos de uma consulta. Estipulados por Ten Have (2005 *apud* BONNIN, 2014), há dois aspectos principais dessa assimetria: 1) certa seletividade biomédica, em que o médico apenas se atenta às questões biológicas da queixa, desconsiderando as psicossociais envolvidas na moléstia; 2) o fato de que, na relação médico-paciente, é apenas a condição de saúde do paciente que está sob escrutínio. Ambos os aspectos acabam fazendo com que o médico fale mais que o paciente e o deixe por vezes em uma situação de constrangimento, ora por não entender o que o médico diz, ora por não ser ouvido em relação às questões psicossociais que os médicos negligenciam.

Pode-se pensar a assimetria também a partir de Luiz Antônio Marcuschi (1986), por sua definição de diálogo simétrico: os falantes compartilham uma mesma posição hierárquica, falam de fato um com o outro; há espontaneidade na forma de falar e equilíbrio na decisão sobre o que se vai falar e no tempo que se vai levar para falar o que é considerado necessário.

Opondo-se a isso, a assimetria diz respeito a diálogos em que haveria um desequilíbrio entre os membros participantes de um evento de fala (MARCHUSCHI, 1988, p. 58)

Nos estudos de Rocha *et al* (2011), os pesquisadores ainda citam a definição em quatro modelos de relação médico-paciente de Robert Veatch, do Instituto Kennedy de Ética da Universidade Georgetown, datada de 1972: 1) sacerdotal, em que há completa submissão do paciente ao médico e a tomada de decisão é somente do médico; 2) engenheiro, no qual a tomada de decisões é exclusiva do paciente, sendo o papel do médico apenas o de informar e executar procedimentos; 3) colegial, com um alto envolvimento entre profissional e doente e um poder de decisões igualitário; 4) o contratualista, avaliado como mais adequado pelos autores, em que o conhecimento e as habilidades do médico são valorizados, porém nesse caso há uma participação ativa tanto do paciente quanto do médico nas decisões.

Rocha *et al* (2011) também consideram que essa significação sociocultural de divindade dogmática atribuída à imagem do médico sofreu modulações ao longo da história e, no atual momento, encontra-se em um processo de nova abertura e desconstrução. Grande parte desse movimento tem origem, principalmente, nas faculdades de medicina que buscam apontar caminhos aos futuros profissionais que os levem à humanização de suas práticas profissionais e carreiras em medicina.

Se ainda formos até Foucault (2021, p. 157)

O poder político da medicina consiste em distribuir os indivíduos uns do lado dos outros, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los um a um, constatar o estado de saúde de cada um, ver se está vivo ou morto e fixar, assim, a sociedade em um espaço esquadrihado, dividido, inspecionado, percorrido por um olhar permanente e controlado por um registro, tanto quanto possível completo, de todos os fenômenos.

poderemos perceber esse caráter de dominância do poder da medicina sobre os indivíduos leigos, sobre aqueles que não detêm o conhecimento acerca da patologia e da terapêutica, da etiologia e da semiologia. E não apenas isso, Foucault também expõe que, com o nascimento dos hospitais, com a disciplinarização dos espaços e com o fato de se poder isolar cada indivíduo, "efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática dos médicos" (2021, p.189)

Foucault ainda elabora a formação de uma Medicina de Estado, com organização própria, setorizada em: organização do saber; administração central; normalização da profissão; organização da medicina em si (2021, p.150-151).

Dessa forma, nossa pesquisa se insere tanto na organização do saber, aqui representada pela Universidade Federal, que será foco de nossa pesquisa, conforme mostraremos mais adiante, quanto pela normalização da profissão, no sentido da formação enquanto simulação de uma prática profissional.

Nesse contexto, é válido apontar que, com a revolução cartesiana, o estudo da medicina ocidental sofreu uma grande alteração em seus métodos: a associação entre mente e corpo ficou debilitada, pela supervalorização do estudo das doenças (NUTO *et al*, 2006). O movimento dessa atividade na Universidade Federal, assim, é rico por apresentar uma proposta de bacharelado em medicina humanizada, afinal

o aumento de conhecimentos não é apenas quantitativo, baseado no volume de informações acumuladas no cérebro humano, mas a aprendizagem gera simultaneamente mudanças qualitativas que deverão ser trabalhadas integralmente pelo educando (NUTO *et al*, 2006).

Para tanto, como *corpus*, temos uma atividade do segundo ano de medicina de uma Universidade Federal do interior do estado de São Paulo, em que os estudantes simulam atendimentos virtuais e coleta de histórias clínicas – virtuais, pois o material foi coletado durante a pandemia em um contexto de retomada parcial de atividades curriculares –, a fim de desenvolverem habilidades e construir um estilo discursivo próprio. Segundo o Projeto Político Pedagógico (2007) do curso, na subárea "Cuidado às necessidades individuais de saúde" da grande área de competência "Saúde", um dos critérios de excelência seria "realizar história clínica" e eles descrevem esse aspecto da seguinte maneira:

Mostra postura ética, atenção e disponibilidade no contato com pacientes, responsáveis e/ou familiares e identifica situações com gravidade ou com risco de morte, nos diferentes cenários de cuidado, para encaminhamentos cabíveis. Sempre que necessário, identifica o paciente e se apresenta, buscando pactuar o propósito do

encontro em bases profissional e **humanizada**. Atua com respeito e de forma empática, inclusive quando há recusas ou discordâncias, sugerindo alternativas. Favorece a construção de vínculo, mostrando intenção de ajuda, valorizando o relato do paciente, evitando a explicitação de julgamentos, cuidando, o máximo possível, da privacidade e conforto do paciente. Usa linguagem compreensível ao paciente, estimulando a exposição espontânea. Realiza uma escuta sobre motivos e/ou queixas, considerando o contexto de vida e identificando os elementos biológicos, psicológicos e socioeconômico-culturais relacionados ao processo saúde-doença. Utiliza o raciocínio clinicoepidemiológico e a técnica semiológica de entrevista semi-aberta para orientar e organizar a coleta de dados. Investiga hábitos, fatores de risco, vulnerabilidade, condições correlatas e antecedentes pessoais e familiares. Busca dialogar as necessidades referidas pelo paciente/responsável com as inicialmente percebidas, estimulando o paciente a refletir sobre seus problemas de saúde. Registra essas informações no prontuário de forma clara (2007, p. 7, grifo nosso)

Tendo em vista toda essa complexidade das relações médico-paciente e o alto nível de exigência previsto no Projeto Político do curso analisado por esta pesquisa, lançamos mão da Teoria Semiótica Discursiva de linha francesa, que aborda o estudo da significação e da interação humana, observadas com base nos textos e discursos. O texto pode ser entendido como uma rede de dependências que se estabiliza pela correlação entre expressão e conteúdo na dinâmica sócio-histórico-cultural. Dessa maneira, para a semiótica discursiva, o contexto ou a situação são também entendidos como textos e discursos, e funcionam como conjuntos significantes, inclusive num diálogo entre médico e paciente ou entre o médico e seus colegas (SARAIVA; LEITE, 2017). A semiótica é, então, a teoria da significação, a partir da qual temos condições de apreensão da produção de sentido, por meio de uma análise interna e imanente (FULANETI, 2010), sem desconsiderar as relações sócio-históricas e culturais, uma vez que "a semiótica dialoga teoricamente com a História, a Sociologia, a Antropologia e com outros estudos do discurso" (BARROS, 2009).

Ressaltamos que a avaliação que constituirá nosso objeto de estudo ocorre em dois momentos ao longo da unidade de ensino em questão: 1) na gravação do atendimento simulado, em que o professor avalia o modo como o estudante utilizou a linguagem e se seu texto ficou claro para o paciente (além de avaliar também se o estudante cumpriu com a

ementa daquela atividade, o que não entra no escopo do recorte deste estudo); 2) no registro escrito da consulta, sobre o qual o professor faz apontamentos em relação à adequação da linguagem à literatura médica e às práticas linguageiras próprias e características do dizer médico, material que será analisado quando necessário para esclarecer algum ponto dos atendimentos simulados, foco principal deste trabalho. Assim, pretendemos, ao examinar as gravações das simulações, observar a construção do ethos e do pathos, levando em consideração que estabelece como enunciatário o suposto paciente.

As atividades educacionais que serão analisadas fazem parte de um curso de medicina que se utiliza de metodologia ativa. Uma das unidades educacionais do curso é a Unidade Educacional de Simulação da Prática Profissional, em que os disparadores do processo de ensino podem ser situações-problema no papel, encenações, filmes, simulações da prática profissional e outros recursos que podem ser construídos sob conhecimentos protegidos e controlados.

É necessário dizer que, nas simulações da prática profissional que serão examinadas nesta pesquisa, o estudante simula um atendimento clínico com um ator que interpreta um caso clínico roteirizado, é avaliado pelo professor por sua performance e, em seguida, elabora o registro escrito de sua consulta (história clínica). Como já apontamos, nosso objeto é formado por um conjunto de gravações e registros escritos dessas gravações elaborados pelos estudantes. Infelizmente, devido à pandemia da COVID-19, os atendimentos foram simulados virtualmente, diminuindo as possibilidades de análise, por conta da redução da movimentação corporal e da gestualidade; não obstante, devido a esse contexto e à impossibilidade de se realizar o exame físico no paciente, o grupo de facilitadores acabou dedicando todo o tempo à coleta da história clínica e a esse movimento de construção discursiva dos estilos, o que, para esta pesquisa, se mostrou como algo positivo.

As simulações de atendimento médico que constituirão o *corpus* deste trabalho são realizadas de maneira regular na grade curricular. É importante dizer ainda que a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar (CEP-UFSCar) – cujo processo tem como número 52258221.9.0000.5504 – e que foram utilizadas gravações realizadas pelo próprio pesquisador durante a simulação, bem como registros escritos dos estudantes, sendo que a gravação e o uso na pesquisa do material gravado e dos registros

escritos tiveram a concordância de todos os envolvidos na simulação e na atividade de registro. Assim, só foram utilizados materiais daqueles que aceitaram fazer parte, de forma voluntária, da pesquisa, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os participantes não tiveram sua identidade revelada e foram informados de que podem sair da pesquisa e pedir a retirada dos materiais em que estão presentes a qualquer momento. As gravações só foram assistidas pelos pesquisadores envolvidos – o mestrando e sua orientadora.

Para o exame do material coletado, são centrais a Teoria Semiótica e outras teorias linguísticas e discursivas que abordam o conceito de *éthos* e *páthos*, bem como a sociosemiótica de Landowski. Eles são relevantes para que construamos um diálogo sobre a maneira como se dão as interações entre médicos em formação e pacientes e entre médicos em formação e médicos (no caso do registro escrito, acionado quanto relevante para esta pesquisa), de modo que se possa verificar a imagem que esses médicos em formação projetam de si e a imagem que fazem do outro.

Tomamos como base técnica para analisar os roteiros de anamnese dois parâmetros: a literatura médica canônica sobre semiologia médica, escolhendo como referência central o livro de Semiologia Médica da maior referência brasileira no assunto: Celmo Celso Porto (PORTO, 2014); e as elaborações do facilitador em seus momentos de avaliação das simulações. Ambos constituem instâncias semióticas encarregadas de efetuar as operações de seleção e de investimento semântico correspondentes, o que Landowski explica dizendo:

[...] é a partir de muitas trocas interindividuais, umas vivenciadas no dia-a-dia em terrenos de encontros concretos, outras pertencentes, antes, ao domínio da fabulação e do imaginário sociais, que o sujeito coletivo que ocupa a posição do grupo de referência fixa o inventário dos traços diferenciais que, de preferência a outros possíveis, servirão para construir, diversificar e estabilizar o sistema de "figuras do Outro" que estará, temporária ou duradouramente, em vigor no espaço sociocultural considerado. (LANDOWSKI, 2012, p. 13)

Dessa forma, há uma perpetuação dos valores e das figuras canonizados na literatura, bem como uma atualização desses a partir das trocas interindividuais construídas para além da própria literatura, no seio da atividade entre facilitador e estudantes.

O *corpus* da pesquisa consiste em aproximadamente 14 horas de gravações de simulações de atendimentos médicos por 8 estudantes, encontros para discussão das atividades e em 20 registros escritos realizados no curso de Medicina de uma universidade pública do estado de São Paulo, cujo projeto pedagógico é pautado em metodologias ativas, conforme já mencionamos.

Assim, serão analisados dois casos disparadores complementares entre si: 1) Afonso, 65 anos, solicita teleatendimento pois recentemente sentiu uma dor no peito após esforço físico nunca sentida antes; 2) Vanusa, 16 anos, solicita teleatendimento pois está há 5 dias com dor embaixo da barriga.

Para essa pesquisa, serão considerados tanto o que dizem os estudantes nas simulações e no registro escrito desses casos, quanto os comentários dos professores marcados como concernentes à linguagem e à sua adequação.

Os trechos mais pertinentes para a pesquisa foram transcritos segundo as normas do NURC, tendo em vista a proposta de transcrição de conversações apontada por Marcuschi em seu livro *Análise da Conversação* (1999). Para isso, tivemos como modelo os materiais de transcrição produzidos pelo projeto NURC. Estamos considerando como mais pertinentes as partes em que conseguimos perceber um exercício tanto do facilitador quanto dos estudantes em aprimorar suas habilidades em realizar uma história clínica dentro dos padrões propostos pelo Projeto Político Pedagógico do curso.

A partir das gravações e do exame dos trechos selecionados, poderemos observar, sobretudo, como a construção dos estilos dos médicos em seu momento embrionário: no ensino e na formação de novos médicos. Nossa hipótese inicial é de que encontraremos um movimento de humanização e de reflexão sobre a linguagem, e um professor que busca aproximar o estudante de seu paciente (ainda que por meio de uma simulação com atores).

POR QUE ESTUDAR OS ESTILOS DISCURSIVOS DE UM MÉDICO A PARTIR DOS QUE AINDA ESTÃO EM FORMAÇÃO?

A estrutura de um curso público de Medicina no Brasil deve assumir um papel de referência na formação de profissionais. Entende-se uma urgência em calcar o processo de aprendizagem do estudante de medicina em processos de adequação linguística e discursiva e ainda de reflexão sobre sua produção discursiva, a fim de refinar sua prática profissional dentro e fora do Sistema Único de Saúde.

Nesse contexto e ainda tendo em vista que “o discurso não é apenas um conteúdo, mas também um modo de dizer, que constrói os sujeitos da enunciação” (FIORIN, 2007, p. 27), é de fundamental importância para esta pesquisa entender os mecanismos de adequação de linguagem que o professor faz o estudante fazer em relação ao texto falado e ao escrito, o que se torna uma ferramenta extremamente rica e válida para compreender como ocorre o estabelecimento de vínculo na relação médico-paciente por meio da linguagem e como ela pode ser um instrumento para um atendimento mais humano e mais assertivo, e também as diferenças em relação à linguagem empregada na relação médico-médico.

Sabendo que a linguagem humana é “lugar de interação, de constituição de identidades, de representações de papéis, de negociação de sentidos” (KOCH, 2000, p. 110), a pesquisa investiga a representação de papéis e constituição de identidades a partir das escolhas enunciativas do estudante – conscientes ou não – que está se formando médico em um processo de aprendizagem de metodologia ativa.

De acordo com o Projeto Pedagógico do curso, a simulação

utiliza pacientes ou situações simuladas no formato de dramatização e é realizada em dois momentos: o primeiro de observação e avaliação do desempenho de cada estudante frente a uma situação com paciente simulado num ambiente que reproduza um cenário da vida real como, por exemplo, um domicílio, uma unidade de saúde da família, um pronto atendimento ou serviços hospitalares; o segundo momento é de apoio e direciona-se à exploração e fundamentação de novas capacidades identificadas na avaliação previamente realizada. do atendimento com atores avaliada por um professor médico nos auxiliará perceber como se perpetuam os papéis sociais de médico e paciente na sociedade e, talvez, como essa postura e essas modulações do sujeito estão sendo alteradas ao longo do tempo por meio do ensino.

À luz da Teoria Semiótica de linha francesa e das teorias do discurso em convergência com aspectos da medicina tradicional ocidental, pretendemos investigar e analisar como a relação médico-sociedade é construída, estabelecida e reafirmada por meio dos diálogos estabelecidos em uma consulta médica em ambiente de formação, em que o estudantes é

ensinado a conduzir um diálogo com seu paciente, e também por meio do registro realizado pelo médico em formação, que, ao ser cotejado com a situação de simulação, poderá revelar tanto as especificidades da linguagem e do modo como esse enunciador se projeta em cada texto, como seus aspectos comuns.

Estudar as simulações e os registros a partir dessa teoria é pertinente, pois cada enunciação proferida ao outro interfere nas crenças, nos afetos e até mesmo nas futuras ações desse outro (faz-fazer), além de ser também uma forma de o homem se apresentar ao mundo. Não podemos deixar de mencionar ainda que "o fazer persuasivo do destinador e o fazer interpretativo do destinatário demonstram que a análise semiótica do texto engloba questões culturais, contextuais e situacionais" (FULANETI, 2010).

Com base nessas observações, podemos perceber a maneira com a qual se dá a formação do estilo de um médico a ser. O processo pelo qual ele passa até que sua forma de comunicação e sua postura profissional se desdobrem e se transformem de acordo com as intervenções recebidas ao longo de seu processo de aprendizagem.

Também destacamos que o estilo primordialmente buscado pelos docentes do curso é o que vai em direção à humanização das práticas, compreendido como algo distante da clínica desumanizada, impessoal, que envolve burocracias e não reconhece os direitos do indivíduo à autodeterminação, entre outros direitos dos pacientes (GOULART; CHIARI, 2010). Segundo Goulart e Chiari (2010):

Direitos sociais e direitos individuais dos pacientes são coisas distintas. Enquanto os primeiros são coletivos e dependem de escolhas e decisões políticas em cada sociedade, os direitos individuais podem ser mais facilmente expressos em termos absolutos e operacionalizados em função de pacientes tomados individualmente.

Estilo será entendido a partir da forma singular como os estudantes aplicam as bases da semiologia médica e convertem toda a sua burocracia por meio de técnicas e ferramentas proporcionadas pelo "erro seguro e assistido" do ambiente das simulações. A maneira como adaptam o extenso roteiro de anamnese proposto pela fonte unanimemente escolhida pelo

corpo docente (PORTO, 2014) – sobre o que há de se destacar que se trata de um roteiro de consultas de primeira vez.

Dessa forma, neste trabalho, nosso objetivo central é analisar a construção do *éthos* e do *páthos* no diálogo estabelecido na relação médico-paciente e médico-médico numa situação pedagógica de formação, a partir da semiótica de linha francesa, buscando estabelecer relações entre as atividades universitárias de um curso de Medicina e a prática profissional inserida amplamente no contexto nacional: compreendendo como a figura do médico socialmente construída aparece no espaço universitário por meio do discurso observado nos processos avaliativos; examinando como a linguagem mune e instrumentaliza o médico a exercer sua profissão, distinguindo diferentes estilos que se estabelecem entre a humanização e o dogmatismo; detectando as marcas enunciativas que levam o estudante em formação médica a se aproximar mais ora do paciente (simulação), ora da classe médica (registro escrito); contrapondo as adequações de linguagem que o estudante em formação médica deve fazer ao se comunicar com médicos e com pacientes; levantando questões que possam contribuir com o aperfeiçoamento dos procedimentos utilizados para o processo de aprendizagem do estudante de Medicina do curso analisado.

A SEMIÓTICA DISCURSIVA COMO ARCABOUÇO TEÓRICO CENTRAL

A partir da Teoria Semiótica, temos como objeto de pesquisa a relação médico-paciente e médico-médico, e ainda como elas são construídas socialmente em cursos de formação no Brasil e, conseqüentemente, a produção dos estilos discursivos dos médicos em sua formação.

Assim, analisaremos as simulações de atendimentos com base nos postulados da Teoria Semiótica Discursiva de linha Francesa, e serão relevantes para este trabalho os conceitos de *éthos* e *páthos*, conforme desenvolvidos por Fiorin (2004a; 2004b; 2007) e por Discini (2003), de forma a verificar semelhanças e diferenças entre as imagens construídas na simulação que se dirige aos pacientes e nos relatos que se dirigem a seus pares, e ainda como essas imagens são construídas. Também observaremos de que forma as interferências do professor atuam na regulação dessas imagens. Com base na teoria semiótica e na observação sobretudo do estilo, examinaremos, portanto, a questão das adequações linguísticas e da

construção de papéis dentro do discurso, buscando entender como a figura do médico se aproxima ou se distancia de seu paciente e de seus colegas de profissão.

Enfim, nessas gravações e nesses registros, buscamos observar como ocorrem as enunciações e como as estratégias empregadas constroem e perpetuam papéis sociais dentro de uma relação médico-paciente e médico-médico ou ainda rompem com eles. Também procuramos perceber se o ensino exerce seu papel de agente de mudanças e de questionamento de estigmas e paradigmas e como tem sido o impacto de uma formação de novos médicos que, em tese, prioriza uma medicina humanizada e centrada no paciente.

Barros (2001) pontua que o sujeito interpreta os discursos que recebe por meio de uma confrontação do que é enunciado com seu universo do saber e do crer, bem como com os sistemas de valores que atribuem sentido aos fazeres e aos estados. Assim, nenhum ato comunicativo é neutro ou independente dos sujeitos, de suas crenças e valores.

Em todo ato de enunciação, há a instauração de um eu, de um aqui e de um agora. Contudo, há duas instâncias no procedimento enunciativo: "o 'eu' pressuposto e o 'eu' projetado no interior do enunciado e, respectivamente, um 'tu' pressuposto e um "tu" projetado no interior do enunciado, já que a cada 'eu' corresponde um 'tu' (quem fala sempre fala para alguém)" (FECHINE, 2008).

Logo, para a semiótica greimasiana:

a enunciação permite que todo ser, num processo de personificação, torne-se enunciator e instaure como enunciatário, bastando para isso que se dirija a ele, qualquer outro ser, concreto ou abstrato, presente ou ausente, existente ou inexistente (FIORIN, 2016, p. 37)

Fiorin (2016, p.36) ainda estabelece que a linguagem apenas se torna discurso a partir da categoria de pessoa: o *eu* referiria-se a algo exclusivamente linguístico. Fechine (2008) ainda sistematiza a enunciação a partir da noção de que os "eu" e "tu" pressupostos, destinador e destinatário, são denominados respectivamente de enunciator e enunciatário. Além disso, a autora diz que no enunciado se delegam esses papéis ao narrador e ao narratário, respectivamente.

Assim, para a autora:

Se entendermos a própria enunciação como uma espécie de simulacro da comunicação construído no e pelo próprio texto, parece possível pensar em todos os atores envolvidos neste ato comunicativo como papéis envolvidos ora na instância da realização, ora na instância do realizado (FECHINE, 2008, p. 70).

Nesse sentido, Fiorin (2004b, p. 120) estabelece que o modo como um autor (enunciador) aparece ao público corresponde ao *éthos*, uma concepção formada desde a tradição filosófica greco-romana. De acordo com o próprio Aristóteles, a defesa verbal seria mais própria do homem do que o uso da força e, portanto, o objetivo principal da retórica aristotélica seria o de fazer crer e discernir, portanto, os meios de persuasão mais pertinentes para cada situação (FULANETI, 2010).

Assim, o filósofo grego (2020) estabelece três recursos essenciais, três provas oratórias, para a persuasão, sendo eles: 1) *logos*, relacionada ao corpo da argumentação; 2) *éthos*, da autoridade do orador; 3) *páthos*, das paixões de seus ouvintes.

Para Fiorin (2004), o *éthos* nada mais é que uma imagem do autor discursivo, não do real, mas daquele implícito no enunciado. Em consonância, Scoparo, Miqueletti e Limoli (2015) resumem essa ideia da seguinte maneira: "De maneira geral, o *éthos* é a 'imagem de si' construída no discurso".

Fiorin (2004a) também aponta que o *éthos* não se explicita no enunciado, mas na enunciação, sendo que é, na enunciação enunciada, que se deixa ver, nas marcas de enunciação deixadas no enunciado. Dessa forma, para o autor:

a análise do *ethos* do enunciador nada tem do psicologismo que, muitas vezes, pretende infiltrar-se nos estudos discursivos. Trata-se de apreender um sujeito construído pelo discurso e não uma subjetividade que seria a fonte de onde emanaria o enunciado e 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, 2004a, p. 18)

Fiorin (2007) afirma ainda que, nesse contexto, "a enunciação é vista como um jogo de máscaras, de papéis, de imagens, como um teatro, uma encenação", pois, segundo Greimas e Fontanille (1993), construímos simulacros para "dar condições e dar precondições da manifestação do sentido e, de certa maneira, do seu 'ser'".

Não obstante, mais que isso, o discurso não faz sentido ao enunciatário apenas pelo conjunto de ideias, mas também porque o enunciatário se identifica com o sujeito que o enuncia, com a maneira com a qual ele o faz (FIORIN, 2004b, p.134). O semioticista também diz, que o julgamento do enunciatário sobre o discurso do enunciador não é algo individual, mas social, dependente das construções sociais do contexto em que está inserido (FIORIN, 2004b, p.134).

Fechine (2008) complementa dizendo que "a partir desse esquema relacional, cada cultura consolida uma aspectualização positiva ou negativa dos comportamentos sociais e, conseqüentemente, da "qualidade" da performance do ator". Tal afirmação vai ao encontro do que diz Fiorin (2004a), que também explicita que a comunicação é a ação de homens sobre outros homens, por meio da qual se criam relações intersubjetivas e se funda a sociedade, e que a eficácia do discurso está diretamente ligada à adesão do enunciatário ao que o enunciador diz. Segundo Discini (2004, p. 43), ao se reconhecerem, enunciador e enunciatário se reconstroem mutuamente.

O *éthos*, entendido como a imagem do orador, possui, conforme mostra Fiorin (2004, p. 121), pautado na Retórica e em suas descrições, uma categorização de três espécies de éthe: 1) o baseado na *phrónesis*, que remete ao bom-senso, à prudência, à ponderação e qualifica a oratória como competente e razoável; 2) o baseado na *areté*, que remete à virtude (entendida aqui como um conjunto de valores como coragem, justiça e sinceridade) e qualifica o orador como simples, sincero e franco; 3) e o baseado na *eunóia*, que remete à benevolência e à solidariedade e qualifica a oratória a partir das demonstrações de simpatia do orador pelo auditório.

Entender e saber distinguir essas espécies é importante, pois o *éthos* é a prova artística de persuasão fornecida pelo discurso quando este é organizado de tal maneira que o orador inspira confiança (ARISTÓTELES, 2020). Em consonância com essa ideia, Discini (2003) categoriza o estilo como "um conjunto de características da expressão e do conteúdo que criam um *éthos*".

Para Mainguenu (1995), o *éthos* implicaria um policiamento tácito do corpo, como uma maneira de habitar o espaço social. Segundo o autor, "longe de surgir todo armado do imaginário pessoal de um autor, constitui-se através de um conjunto de representações sociais do corpo ativo em múltiplos domínios" (1995).

Assim, como estilo entendem-se os traços recorrentes que marcam a individualidade do enunciador e criam a imagem desse sujeito no discurso. Gonçalves (2015) pontua que "é, desse modo, pelos investimentos estilísticos do enunciador, que o *ethos* do sujeito se mostra. Assim como o *ethos*, o estilo é, portanto, modo de dizer, pelo qual se inauguram identidades, criando-se efeitos de individualidade". Desse modo, Discini (2004, p. 17) afirma que, sob o teto da retórica clássica, temos o estilo como *éthos*.

Descrever um estilo implica reconstruí-lo e, por isso, é um efeito de sentido, uma construção do discurso concretizada nas figuras da espacialidade, da temporalidade e da actorialidade, sistematicamente (DISCINI, 2004, p. 59). Segundo Discini (2004, p. 24), ainda,

Hjelmslev verdadeiramente nos autoriza a, para falar em estilo, empiricamente (re)construir a significação de uma totalidade de discursos, descendo às profundezas da construção de tais discursos e considerando, ainda, as dependências do que é desvelado pela catálise.

Se há a construção do *éthos* no contexto do discurso, há a construção contraposta e simbiótica do *páthos*, que consiste na imagem que o enunciador faz do enunciatário (FIORIN, 2004b). Da mesma forma que o *éthos* segue as marcas deixadas no enunciado, ao *páthos* não importam os sujeitos de "carne e osso", mas o todo de sentido construído a partir do discurso e que permite o surgimento das imagens advindas dessa confluência entre a projeção do "eu" que tem em vista a adesão de um "tu" pressuposto (SCOPARO; MIQUELETTI; & LIMOLI, 2015).

O *páthos* concerne a uma emoção forte – ou ainda, aos sentimentos que agitam ou alteram estados de alma –, um estado momentâneo que comanda o estado contínuo do *éthos* (FULANETI, 2010). Semioticamente, seria a imagem do enunciatário do ator da enunciação, em que, nos contratos enunciativos, as paixões representariam o lugar do Outro, a "consciência social", o ponto de encontro do indivíduo com o mundo (FULANETI, 2010).

Por fim, é importante pontuar que "analisar um estilo supõe recortar partes da totalidade" (DISCINI, 2004, p. 36), pois ele está contido numa totalidade discursiva. Assim, para falar em *éthos*, em *páthos* e em estilo, observamos um corpo projetado de uma totalidade de discursos como o corpo do ator da enunciação.

A totalidade estilística oscila entre grandezas homologadas dos universais quantitativos propostos por Brøndal, *unus, totus e nemo*, e apenas se entende estilo quando se observa o centro, o fechamento da totalidade de discursos enunciados (DISCINI, 2004, p. 29). Para a autora, "estilo é, então, totalidade, enquanto unidade integral (*unus*) e enquanto totalidade integral (*totus*), sendo que um termo pressupõe outro, numa relação de interdependência", ao passo que *nemo* opõe-se a *unus*, unidade realizada. "É da passagem do *nemo* ao *totus* e do *totus* ao *unus* que emerge, portanto, o efeito de individuação, correspondente, no discurso, a um determinado ponto de vista sobre o mundo, a um determinado caráter, a uma determinada voz", afirma a semioticista (DISCINI, 2004, p. 36).

Assim, analisando o estilo por meio desses recortes da totalidade e partindo da relação entre *unus* e *totus*, entendemos como a totalidade integral supõe um enunciador sancionador, que impõe limites e determina a unidade a ser recortada. A partir dessa totalidade recortada também depreendemos o *páthos*.

Não obstante, a Semiótica, como qualquer ciência, encontra-se em constante desenvolvimento, na medida em que autores aprimoram, acrescentam e continuam o trabalho dos mestres. Os próprios mestres, por exemplo, ao cabo de seus trabalhos, iniciaram reflexões sobre o contínuo que são de grande valor para nossa pesquisa, como é o caso de Greimas e Fontanille, quando, em sua obra *Semiótica das Paixões* (1993), buscaram o contínuo a partir da observação de que, nos textos, estão presentes o "estado de coisas" do mundo, que se acha transformado pelo sujeito, mas também o "estado de alma" do sujeito competente para a ação e que sofre também transformações em seu ser (GREIMAS; FONTANILLE, 1993, p.14).

É nesse sentido que também lançamos mão em nossas análises do espaço tensivo, proposto por Claude Zilberberg, pois ele tem seu mérito em

obrigar-nos a investigar a amplitude, a velocidade e a duração dos devires, a não os considerar como evidentes em si, mas constituí-los como indagações proveitosas. [...] a questão é discernir, com toda a precisão possível, de que modo um *gerúndio*, vinculado ao acontecimento, converte-se em *particípio*, vinculado ao estado (ZILBERBERG, 2011, p. 23)

Dessa forma, em nossa análise, nos momentos oportunos, abriremos o discurso para o espaço tensivo, que é complexo, já que se baseia na dependência da extensidade para com a intensidade, e dos estados das coisas com relação aos estados de alma (ZILBERBERG, 2011, p. 39). Para Zilberberg, a tensividade seria a junção do sensível ou estados de alma – intensidade – e do inteligível ou estados de coisas – extensidade, sendo que esses pares controlariam o acesso de um objeto ao campo de presença de um sujeito (ZILBERBERG, 2011, p. 66-67). Segundo o autor: "Uma grandeza se introduz, penetra o campo de presença proporcionalmente à quantidade de impacto e irrupção que traz em si" (ZILBERBERG, 2011, p. 67).

É importante ressaltar ainda que compreenderemos as simulações pedagógicas de atendimentos médicos como compostas por cenas predicativas, como uma situação semiótica particular, resultado de uma experiência prática que se torna um dispositivo de expressão semiótica. Vamos, assim, ao encontro do que Fontanille (2008, p. 6) estabelece quando diz que “a experiência semiótica sobre a qual se baseia o nível de pertinência das práticas é aquela que resume a expressão ‘em ato’”.

Em sua continuidade à construção do sentido e da significação, Jacques Fontanille (2008), fragmenta a experiência semiótica de modo que o figurativo, o textual e o corpóreo sejam ultrapassados, podendo agora a cena predicativa ser interpretada semioticamente também. Não que antes não houvesse trabalhos sobre situações semióticas, mas o autor propõe integrá-las a um modelo de análise. Assim, temos seis níveis distintos: a experiência figurativa, no nível dos signos; a experiência interpretativa e textual, no nível dos textos-enunciados; a experiência corpóreo-material, no nível dos objetos; a experiência prática, no nível das cenas práticas; a experiência das conjunturas e dos ajustamentos, no nível das estratégias; e a experiência dos estilos e dos comportamentos, que acontece, por fim, no nível das formas de vida. Como o semioticista afirma, a experiência semiótica das práticas é a

que resume a expressão em ato, apontando para uma percepção da significação como algo dinâmico (FONTANILLE, 2008a, p. 6).

Nas palavras de Schwartzamnn (2013):

Tal concepção da significação indica a seguinte evidência: toda semiótica do “em ato” preocupa-se mais com os processos de construção de sentido que com os seus próprios constructos finais. Desse modo, a significação “em ato” não poderia, efetivamente, ser vista em funcionamento, quando representada em um texto-enunciado, pois nesse nível de imanência (talvez o mais tradicional objeto de estudo da semiótica até os dias de hoje) se teria apenas o resultado de um processo primeiro. E por isso que para que se torne visível o processo, é preciso que observemos a sua prática desenvolver-se em uma cena, que é aquilo que se pode efetivamente observar e, por isso, é a expressão de um processo de significação.

Como exemplo e em sequência, extrai-se o quinto nível de pertinência, a estratégia, que é, pois, um princípio de composição sintagmática das práticas entre si mesmas. O estudante de medicina, por exemplo, articula mais de uma prática ao realizar suas tarefas (na forma de comportamentos complexos) e, para tanto, vale-se de estratégias específicas. A escolha da técnica adequada à prática técnica que deve ser executada é uma escolha estratégica. A indicação precisa de um plano de cuidados está intimamente ligada ao tipo de sintomas que ele conseguiu reunir ao final da história clínica e, para estabelecer um vínculo humanizado, por exemplo, diversas práticas estratégicas deverão estar encadeadas: identificar-se de maneira calorosa, identificar o paciente de maneira empática, conduzir a entrevista por meio de diálogos simétricos, buscar no campo tensivo regimes de alta extensidade, mas também de alta intensidade.

Logo em seguida, no último nível hierárquico de imanência da teoria de Fontanille, então, teríamos as dadas formas de vida que, nas palavras do autor, seriam "deformações coerentes" resultantes da repetição e da regularidade das estratégias articuladas nas cenas práticas (FONTANILLE, 2008a, p. 32). Para o autor, "em suma, elas são os constituintes imediatos da semiosfera, pois representam, em uma determinada sociedade, diferentes

maneiras de se identificar com o 'eu', diferentes maneiras de vivenciar valores" (FONTANILLE, 2015, p. 4, tradução nossa)¹.

Além disso, o semiótico (FONTANILLE, 2008b, p. 30) estabelece que há dois tipos de integrações entre os níveis de pertinência: ascendentes e descendentes. Assim, nesse percurso, há operações de integração ascendentes – dos signos às formas de vida – e descendentes – das formas de vida aos signos – (FONTANILLE, 2008b, p. 30). O percurso canônico ascendente seria marcado pelo desdobramento e o percurso descendente, pela condensação.

É nesse sentido também, que podemos depreender dos discursos dessas cenas predicativas as interações que ambos atores (estudante e paciente simulado, ou estudante e professor) arriscam. Por isso, ainda comporemos nossa análise do *corpus* a partir de Landowski e sua proposta de regimes de interação.

O primeiro dos regimes seria o de nossas relações com as coisas, o da *programação*, mas que pode também subjazer a um modo de organização social e política de tipo tecnocrático, no que tange às relações entre as pessoas. Landowski até pontua que, em uma relação médico-paciente, o primeiro pode considerar o segundo como um mero organismo doente e "programar sua cura remetendo aos efeitos fisiológicos previsíveis, uma vez experimentalmente estabelecidos, dos medicamentos apropriados" (LANDOWSKI, 2014, p. 34).

Já o regime da *manipulação* seria entendido como um trabalho de persuasão que visa ao acordo entre as vontades sob forma de contratos. Assim, toda escolha estratégica do manipulador estaria relacionada à forma como constrói a competência do outro e ao modo como localiza os pontos vulneráveis à manipulação no interlocutor (LANDOWSKI, 2014, p. 30). O autor ainda estabelece como competência do estrategista-manipulador reconhecer o querer do outro e se dedicar a reconhecê-lo em profundidade apenas para "manipulá-lo com maior segurança, para ganhar mais poder sobre ele, atuando sobre suas motivações e suas razões, eventualmente as mais secretas" (LANDOWSKI, 2014, p. 33).

¹ Trecho original: <Elles sont en somme les constituants immédiats de la sémiotique, car elles déclinent, à l'intérieur d'une société donnée, différentes manières de s'identifier au « soi », différentes manières de faire l'expérience des valeurs>.

Por sua vez, o regime de *ajustamento* refere-se à sensibilidade, com uma interação assentada sobre o *fazer sentir*, não mais sobre a persuasão entre inteligências, mas sobre o contágio, estabelecido entre sensibilidades. Diferencia-se da manipulação, em que havia atores maleáveis, já que dotados de inteligência e de uma relativa autonomia. O contágio concerne a: "fazer sentir que se deseja para fazer desejar, deixar ver seu próprio medo e, por esse fato mesmo, amedrontar, causar náusea vomitando, acalmar o outro com sua própria calma, impulsionar." (LANDOWSKI, 2014, p. 50-51).

Por fim, no *acidente*, temos um regime que permite a negação ou a superação dos programas fixados, em que ocorre a passagem de um cotidiano de segurança máxima possível a uma vida "outra" sem segurança alguma (LANDOWSKI, 2014, p. 70). Landowski (2014, p. 69) ainda ilustra um possível ser regulado pelo acidente como "um sujeito que está vivendo sua própria história e que, ignorando por milagre os modelos instituídos em circulação no seu entorno, ou conseguindo liberar-se deles, procuraria bravamente descobrir por si mesmo um sentido para seu próprio percurso de vida."

Essa teoria das interações ainda dá lugar à continuação do pensamento do pensador francês: sua zoossociosemiótica, a ser explicada, por pertinência relativa à organização desta dissertação, apenas no próximo capítulo, mas que constitui a base a partir da qual proporemos uma sistematização de quatro possíveis estilos discursivos de médicos.

No primeiro capítulo, então, fazemos essa proposição ancorados em Greimas e Landowski, sobretudo, estipulando como estilos discursivos de médicos: o burocrático, o indiferente, o emotivo e o humanizado. Para então partirmos para a análise das simulações, realizada em três capítulos que dividem entre si todos os pontos de uma anamnese médica completa.

No segundo capítulo (primeiro da análise), tratamos da "Identificação" e do primeiro momento da consulta, em que o vínculo é possível a partir da enunciação e apesar das questões delicadas que envolvem essa etapa e que são problematizadas a partir do *éhtos* e do *páthos*.

Em seguida, em um capítulo mais extenso, analisamos a "Queixa Principal" nas palavras do paciente; os subcódigos nos estilos discursivos de médico a partir da "História da Moléstia Atual"; as interações arriscadas da programação no "Interrogatório Sintomatológico de Diversos Sistemas", com nuances sobre a manipulação, as infinitas e imbricadas traduções e a regência de subcódigos ainda mais específicos, como idade e gênero; finalizando com as imbricações e a continuação da construção de um estilo percebida na coleta dos "Antecedentes Pessoais e Familiares" e dos "Hábitos de Vida.

Nossa análise termina no pleno exercício do *éthos*, ao examinarmos o "Plano de Cuidados" e deprendermos a maneira pela qual o estudante faz o paciente crer ou o faz sentir, a fim de obter sucesso em sua consulta e fazê-lo aderir a sua proposta de tratamento.

Com algumas considerações e notas finais, ensaiamos resumir sinteticamente o trabalho de 2 anos de pesquisa e dedicação a uma proposta que acreditamos ser inovadora, mas que ainda pode se favorecer de mais cuidados e contágios, assim como o próprio objeto de sua pesquisa.

1 O MÉDICO E SEUS ESTILOS DISCURSIVOS

A primeira qualidade do estilo é a clareza.

Aristóteles

O sujeito médico pode concentrar em si várias imagens sociais a partir das quais pode pautar sua prática profissional e sua conduta como interlocutor. É certo que a apropriação de uma imagem ou outra se dá no tempo e na formação do sujeito como médico, na medida em que estabelece com sua prática uma relação de simbiose.

Contudo, essas imagens podem ser múltiplas, uma vez que o ser humano é diverso e plural. Não encontraríamos páginas que pudessem conter o material que sintetizasse todas as possibilidades e caminhos percorridos por todos os médicos em sua empreitada na construção de seus estilos.

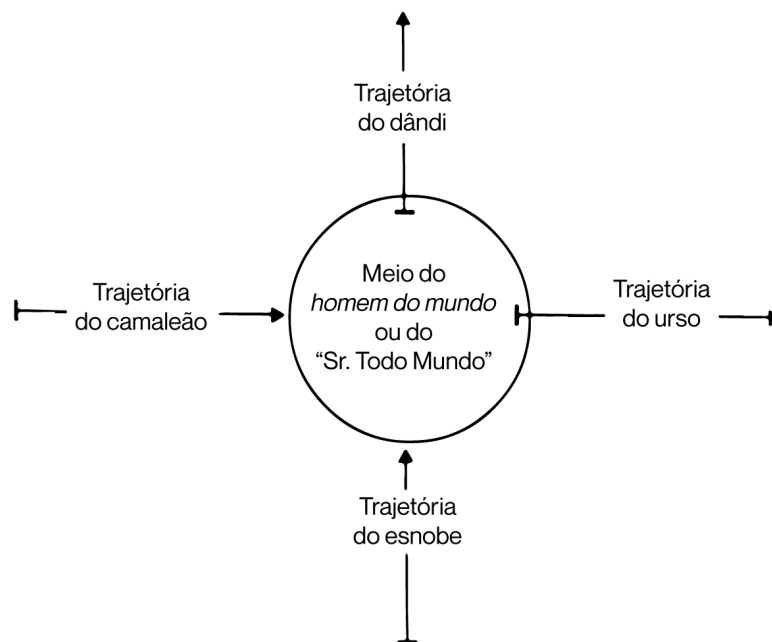
É fato, porém, que, em uma suposta sistematização geral, podemos delimitar posturas específicas a fim de analisar e compor uma rede de relações que determine ao menos categorias gerais de estilo que um médico adota em sua relação com o paciente. Não há formas de analisar semioticamente todo e cada médico e condensá-lo em uma única categoria, mas encontramos recursos para distinguir práticas e discursos mais burocráticos dos mais humanizados. Afinal, há muitas formas de ser médico.

Como já bem colocamos na introdução, houve tentativas de se rotular e categorizar médicos nesse contexto, nenhuma, porém, de base semiótica, o que possibilita um olhar mais atento para questões de linguagem e discurso. Nosso arcabouço é a semiótica discursiva e decidimos adotá-la, pois nos fornece teoria e métodos suficientes para delimitar as diferenças gerais entre os estilos médicos.

Partimos, primariamente, da teoria sociossemiótica de Eric Landowski, pois ele já se valeu da teoria para elencar as "Presenças do outro" em seu livro de 2012. Rotulando-as de zoossociossemióticas, o autor estabelece quatro trajetórias possíveis de um sujeito em relação ao que seria um homem exemplar, que ele chama de "Sr. Todo Mundo", por ser um ideal de normalidade dentro dos padrões esperados socialmente.

Dessa forma, teríamos: o esnobe, que aspira ser da elite e faz tudo o que está no limite de seus valores para consegui-lo; o dândi, disposto a se diferenciar e se desligar dessa sociedade da qual já faz parte; o camaleão, cujas habilidades o fazem parecer já pertencer a uma realidade que não lhe é própria; o urso, que não se desvia de sua trajetória por nenhuma circunstância ou instância social, louco ou gênio solitário (LANDOWSKI, 2012, p. 38).

Assim, esses tipos de sujeitos são sobretudo posicionais, levando em conta a orientação dos comportamentos que eles adotam e que têm a todo instante por efeito aproximá-los ou afastá-los do tipo ideal localmente recebido (LANDOWSKI, 2012, p. 39).



Esquema 1: Infográfico sem título retirado de Landowski, 2012, p. 29.

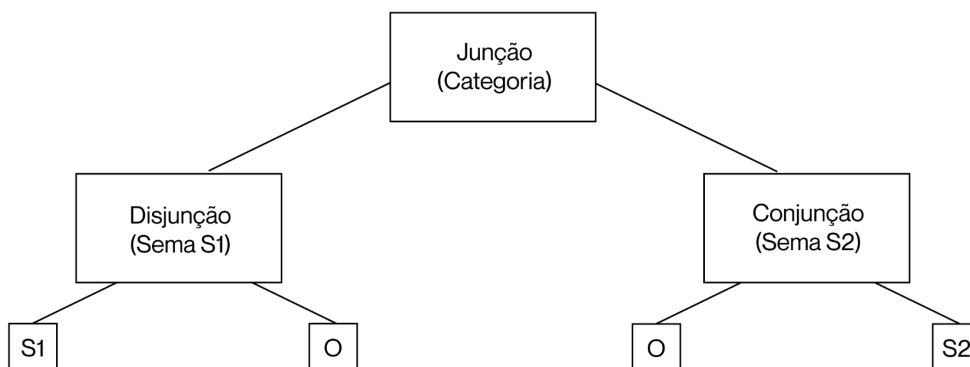
1.1 ESTILOS DE MÉDICO A PARTIR DA SEMIÓTICA

Antes que prossigamos, devemos retornar às categorias de Robert Veatch (ROCHA *et al*, 2011) com os modelos sacerdotal, engenheiro, colegial e contratualista. Na verdade, retornamos apenas para destacar que a nossa proposição não é a partir dela e, por mais que possam haver semelhanças entre elas, o nosso modelo parte da semiótica. Fato curioso mesmo é que, por utilizarmos a semiótica, sobretudo a teoria sociossemiótica de Landowski,

chegamos a quatro estilos, ainda assim reiteramos que não há correlatos entre nosso sistema de estilos e o sistema de modelos de Veatch.

Mesmo que o de Veatch possua seu valor e seja difundido no meio médico, o nosso critério é estabelecido com base na semiótica para o exame dos discursos médicos – nesse caso de médicos em formação, mas cuja aplicação poderia ser testada em médicos já formados e atuantes.

Partimos sobretudo do conceito de junção proposto por Greimas. O autor aponta que "Pode-se, então, utilizar o nome de *junção* para definir a função cujo estabelecimento tem por resultado o surgimento concomitante de dois enunciados solidários, e que designa também a categoria cujos termos sêmicos são a conjunção e a disjunção." (GREIMAS, 2014, p. 45)



Esquema. 2. Infográfico sem título extraído de Greimas, 2014, p. 46.

Nesse contexto, temos então que um sujeito pode estar ou não em conjunção com um objeto de valor. Ou seja, o médico pode estar ou não em conjunção com os valores humanizados em sua prática clínica. Se voltamos ao Projeto Político Pedagógico do curso que analisamos, perceberemos que esse valor determinaria o Senhor Todo Mundo no contexto da formação, como vemos em:

Busca o cuidado integral à saúde, contemplando ações de tratamento e reabilitação, assim como as de promoção da saúde e de prevenção das doenças, em todas as fases do ciclo de vida e de modo contextualizado.

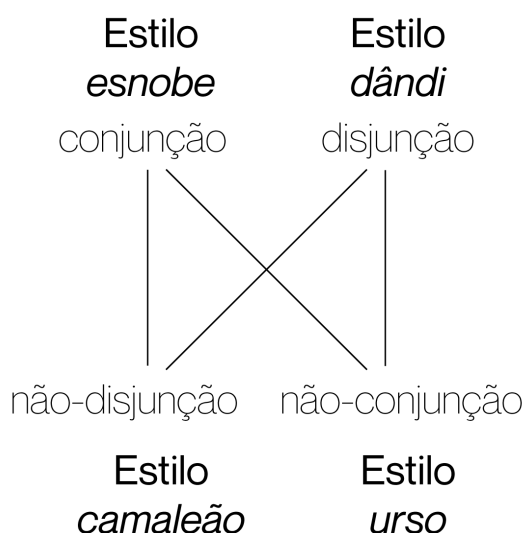
[...] Compartilha decisões e responsabilidades na execução do plano com paciente/responsável, familiares, cuidadores, equipe multiprofissional e demais envolvidos e realiza ações do plano sob sua responsabilidade profissional. Registra e

favorece o registro da abordagem de outros profissionais no prontuário do paciente, buscando torná-lo um instrumento dialógico que potencializa o cuidado integral aos problemas do paciente (2007, p. 7).

É ainda importante dizer que esses valores se opõem a outros em grande circulação na sociedade, que estabelecem uma prática mais consolidada de ser médico e que têm um outro Senhor Todo Mundo como guia – aquele da prática burocrática, programática, sacerdotal, a ser posteriormente mais bem analisada.

Assim, a Universidade estaria buscando instituir uma nova "normalidade" em relação ao que é ser médico e estabelecer um novo Senhor Todo Mundo. Isso talvez seja um indicativo de mudanças nas práticas médicas que estariam ocorrendo em nossa sociedade.

Landowski (2012, p. 50) aplicou esse conceito de junção, atrelado ao quadrado da veridicção à sua zoossociosemiótica, ao tratar das possíveis assimilações de seus tipos de sujeito frente a seus iguais e frente aos Outros, em que a conjunção seria a conjunção ao homem ideal, o Senhor Todo Mundo, conforme a imagem abaixo.



Esquema 3. Infográfico sem título extraído de Landowski, 2012, p. 50.

Esse Senhor Todo Mundo seria exatamente a representação máxima da normalidade e não seria da ordem da singularidade e da exceção individual, nas palavras do próprio

Landowski: "[ele] é um indivíduo que se caracteriza essencialmente por seu senso de *adequação*: sabe oferecer a todo instante as marcas de uma perfeita adesão às normas do grupo ao qual pertence" (LANDOWSKI, 2012, p. 37).

Destrinchando mais um pouco do que foi explicado previamente: a partir do Senhor Todo mundo, *l'homme "du monde"*, seria possível estabelecer quatro formas elementares de ser, a partir dos valores de junção herdados de Greimas. Assim, Landowski (2012) constrói uma categorização, que vai entender como uma zoossociosemiótica, valendo-se dos sujeitos 1) esnobe, 2) dândi, 3) camaleão e 4) urso. O primeiro deles sendo exatamente o representativo da junção, aquele que aspira senão juntar-se à elite, à "normalidade". Já o dândi, ao contrário, estaria disposto a tudo para disjuntar-se dessa mesma sociedade a que o esnobe busca tanto se conjugar (LANDOWSKI, 2012, p. 38).

Ao falarmos do outro polo zoológico, temos o camaleão, cujas habilidades são de simulacros e de se fazer passar por alguém que já pertence ao mesmo mundo, embora, na verdade, jamais tenha se disjuntado da outra realidade que renega e de que não deseja fazer parte. Por fim, o urso, solitário, louco ou gênio, segue sua própria direção da qual não se desviará haja o que houver (LANDOWSKI, 2012, p. 38).

Podemos perceber que, invariavelmente, todo meio produz seu próprio Senhor Todo mundo e que os sujeitos que circunscrevem, delimitam e permeiam esse meio tendem, de uma maneira ou outra, a aproximar-se ou afastar-se do tipo "ideal" localmente concebido (LANDOWSKI, 2012, p.39). Ainda, que todos obedeçam a certas leis gravitacionais de seus meios, todos possuem certo domínio dessas leis o que os capacita para, a qualquer momento, decidirem se querem manter-se ou desviar-se de suas trajetórias, ou ainda do Senhor Todo Mundo (LANDOWSKI, 2012, p. 40).

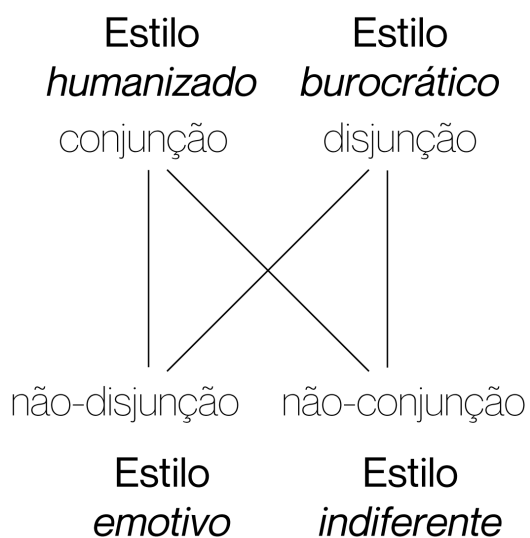
1.2 OS QUATRO ESTILOS DISCURSIVOS DE MÉDICO

Partindo, então, do que encontramos no Projeto Político Pedagógico, poderíamos pensar em estilos de médico a partir do conceito de junção ao valor "humano" . Segundo o Dicionário, um dos adjetivos de "humano" seria o de justamente ser piedoso, indulgente, compreensivo; bondoso, caridoso. Contudo, utilizamos o termo com significado expandido,

conforme expusemos previamente: caridoso, compreensivo, sim, mas sob uma ótica profissional de um médico que também tem seus deveres a cumprir em um atendimento na área da saúde e preza por esse lado "humano" ao mesmo tempo que cumpre seu papel.

Escolhemos esse valor, portanto, pelo fato de o curso apresentá-lo como central para a formação dos futuros médicos, conforme mostramos. E como bem argumenta Landowski (2012, p. 39): "todo meio produz efetivamente seu próprio ideal de homem 'realizado'".

Assim, teríamos o seguinte quadrado:



Esquema 4: Quadrado dos estilos discursivos de médico. Produção autoral

Nossos critérios para a análise são três, esquemática e gradualmente debatidos na introdução: 1) simetria dos diálogos; 2) tensividade; 3) regimes de interação. Assim, para falar de um estilo específico, o analisaremos sempre a partir desses três critérios para podermos caracterizá-lo como de um modo ou de outro, ou até mesmo como humanizado ou burocrático, emotivo ou indiferente.

Ao falarmos de simetria de diálogos, começamos com um princípio básico da análise da conversação, como já exposto anteriormente. Pensamos, então, esse conceito a partir de Marcuschi (1986), que define que, em diálogos simétricos, os falantes compartilham uma mesma posição hierárquica, falam de fato um com o outro (MARCHUSCHI, 1988, p. 58).

Ao introduzirmos a tensividade em nossa proposta, trazemos o conceito de Zilberberg (2011) e sua concepção do contínuo, que possibilita entender a presença de um objeto no campo do sujeito como sensível e inteligível simultaneamente. Assim, quando há um investimento prioritariamente inteligível, intelectual, ligado às coisas, por parte do médico, podemos dizer que a extensidade – do inteligível – está estendida, aberta, pois ela varia da concentração para a difusão. Já no aumento do sensível, quando ele se deixa sentir juntamente com o sujeito, que se move, de forma predominante, pelas paixões e pelos afetos, podemos dizer que a intensidade – do sensível – está impactante, elevada, uma vez que a intensidade permeia o gradiente do tênue para o impactante.

Por fim, no que concerne aos estilos dos regimes de interação que predominem o discurso, eles serão examinados a partir das seguintes possibilidades: 1) programação, como aquele regime ligado ao caráter estritamente burocrático de um questionário médico; 2) manipulação, como uma estratégia para fazer o paciente saber e/ou crer, querer e dever; 3) ajustamento, como aquele ligado ao contágio, do sentir junto, do fazer sentir; 4) acidente, como aquele fugitivo da segurança máxima. Dizemos "que predominem", pois sabemos que, em uma consulta, muitos imbricamentos podem acontecer, vários percursos discursivos podem se desdobrar e um médico de estilo humanizado pode, sim, se arriscar em um acidente ou até mesmo se comprometer em uma programação. O que caracteriza e forma seu estilo é, portanto, a predominância na totalidade de seus discursos.

Assim, por exemplo, se esperamos que a postura do médico seja humanizada, esperamos que, em sua prática, haja: diálogos simétricos; alta extensidade e alta intensidade, num equilíbrio entre sensível e inteligível, conforme mostraremos; e predominância dos regimes de ajustamento e manipulação, com domínio do primeiro, em que o outro é reconhecido como um sujeito. Isso indicaria o vínculo entre médico e paciente, a autonomia do paciente, a empatia e, ao mesmo tempo, uma responsabilidade compartilhada na tomada de decisões, tudo aquilo que é valorizado no Projeto Político Pedagógico já comentado.

Assim, quando afirmamos que o médico em conjunção com o valor "humano" corresponde ao *estilo humanizado*, pensamos em uma prática profissional que atenda à expertise esperada no curso em questão, mas que, ao mesmo tempo, se preocupe com o

paciente a ponto de colocá-lo sob escrutínio empático e atencioso, optando por escolhas enunciativas coerentes com seu paciente; ouvindo seu paciente; sendo claro e preciso em seus apontamentos e questionamentos; respeitando as questões sensíveis e particulares de cada um, em uma abordagem holística; expondo de maneira acessível suas orientações; e compartilhando responsabilidade sobre o plano de cuidados em respeito à autonomia do paciente.

Já, ao falarmos de disjunção com o valor "humano", temos o *estilo burocrático*, que consistiria exatamente no que a maioria da população talvez espere de um médico convencional: aquele que fala "difícil"; que faz poucas perguntas, geralmente interrompendo o paciente; que reduz o indivíduo a seu caráter biológico; e impõe orientações sem se questionar sobre o perfil social de seu paciente ou sobre os desejos e crenças de seu paciente. Aqui podemos perceber diálogos altamente assimétricos; intensidade tênue e extensidade difusa, já que o médico não vê o Outro, sempre, como sujeito e se guia pelo inteligível; e regimes majoritariamente de manipulação e programação - com domínio do primeiro -, que entendem o outro como objeto sobre o qual se deve agir ou ainda sujeito sobre o qual deve impor o seu poder-fazer. Tem-se aqui o médico preocupado com o objeto doença e não com o sujeito doente, em que a programação lhe permite identificar todos os sinais e sintomas que guiarão sua hipótese diagnóstica e o farão traçar um plano de cuidados, posterior e manipuladamente imposto ao paciente, na esperança de uma persuasão à adesão.

Dessa forma, pode-se dizer até que o médico de estilo burocrático pode, em momentos pontuais, arriscar certos ajustamentos ou desbravar alguns regimes de acidente, mas sua consulta é desenhada majoritariamente com a despreocupada programação e para que seja imposta finalmente uma manipulação que busca basicamente fazer o paciente crer que deve fazer o que o médico lhe diz, simplesmente porque ele o diz. Sem contágio. Sem o fazer sentir.

Algo que pode parecer semelhante a esse estilo – pelos diálogos também assimétricos, além da presença do regime de programação, neste caso, predominante –, mas que é diferente do estilo burocrático, é o *estilo indiferente*, uma vez que esse médico segue suas próprias concepções e se perde em um atendimento que julga correto a partir de seus próprios princípios, sem considerar a literatura médica ou ao menos o consenso da tradição do que

seria um atendimento minimamente qualificado. Ele é de fato indiferente ao outro, sendo esse outro o paciente, ou seus colegas médicos ou a sua própria profissão. Na indiferença, temos também diálogos altamente assimétricos; intensidade tênue e extensidade concentrada, tudo tendendo à nulidade; e regimes majoritariamente de programação, mas que podem cair no acidente, já que um modelo pessoal de conduta é seguido. Pode parecer contraditório tal estilo estar correlacionado à baixa intensidade e, ao mesmo, poder incorrer no acidente, que faz parte das interações mais sensíveis. No entanto, insistimos tratar-se de um estilo em que a programação é dominante, pois existe aqui um médico que se guia sempre por seus próprios protocolos, de forma metódica. É o fato de ignorar o outro que pode ser arriscado, possibilitando a ocorrência de um acidente não previsto. Uma vez que isso aconteça, a intensidade sofrerá um aumento abrupto.

O inteligível está concentrado, já que quase não há espaço para o outro; e não há contágio, caracterizando um sensível ainda mais tênue. Esse médico, na verdade, preocupa-se com sua própria trajetória, colocando-a acima do paciente, por desconsiderar as normas vigentes da medicina e traçar suas próprias diretrizes e seus próprios protocolos. Ainda que possa parecer humanizado, pelas práticas "alternativas" – termo malvisto na medicina, mas que esclarece o entendimento da questão no contexto retratado –, ele, na verdade, guia-se por si mesmo e programa seu atendimento não o centralizando no indivíduo e em suas necessidades, mas, sim, em seu conhecimento e sua expertise.

Por fim, um estilo que também pode ser interpretado como humanizado, pela nomenclatura que escolhemos, é o *estilo emotivo*, mas a esse estilo médico falta rigor técnico e malícia profissional para medir sua postura empática e seu caráter interventor e orientador. Assim, preocupado apenas com questões psicossociais, ele pode acabar não estabelecendo um plano de cuidados efetivo para a doença atual do paciente, perdendo seu atributo resolutivo, intrínseco à figura do médico. Nesse estilo, são presentes diálogos altamente simétricos; intensidade impactante e extensidade concentrada; e regimes majoritariamente de acidente e ajustamento. Trata-se de um médico guiado pelo afeto, de grande risco, já que de, algum modo, deixa-se levar pela interação, pelo momento.

De fato, ele sentirá e fará sentir também em grande medida, fazendo com que esse contágio eleve sobremaneira a intensidade da cena tensiva. Contudo, sem saber medir os

limites de seu ajustamento e em que medida entra a manipulação para fazer o paciente saber suas necessidades e seus deveres diante da doença, ele pode, facilmente, embarcar em acidentes arriscados que prejudicam seu atendimento e fazem com que seus diálogos, mesmo que simétricos, produzam uma cena emotiva, pouco profissional.

Dessa forma, temos a seguinte síntese:

Estilo	Diálogos	Tensividade	Regimes de interações predominantes
Humanizado	simétricos	intensidade impactante extensidade difusa	ajustamento manipulação
Burocrático	assimétricos	intensidade tênue extensidade difusa	programação manipulação
Emotivo	simétricos	intensidade impactante extensidade concentrada	ajustamento acidente
Indiferente	assimétricos	intensidade tênue extensidade concentrada	acidente programação

Tabela 1: Tipos de estilos discursivos de médico e suas principais características semióticas. Produção autoral.

Em nossa análise subsequente, perceberemos que é recorrente um roteiro influenciar a conduta do médico, desviando-a para o estilo mais burocrático e que a própria dosagem da empatia se torna um desafio, fazendo com que até o estilo indiferente possa arriscar uma interação. Contudo, é válido apontar para o conceito que já discutimos sobre estilo: ele se estabelece sobre uma totalidade (DISCINI, 2004, p. 36).

Assim, por mais que um médico possa estabelecer um ou outro regime de programação; produzir discursos de baixa intensidade e difusa extensidade; estabelecer diálogos assimétricos por vezes, vale a unidade de seus enunciados e discursos, ao classificar seu estilo.

2 IDENTIFICAR É AJUSTAR: PRIMEIRO CONTATO E IDENTIFICAÇÃO

A vida é a arte do encontro.

Vinicius de Moraes

A relação médico-paciente se dá majoritariamente no momento da anamnese. Este é o momento em que são trazidos à mente todos os acontecimentos que envolvem a doença, motivo da consulta (*aná* =trazer de novo; *mnesis* =memória) (PORTO, 2014, p. 46). Na realidade, é na anamnese que ocorrem os primeiros regimes de interação entre médico e paciente que lançam as bases de um vínculo caríssimo à medicina. Afinal, "na língua, o que há são relações" (FIORIN, 2016, P. 24).

De acordo com a referência utilizada pela turma de estudantes, a anamnese completa de uma primeira vez consistiria em: 1) Identificação, 2) História da Moléstia Atual, 3) Interrogatório Sintomatológico de Diversos Sistemas, 4) Antecedentes Pessoais e Familiares, 5) Hábitos de Vida, Hipótese Diagnóstica e Plano de Cuidados. Cada um dos primeiros 5 itens consiste em uma série de perguntas qualificadas a fim de auxiliar o médico a estabelecer sua Hipótese Diagnóstica e traçar seu Plano de Cuidados.

Nossa análise será dividida de acordo com essas seções da anamnese prevista pela ementa da Unidade Educacional. Acreditamos que essa divisão, ao invés de temática, por exemplo, auxiliaria a seguir a cronologia da interação e, de certa forma, os temas acabam sendo seccionados por consequência ao padrão de perguntas.

Ao longo do texto, ainda elucidaremos mais pontos do arcabouço teórico a fim de ancorar nossa dissertação e a fundamentar semioticamente.

É importante dizer que entenderemos as simulações como cenas textualizadas por meio de gravações realizadas por Google Meeting, organizadas por diferentes estratégias: a médica e a didática. Ambas buscando uma prática médica humanizada.

2.1 PRIMEIRO CONTATO

No primeiro momento do atendimento médico, seja ele uma primeira vez seja uma consulta de retorno, temos os primeiros enunciados que o sujeito da enunciação estabelece, nessa "colocação em funcionamento da língua por um ato individual de utilização" (BENVENISTE, 1974, p. 80). Ocorre, segundo Fiorin (2016, p. 37), um processo de personificação que permite que um ser se torne enunciador e instaure como enunciatário também outro ser, dirigindo-se a ele.

É um primeiro instante para o estabelecimento do vínculo médico-paciente que regerá a maior parte, se não a totalidade, das interações do atendimento. Partindo de uma análise dos filósofos gregos, sobretudo Platão, Kierkegaard (2013, p. 89) indica que o instante seria um ente raro entre movimento e repouso, sem ser algo no tempo, mas que ao mesmo tempo é com ele que qualquer história se inicia (2013, p. 94). Desse modo, seja nesse primeiro contato, sejam em qualquer instante do atendimento, existem várias histórias – interações discursivas – em possibilidade.

Assim, em uma sucessão de instantes, tem-se o futuro numa simples continuidade com o presente (KIERKEGAARD, 2013, p. 96). É como se, a cada instante, se tornasse possível uma interação, uma ou outra direção; a continuidade pelos mesmos regimes ou a mudança para outros, de modo a se adequar a um determinado estilo. Kierkegaard mesmo aponta que "se me angustio por um infortúnio passado, não é por aquilo que passou, mas sim por algo que pode vir a repetir-se" (2013, p. 97). Logo, é possível pela sucessão cronológica dos instantes e de suas consequentes interações modular nosso estilo.

Nesse sentido, Landowski (2012, p. 66) escreve que

Semioticamente falando, só há espaço-tempo em função da competência específica de sujeitos que, para se reconhecerem, e antes de mais nada, para se construírem a si próprios enquanto tais, têm de construir também, entre outras coisas, a dimensão "temporal" de seu devir e o quadro "espacial" de sua presença para si e para o Outro.

Para o autor, então, todos os instantes a que se refere Kierkegaard seriam uma relação do sujeito com um aqui-agora, incessantemente redefinível, que teria como contraparte a construção do *eu* (2012, p. 71). Aqui consideremos o *eu* como o próprio estilo, como recorte e teremos nossa proposta acima ratificada no sentido de que, ao longo de um atendimento, ou mesmo de uma carreira toda, o médico estaria em uma viagem constante perseguindo seu estilo e o construindo.

Dessa forma, ao se dirigirem um para o outro, médico e paciente podem, nesse primeiro contato, arriscar-se em estabelecer qualquer um dos quatro regimes de interação propostos por Eric Landowski (2014, p. 80): a programação, fundada na regularidade; o acidente, na aleatoriedade; a manipulação na intencionalidade; e o ajustamento, na sensibilidade. A princípio, num meio que elege como valor fundamental o “humano”, espera-se que, em ajustamento, ambos assumam papéis temáticos humanizados, colaborando ativamente para a compreensão da doença e mudança de postura no plano de cuidados. No mesmo sentido, espera-se um contágio entre médico e paciente que faça ambos cursarem um ajustamento, na medida em que fazem um ao outro sentirem as necessidades de saúde deste e as responsabilidades profissionais daquele. Manipulação e acidente podem ocorrer, mas, em doses muito elevadas, não seriam adequados a um projeto de curso que busca diálogos horizontais, simétricos e contratualistas.

Ainda é importante trazer à análise as competências a partir das quais o *éthos* do enunciador é projetado, direcionando-se a um *páthos*, a fim de alcançar seus objetivos profissionais. Nesse sentido, Fiorin (2016, p. 27-28) elenca essas competências como sendo as seguintes: linguística, discursiva, textual, interdiscursiva, intertextual, pragmática e situacional, sendo que elas podem ser menos ou mais comuns a enunciador ou enunciatário e, conseqüentemente, tornar mais ou menos assimétricos os diálogos e, no caso estudado, dotar o médico de um estilo mais ou menos humanizado.

Se olharmos para essa questão a partir de Greimas (2014, p. 36-37), percebemos que, nesse produto da enunciação, o próprio enunciado (aquilo que se diz), há um valor que manifesta e determina um objeto. Dessa forma, ao conduzir o paciente por um questionário extenso, o médico investe atenção às suas escolhas enunciativas a fim de mobilizar seu paciente a estabelecer um vínculo que o manipula a colaborar com as perguntas e, ao final,

com o plano de cuidados. Logo, teríamos uma manipulação – fazer crer – ancorada por um ajustamento – mobilização de dores e crenças.

Pensemos, então, nas várias estratégias presentes no quinto nível de pertinência do modelo de Fontanille que os estudantes acionarão, a partir daqui, nessa cena predicativa, a fim de que seu discurso seja interpretado como humanizado e centrado no paciente. Ao analisar a consulta de uma estudante (Estudante 1) avaliada como empática por seus pares, perceberemos que, em suas práticas discursivas, estão palavras como "compreendo", "entendo", bem como sua linguagem corporal está mais voltada ao contágio quando ela sorri e ri em momentos de descontração e semicerra os olhos ou comprime os lábios em momentos delicados de enunciados tristes, traumáticos ou ansiosos do paciente. Isso aponta para uma estratégia humanizante de atendimento médico.

Na mesma lógica, esse fazer-crer colaborativo às perguntas e esse fazer aderir ao plano de cuidados envolvem o conceito de performance, que, por sua vez, evoca o de competência para a ação – definida como o *querer e/ou poder e/ou saber-fazer* do sujeito que são pressupostos por seu fazer performático (GREIMAS, 2014, p. 65). Para conseguir colaborar com a anamnese e aderir ao plano de cuidados (concluir sua performance), o paciente deveria ser modalizado – tendo seu predicado modificado pelo sujeito – pelo médico a desenvolver competências desse fazer-ser e fazer-fazer.

Por isso é compreensível quando uma estudante, avaliando a simulação de sua colega Estudante 1, diz:

Estudante 8: "Eu acho você incrível, a maneira super empática que você conduz".

Pois, em se tratando de um estilo mais humanizado e diálogos mais simétricos, tenta-se equiparar as competências, ou pelo menos intercambiar seus elementos, por meio da empatia, em uma manipulação ancorada no ajustamento.

Nesse percurso, há várias tomadas de posição em relação ao mundo percebido, e Jacques Fontanille (2019, p. 187-188) busca organizar essa experiência do discurso, dividindo

em três as dimensões da nossa atividade de linguagem: ação, paixão e cognição. Segundo o próprio autor (2019, p. 189): "o discurso pode, ao mesmo tempo, manifestar percursos acabados, emoções e tensões afetivas".

Na tensividade (ZILBERBERG, 2011, p. 69) – composta pela intensidade e pela extensidade, conforme já explicado –, os atores da cena podem tomar várias posições, dotando o ato comunicativo da possibilidade do acontecimento, do irrompimento e do imbricamento de esquemas dos mais variados, tendo em vista os quatro esquemas elementares de tensão: 1) a decadência: diminuição da intensidade combinada com o desdobramento da extensão; 2) a ascendência: o aumento da intensidade com a redução da extensão; 3) a amplificação: o aumento da intensidade combinado com o desdobramento da extensão; e 4) atenuação: a diminuição da intensidade combinada com a redução da extensão (FONTANILLE, 2019, p. 111-112).

Um dos exemplos mais expressivos do material coletado de um esquema de tensão ocorre justamente ao início do atendimento, quando certos estudantes lutam para vencer sua ansiedade com palavras balbuciadas, desvios de olhares, coçar das mãos e dos lábios, pegar dos cabelos e interjeições. Aqui podemos, ao menos no parecer, ter tanto um esquema de decadência – diminuição da intensidade com o desdobramento da extensão –, na medida em que as paixões se diminuem ao máximo em um ausente completo de contágio; quanto um de atenuação – diminuição da intensidade com a redução da extensão. (FONTANILLE, 2019, p. 112). O facilitador percebe essa dificuldade dos estudantes e pontua:

Facilitador: "Isso [aparentar tranquilidade] ajuda muito na relação médico-paciente, sempre ajuda muito a segurar o paciente, se sentir seguro. Mesmo que eu esteja preso por algum motivo externo à consulta com paciente, você tem que ficar tranquilo, é importante entrar no consultório e aí veste a persona de médico..."

Sair-se bem é sobretudo em um primeiro momento parecer calmo, no controle do atendimento e da relação médico-paciente. Como no quadrado da veridicção de Greimas (2014, p. 66), na interação, o parecer calmo e o não-ser tratariam de uma mentira que

cumpriria a função do médico em sua performance profissional, pois, segundo o mesmo autor (2014, p. 27):

De fato, se a comunicação não é uma simples transferência de saber, mas um empreendimento de persuasão e de interpretação situado no interior de uma estrutura polêmico-contratual, ela está fundada na relação fiduciária dominada pelas instâncias mais explícitas do fazer-creer e do creer, em que a confiança nos homens e em seu dizer conta certamente mais que as frases "bem-feitas" ou que a verdade concebida como uma referência exterior.

Caberia perceber dentro da cena predicativa de que modo estão inseridas as estratégias que os estudantes abraçam e em quais investem a fim de alcançar essa postura que deles é esperada. Se está na maneira como iniciam o atendimento:

Estudante 1: Bom dia, meu nome é _____ sou estudante de medicina do segundo ano da _____, como você tá?

Ou ainda em como finalizam:

Afonso: tá certo, dr., muito obrigado.

Estudante: imagina, eu que agradeço.

Podemos depreender ao longo das simulações uma certa ansiedade coletiva em parecer estar calmo, vendo que os estudantes tranquilizam-se a si mesmos a partir de enunciados internalizados e tidos como obrigatórios dentro de seu roteiro, sendo perceptível que após a enunciação desses, a cena tensiva cresce e alguns ficam desconcertados, tendo que voltar ao roteiro para ver de onde podem dar seguimento ao atendimento.

Na construção de seu estilo, então, iniciam-se aqui as escolhas enunciativas (mais ou menos conscientes) que remetem à tranquilidade, calma e segurança. Nas palavras da avaliação do facilitador, essa "persona" seria como uma roupa que se veste e depois pode ser despida conforme a necessidade da prática profissional. O objetivo principal inicial seria, então, o de uma intensidade tênue por parte do médico, em que o corpo invade o campo de presença sobretudo a partir do tempo e do espaço.

Facilitador: "Você estava ansiosa, porque a ansiedade é um recurso de defesa inato do nosso organismo, isso é da ancestralidade. Acho que você controlou bem sua ansiedade basal e o paciente não percebeu que você estava ansiosa".

Aqui percebemos um discurso que aponta para que o médico se aproprie do campo de presença com naturalidade e força, pois, afinal é na relação com o Outro que definimos a imagem de nós mesmos e do ser no mundo (LANDOWSKI, 2012, p. 52). E o paciente não perceber é o mais importante, mesmo que isso configure um segredo em nosso quadrado da verdade. Vale ressaltar que se espera que o médico faça escolhas enunciativas que se pautem pela verossimilhança da tranquilidade de sua cultura, a partir das palavras e dos gestos que ratifiquem essa postura, uma vez que "cada cultura tem sua própria representação do sentido da ação ou, de uma forma mais abrangente, seus próprios esquemas do 'sentido da vida'" (FONTANILLE, 2019, p. 123). Assim, não se espera do médico um discurso verdadeiro, mas um que gere o sentido e a sensação de tranquilidade como "verdadeira".

Aqui, já podemos começar a traçar como a sociedade espera que seja um atendimento médico. Isso fica ainda mais evidente, quando partimos do último nível de pertinência proposto por Fontanille em um esquema de condensação para entender de que forma os estudantes construirão seus atendimentos para corresponder a essas expectativas. Afinal, segundo Fontanille (2015, p. 7), as formas de vida afirmam e determinam o sentido da vida que assumimos e as condutas que adotamos, proporcionando as identidades e as razões de existirmos e de agirmos nesse mundo.

Nessa perspectiva, Landowski (2012, p. 192) também pensa em figuras que exigem certa dramaturgia em seus ofícios (como próprios dramaturgos ou até mesmo políticos), e formula que "todo ator, no qual ele se produz, pode procurar se tornar visível, reconhecível e 'amável' se possível, em todo caso presente diante de seu público". Assim, podemos pensar nesse médico que procura se tornar tranquila e seguramente presente diante de seu paciente, mediante sua apresentação em três planos teoricamente distintos: fazendo-se ver em cena, no cumprimento de seu papel como profissional da saúde inscrito no interior do atendimento médico; intervindo no espaço da sala "como parceiro de uma interação que tem vocação para ser vivida em união estreita com a assistência" (LANDOWSKI, 2012, p. 192); e, por fim,

mostrando-se para a sociedade, de acordo com seu *totus* formativo de seu estilo e sua reputação como médico seguro e tranquilo.

2.2 IDENTIFICAÇÃO: OPORTUNIDADE DE VÍNCULO A PARTIR DOS PAPÉIS ASSUMIDOS PELO SUJEITO DA ENUNCIÇÃO

Na literatura médica, há várias formas levemente diferentes entre si de estrutura para uma anamnese, contudo, nenhuma parte de outro lugar que não a identificação. Porto (2014, p. 48) define a primeira seção da anamnese como "perfil sociodemográfico que possibilita a interpretação dos dados individuais e coletivos do paciente" e elenca os pontos a serem investigados: nome; idade; sexo/gênero; cor/etnia; estado civil; local de trabalho; naturalidade; procedência; residência; nome da mãe; nome do responsável, cuidador e/ou acompanhante; religião; filiação a órgãos/instituições previdenciárias e planos de saúde.

Se considerarmos um contexto em que se formam médicos com estilo humanizado de atendimento, a identificação bem realizada tem potencial para estabelecer vínculos e possibilitar regimes interativos pautados na sensibilidade. Ao discutir com os estudantes sobre essa questão, o facilitador expõe:

Facilitador: "Sobre a questão de se identificar, eu vou reforçar a identificação tanto nossa como a identificação do paciente. Às vezes, a gente se apresenta muito rapidamente para o paciente depois perguntar 'dr., como é seu nome mesmo?' Então, a identificação é muito importante para o primeiro contato com o paciente para estabelecer um vínculo bacana de médico para paciente, bilateral. Com muita atenção: 'bom dia', 'boa tarde', 'o meu nome é João, eu sou estudante do segundo ano de medicina'; olha no prontuário o nome dele e chama pelo nome, para mostrar que você prestou atenção no nome dele, olhando para uma pessoa na frente dele, tem muito essa coisa de achar que o médico só vê o número de um paciente..."

Percebemos nessa fala um caráter cultural exposto em nossa hipótese de que a sociedade prevê em um médico, muitas vezes, uma postura distante da realidade do paciente, olhando apenas para sua doença, reduzindo seu discurso a ela – chegando aqui até a um apagamento identitário completo na substituição do nome por um número de prontuário, que

corresponde ao apagamento do sujeito, como numa programação. É interessante, portanto, perceber que há esse cuidado em orientar os estudantes a iniciarem o atendimento voltados à produção de um *éthos* e um *páthos* que façam com que o paciente se sinta acolhido e confortável em discutir sobre sua vida como um todo.

Já nesse momento, começamos a perceber certas dificuldades enfrentadas pelos estudantes tanto em estabelecer um primeiro contato, quanto em como conduzir as perguntas de identificação, encaixando-as em seus roteiros, bem como dotando-as de seu verdadeiro valor.

A problemática se inicia a partir da primeira etapa da identificação:

Facilitador: "A identificação tanto nossa quanto do paciente"

A identificação do médico é potente, pois reforçará o estereótipo de assimetria ou iniciará de maneira horizontal o contato da relação. Até a maneira com que o médico se identifica pode reger as interações do atendimento; se se caracteriza de maneira muito rotulada, há fortes chances de a programação orientar todo o restante dos discursos.

Observemos:

Estudante 2: "Eu não consigo resolver muito os problemas, mas eu posso conversar com meu professor."

Quando o estudante de segundo ano enuncia suas dificuldades de resolutividade, um possível regime de acidente pode distanciar os diálogos, uma vez que o paciente verá o futuro médico como aprendiz incapaz (sem o saber-fazer) ao invés de indivíduo em formação profissional com atributos e dificuldades a serem vencidas – como ocorre com todo profissional, haja vista.

Ponderemos: é natural esse sentimento em um estudante no início de sua graduação e nossa intenção aqui está aquém das indulgências. Porém, esse caso levanta o disparador para refletirmos a importância da enunciação de como se identifica esse enunciador em um

primeiro momento. É um discurso de tensão que pode endossar regimes quase incontornáveis durante aqueles 30, 60 minutos de atendimento.

Contudo, fica evidente que ao esquema de condensação, as estratégias abraçadas para corresponder – ou nas palavras do próprio teórico (FONTANILLE, 2015, p. 31), perseverar – ao estilo de vida que dá sentido ao que é ser médico na sociedade. Ao observarmos que os estudantes buscam difundir a extensidade e impactar a intensidade, percebemos que eles, por meio de estratégias humanizadas, perseveram, ao mesmo tempo que buscam selecionar o valor empático a fim de "deformar" coerentemente essa forma de vida, tida socialmente como distante, divinizada.

Afinal, Fontanille (2015a, p. 78) estabelece que uma forma de vida se define: 1) por sua recorrência e coerência nos comportamentos e no projeto de vida do sujeito; 2) por sua permanência, tornando-se o centro de referência da forma de vida; e 3) pela seleção congruente que ela causa em todos os níveis do percurso de individualização semiótico, notadamente os níveis sensível, passional, axiológico, discursivo e aspectual.

Nesse mesmo contexto e a partir da sequência abaixo, podemos delinear um outro problema:

Estudante 7: "Antes de começar, eu vou só fazer umas perguntas sobre identificação, tá bom?"

Estudante 1: "Ô Vanusa, umas perguntinhas bem rapidinhas aqui só para fazer uma identificação"

Estudante 2: "Eu vou fazer umas perguntas e depois a gente conversa um pouco mais livre, tá bom?"

A partir de todas as simulações gravadas, percebemos que a parte da identificação é vista pelos estudantes como algo puramente burocrático ou até mesmo prévio ao atendimento em si, como se os pacientes estivessem em um momento de triagem ou catalogação. Os termos "só", "perguntinhas", "conversa mais livre" causam no paciente uma sensação de que aquelas perguntas fazem parte de um roteiro que se engessa no início e "desengessa" ao final. A problemática, que começa com a desvalorização simbólica dessa etapa, perpassa a falsa

ilusão de que o restante do atendimento não está previamente roteirizado nos tratados médicos de semiologia.

É compreensível que os estudantes partam desse ponto, uma vez que há de se levar em conta as paixões que perpassam o início de um atendimento, com uma possível intensidade forte, com base nas expectativas de uma conduta que leve à cura por parte do paciente, e em um desejo de se estabelecer um diagnóstico correto para um plano de cuidados bem-sucedido; contudo, é importante lembrar que, nesse momento, a fim de que seja produzido um estilo humanizado de médico, seria importante conduzir as perguntas de uma maneira que elas estabelecessem um ajustamento ou, ao menos, uma oscilação entre ajustamento e manipulação entre médico e paciente, para que houvesse o início de um esquema passional de acolhimento.

Podemos convir que, em um momento inicial de acolhimento e estabelecimento de vínculo, por mais que a intensidade seja forte e a extensidade concentrada em um momento de pouca intimidade e muita expectativa, para um atendimento humanizado, o esperado seria envolver o paciente em um contrato fiduciário de segurança e cuidado, expandindo também a extensidade.

É o momento próprio para contagiar o paciente ou utilizar estratégias enunciativas – desde o que se perguntar até a maneira pela qual se pergunta – que corroborem com um *páthos* de um enunciatário autônomo e coparticipativo do cuidado de sua saúde.

Identificar o paciente está longe do que seria conhecer sua identidade, mas nem tanto. Se as perguntas são organizadas e articuladas, mobilizando sentimentos e emoções por ajustamento ou, em menor dose, manipulação, é possível ir além da superficialidade da pergunta "qual o seu nome", questionando o paciente acerca de sua própria identidade. Landowski (2012, p. 54), diz que "questionar alguém em sua identidade é ao mesmo tempo *provocá-lo* a ser ele mesmo, é incitá-lo e quase forçá-lo a se escolher decididamente outro". Assim, um estilo humanizado poderia ser aquele que se estabelece já na identificação, buscando não fazer "só" "umas perguntinhas", mas sim aprofundar sua elaboração de seu *páthos*, enxergando o paciente como sujeito da enunciação juntamente com ele.

2.3 O *ÉTHOS* DO MÉDICO FRENTE A QUESTÕES DELICADAS DE IDENTIFICAÇÃO

Um momento relevante a ser observado nas simulações corresponde ao das perguntas sobre questões identitárias em atual estágio de releituras sociais, como os itens "cor/etnia" e "sexo/gênero". Nesses momentos, percebeu-se, na maioria das simulações, certa hesitação em balbuciadas para escolher as melhores palavras na hora de enunciar a questão:

Estudante 7: "De qual sexo você se considera?"

Estudante 7: "De que cor você se considera?"

Na transitividade pronominal, o verbo considerar significa "julgar-se" ou "imaginar-se", o que implica um caráter mais subjetivo dessa questão identitária em relação às outras. Não se perguntaria, imaginamos, "de qual cidade você se considera?". Isso reflete as discussões ideológicas que envolvem essas questões, sobretudo no Brasil de 2022. O facilitador delinea isso bem em uma de suas análises:

Facilitador: "Se o paciente fala a cor, ele está autodeclarando, então não precisa perguntar assim. É só dizer 'qual sua cor?'"

Nesse momento, é perceptível na maioria das simulações uma insegurança e falta de domínio também acerca de como abordar questões em atual e intensa mudança social. E como dito previamente, se se nota certa insegurança por parte do médico, a intensidade pode ir se fortalecendo à medida que a extensidade vai recrudescendo. Um aumento muito grande e brusco da intensidade e redução exacerbada da extensidade, a depender do caso, pode enfraquecer o vínculo e dissolver o contrato fiduciário entre as partes, no sentido de que, se os estados de alma se introspectam para si mesmos, os esquemas de interação podem se tornar da ordem da programação ou cair no acidente, e as dificuldades do ajustamento e da manipulação se tornam maiores em número e complexidade.

Há também que se levar em consideração que termos como "autodeclarar" ou até mesmo "considerar-se de uma cor" geraram estranhamento significativo nos pacientes simulados, uma vez que se há falta de entendimento pela própria classe especializada, naturalmente espera-se que, para a maioria da população, muitas vezes com baixa

escolaridade, os termos não façam sentido. Para responder uma dessas perguntas de "se considerar", uma das pacientes-atrizes respondeu:

Vanusa: "Hum, acho que branca".

Assim, lembremos que "quanto maior for a intersecção entre os subcódigos do remetente e do destinatário, mais bem-sucedida será a comunicação." (FIORIN, 2021, p. 31). Se falamos de destinador (enunciador) e destinatário (enunciatário) como sujeito da enunciação, fica evidente que as escolhas enunciativas devem ser propostas e elaboradas de acordo com um *páthos* projetado – escolhas essas que podem muito bem cair em um regime de acidente, como quando um médico atende outro profissional da saúde, por exemplo, e o descobre como tal no momento da identificação.

Aqui, o facilitador também remonta à ideia de naturalidade e tranquilidade, que comentara em outro apontamento:

Facilitador: "O sexo é algo que você pode inferir biologicamente pela aparência. Mas o gênero é que é aquela questão de como fazer algumas perguntas, né? Tem que saber perguntar com muita naturalidade. 'Qual o seu gênero?'"

Nesses casos simulados, lembremos que os dois pacientes cujos atendimentos estão em análise são: Afonso, 65 anos, com ensino superior completo (graduação em Direito); e Vanusa, 16 anos, no 8º ano do fundamental.

Portanto, reiteramos a complexidade que recobre o *éthos*, mas principalmente o *páthos*, uma vez que tanto enunciador quanto enunciatário precisam comparar conhecimentos, valores e crenças das competências semânticas dos sujeitos em jogo na comunicação (FIORIN, 2021, p. 49). Isso porque, de acordo com Fiorin (2020), há duas restrições que determinam a enunciação: o sistema da língua e os limites de caráter sociocultural. Logo, a identificação caracteriza bem esses limites e lança as bases para um atendimento qualificado e humanizado, pois "não é com 'representações' ou com um pensamento que em primeiro lugar eu comunico, mas com um sujeito falante, com um certo estilo de ser e com o 'mundo' que ele visa" (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 249).

Há de se considerar que a expectativa da maioria dos pacientes atualmente é a de um médico de estilo burocrático, em que há completa submissão do paciente ao médico e a tomada de decisão é somente do médico, com regimes de manipulação e um pouco de programação majoritários e diálogos assimétricos. A partir daí, o médico que deseja ter uma conduta avaliada como humanizada precisa transformar esse simulacro por meio das tensões e dos regimes de interação que envolvem um atendimento.

Ou ainda, como já pontuamos, romper a linearidade da forma de vida de um médico “padrão”, imprimindo valores humanizados em seu discurso a fim de que, de uma forma ascendente, produza significados humanizados em uma cena predicativa a partir de estratégias que “deformem” o *status quo* social.

Porém, enunciados como os apresentados a seguir acabam fechando o diálogo e indo de encontro com estratégias discursivas que alterem a forma de vida estabelecida de médico e produzam um estilo humanizado. São perguntas fechadas ou até mesmo optativas que podem silenciar e até mesmo apagar a identidade de uma pessoa no momento da identificação e do estabelecimento do vínculo:

Estudante 2: "Só estuda, né?"

Estudante 5: "Segue alguma profissão ou só estuda?"

Estudante 7: "É solteira ou já foi casada?"

Estudante 7: "Morou só aqui em Florealva ou já morou em alguma outra cidade?"

Consideremos que, numa formação humanizada, seja esperada nesse momento, ao menos, uma oscilação entre manipulação e ajustamento, que parta do *fazer sentir-se ouvido, valorizado* e do contato mais direto entre corpos que sentem e corpos sentidos para o estabelecimento do vínculo, de modo que o paciente sinta que o médico está preocupado com a sua história, seus medos, suas crenças, seus valores e suas ambições. Nesse caso, a melhor

maneira para se alcançar esses objetivos se dá por meio de perguntas abertas e de uma escuta ativa, preocupada com a história subjetiva da identidade desse indivíduo.

Por fim, após vencer as "burocracias" de uma identificação, podemos perceber um alívio na extensidade e abertura da intensidade por meio de frases que se repetem nas diferentes simulações:

Estudante 2: "Então vamos começar"

Estudante 1: "Então vamo lá"

Estudante 7: "Por enquanto é isso, agora quero que o senhor fique à vontade para conversar sobre o que senhor quiser comigo, tá?"

Em um esquema de atenuação, médico e paciente sentem-se prontos para discutir o motivo da consulta, inflando-o de um peso maior que a própria identidade de ambos. Novamente, é curioso perceber a interpretação de boa parte dos estudantes sobre o formato da identificação em comparação com o restante da anamnese, uma vez que o roteiro existe – e sugere-se que se siga – para todas as etapas. Ou seja: o início já passou no momento em que alguns dizem "vamos começar" e o paciente já deveria estar "à vontade" para conversar sobre o que ele tivesse desejado na identificação. Há algo sobre o qual se deva estar mais à vontade para falar do que sua cor, seu gênero, sua cidade natal, sua idade? Há algo mais informativo sobre o indivíduo do que essas informações? Na tentativa de humanizar o atendimento, essas informações parecem ser das mais importantes e potentes para um ajustamento entre médico e paciente e, conseqüentemente, um atendimento qualificado com o paciente no centro do cuidado de sua saúde.

"Fica à vontade para fazer as perguntas", conclui o paciente.

3 ENTÃO VAMOS LÁ: ANAMESE

A comunicação é instantânea porque, em certo sentido, ela não existe.

Pierre Bourdieu

Após o primeiro contato e a ficha burocrática da identificação, os estudantes podem agora explorar as questões sobre a queixa que trouxe o paciente até o atendimento. São os itens: Queixa Principal, História da Doença Atual, Interrogatório Sintomatológico dos Diversos Sistemas, Antecedentes Pessoais e Familiares e Hábitos e Estilo de Vida – previstos por Porto (2014).

3.1 NAS PALAVRAS DO PACIENTE: A QUEIXA PRINCIPAL

Na sequência prevista pelos tratados de semiologia, a "Queixa Principal" seja talvez a mais interessante do ponto de vista do registro escrito, uma vez que a instrução geral é que seja registrada nas exatas palavras do paciente. De acordo com Porto (2014, p. 50), "é uma afirmação breve e espontânea, geralmente um sinal ou um sintoma, suscitador nas próprias palavras da pessoa, que descreve o motivo da consulta. Geralmente, é uma anotação entre aspas para indicar que se trata das palavras exatas do paciente".

Aqui, portanto, não se inicia ainda o processo caro a esta pesquisa de tradução dos termos referidos pelo paciente para a linguagem da literatura técnica da medicina. Todavia, é importante trazer ao texto o conceito de tradução preconizado por Renata Mancini (2020), em que ela estabelece que o fazer tradutório seria um complexo bifurcado em dois: um interpretativo e um persuasivo. Assim, ao traduzir um termo para seu paciente, o estudante ou até mesmo o médico abraçaria dois processos consecutivos: o de compreender a palavra que se traduz e em seguida buscar fazer saber do que ela se trata a partir de suas melhores ginásticas e escolhas enunciativas. Logo, traduzir é sempre reenunciar numa nova situação de comunicação.

Não obstante, aqui ainda trata-se mesmo de um momento pontual, mas de importância nevrálgica para o atendimento, pois é o momento em que se pergunta ao paciente: "qual o motivo da consulta".

Estudante 1: "O que que tá te incomodando? O que te trouxe até aqui hoje?"

Estudante 2: "O que te trouxe aqui hoje? Como posso ajudar?"

Estudante 7: "O que te incomoda? Por que você procurou a unidade?"

Todos os estudantes analisados pareceram compreender os enunciados previstos pelos roteiros nesse item da anamnese. Percebemos a partir desse ponto o interesse pelo escrutínio da dor um pouco mais intenso. Por mais que partam de um esquema de atenuação, aqui, percebemos um pouco mais de intencionalidade no momento das perguntas. Uma espécie de interesse revelado na entonação vocálica, marcada por acentos tônicos principalmente nos pronomes reflexivos referentes ao enunciatário.

A partir dessa observação, podemos reforçar o apontamento do perigo em olhar para o paciente como corpo-objeto e "programar sua cura remetendo aos efeitos fisiológicos previsíveis, uma vez experimentalmente estabelecidos, dos medicamentos apropriados" (LANDOWSKI, 2014, p. 34). É notável a diferença que pode ocorrer diante das duas perguntas propostas: "O que te trouxe aqui hoje?" e "Como posso te ajudar?". Na primeira, observamos um caráter resolutivo preocupado com um corpo-objeto e na segunda um caráter humano atento para um corpo-sujeito com necessidades de saúde. Ponderamos que apenas a última revela um estilo mais humanizado.

Neste ponto, perdemos alcance em nossa análise, pois, ainda que nosso objetivo não seja examinar as falas dos atores-pacientes, o fato de as respostas serem decoradas não dá margem para certos riscos próprios de uma interação médico-paciente. Já preparado para responder a certas perguntas com disparadores educacionais, haveria quase nenhuma diferença entre "O que te trouxe aqui hoje?" e "Como posso te ajudar?". Com suas falas decoradas, Afonso responde em todas as simulações:

Afonso: "Então, Dr., tava tudo bem até ontem à tarde, quando senti uma dor pontada no peito. Nunca senti isso, por isso que eu entrei em contato."

Já Vanusa relata:

Vanusa: "Então, 5 dias atrás eu comecei a sentir uma dor embaixo da barriga assim e ela não tem passado, tem piorado na verdade."

E os estudantes registram quase de maneira idêntica nas histórias clínicas "dor forte no peito" e "dor embaixo da barriga". É evidente que tais termos não correspondem à maneira mais qualificada de acordo com a linguagem técnica de um médico, porém é assim que os tratados de Semiologia Médica preveem e é interessante pensar sobre a riqueza que isso traz ao registro escrito de um atendimento.

Registrar dessa forma nos remete a Merleau-Ponty quando elabora que "sentirei na exata medida que coincido com o sentido" (2018, p. 23). Assim, o paciente relatará apenas sua sensação do que o acomete a partir do que conhece do mundo, pois está preso a ele a partir de sua experiência viva (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 25). É a partir desse pensamento que podemos validar a riqueza de se registrar em pelo menos alguma parte da história clínica um discurso nas palavras do próprio sujeito de que se cuida e que se analisa.

Ademais, conforme Merleau-Ponty mesmo pontua, "não há definição fisiológica da sensação e, mais geralmente, não há psicologia fisiológica autônoma porque o próprio acontecimento fisiológico obedece a leis biológicas e psicológicas" (2018, p. 31). Dessa forma, a ciência apenas introduziria sensações onde já existiriam conjuntos significativos, sujeitando o universo fenomenal a categorias apenas exigidas no universo da ciência (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 33). Nesse sentido, o paciente Afonso dificilmente diria que o motivo de sua consulta era uma síndrome clínica de desconforto ou pressão precordial decorrente de isquemia miocárdica transitória sem infarto, ou uma angina. A partir de sua experiência fenomenológica, diz "senti uma pontada no peito".

Logo, por mais que o diagnóstico possa ser diferente do motivo da consulta, as motivações do paciente para a consulta podem dizer muito mais sobre ele do que sobre sua condição: corpo-sujeito em oposição a um corpo-objeto.

O próprio facilitador diz a seus estudantes:

Facilitador: Experiência dolorosa é extremamente individual a partir da experiência individual de cada um.

A isso podemos associar as palavras de Merleau-Ponty (2018, p. 269):

Quer se trate do corpo do outro ou de meu próprio corpo, não tenho outro meio de conhecer o corpo humano senão vivê-lo, quer dizer, retomar minha conta o drama que o transpassa e confundir-me com ele.

Em "Confundir-me com ele", estaríamos falando de nada menos que um contágio envolvido em um simples e poderoso regime de ajustamento. Ajustar-se aqui seria imprescindível para traçar, para além dos signos, uma dor que nunca se sentiu possivelmente. Distante completamente da programação, segundo Merleau-Ponty (2018, p. 211), sentir junto, corpo a corpo, deforma tanto signo quanto significação e mascara a relação orgânica entre sujeito e mundo, "a transcendência ativa da consciência, o movimento pelo qual ela se lança em uma coisa e em um mundo por meio de seus órgãos e de seus instrumentos". Pois aqui não teríamos apenas uma interpretação inteligível do sensível. Teríamos sensível apreendendo sensível.

Afinal, o corpo seria um nó de significações vivas e não a lei de um certo número de termos covariantes (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 210). O indivíduo seria, então, mais do que seu caráter biológico e deveria ser compreendido dessa forma, de maneira integral e humanizada. E apenas a partir de um ajustamento, do contágio, é que um médico conseguiria sentir junto com seu paciente sua dor.

Nessa medida, ainda vale apontar para um enunciado que revela ainda um distanciamento em relação ao estilo humanizado de médico:

Estudante 5: "Qual foi a queixa principal do retorno?"

Ao perguntar dessa maneira, o paciente pode não se sentir seguro para identificar o que seria uma queixa principal, termo presente no roteiro médico que pouco ou quase nada pode significar ao enunciatário. Aqui, começamos a perceber algo que se repete muito em atendimentos médicos e que pode aumentar as assimetrias nos diálogos e imbricar em regimes de programação e de acidente: a utilização de termos tecnicamente médicos – seja pela naturalização entre o meio profissional seja pela própria falta de sensibilidade em utilizá-los sem compreender o *páthos* de seu enunciatário – ao se dirigirem a pessoas leigas.

3.2 OS SUBCÓDIGOS NOS ESTILOS DE MÉDICO: A HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Talvez o item prioritário para a maioria dos médicos, a história da doença atual é o registro cronológico detalhado do motivo da consulta. É nesse ponto que a clínica médica através dos anos se consolidou e buscou estabelecer suas normas de atendimento, sendo comum até em práticas hospitalares e ambulatoriais a alta dismorfia do roteiro da anamnese, valendo-se desse item em detrimento dos outros.

A HDA (abreviação comumente utilizada pela comunidade médica para história da doença atual, algo de extrema recorrência em meio aos infinitos termos técnicos) perpassa a vivência de um sintoma-guia, caracterizando-o de acordo com normas e diretrizes. De acordo com Porto (2014, p. 51), "as normas para se obter uma boa HDA" seriam as seguintes:

Deixe que o paciente fale sobre sua doença;

Determine o sintoma-guia;

Descreva o sintoma-guia com suas características e analise-o minuciosamente;

Use o sintoma-guia como fio condutor da história e estabeleça as relações das outras queixas com ele em ordem cronológica;

Verifique se a história obtida tem começo, meio e fim;

Não induza respostas;

Apure evolução, exames e tratamentos realizados em relação à doença atual;

Leia a história que escreveu para o paciente, a fim de que ele possa confirmar ou corrigir algum dado relatado, ou mesmo acrescentar alguma queixa esquecida.

(PORTO, 2014, p.51)

Já as diretrizes apontam para analisar o sintoma-guia a partir de: início, características, fatores de melhora ou piora, relação com outras queixas, evolução, situação atual (PORTO, 2014, p. 51).

Aqui a estratégia médico-discursiva inicia-se por parte do estudante, uma vez que as perguntas que ele fará a partir desse momento conduzirão seu atendimento a uma hipótese diagnóstica correta que, por sua vez, imbricará em um plano de cuidados não só efetivo, mas também humanizado e potente. São perguntas dos estudantes que ilustram esse fato:

Estudante 5: desde quando você tá sentindo essa dor?

Estudante 1: poxa, e dói muito? Caminha para algum lugar?

Estudante 6: e você já sentiu essa dor antes na vida?

Assim, percebemos que há uma ginástica conversacional grande a fim de estimular e induzir um raciocínio clínico a partir dos conhecimentos especializados do médico. É por meio desse escrutínio que ele poderá elaborar uma hipótese diagnóstica e um plano de cuidados juntamente com o paciente, pois "o verdadeiro ato de contar exige do sujeito que suas operações, à medida que se desenrolam e deixam de ocupar o centro de sua consciência, não deixem de estar aí para ele e constituam, para as operações ulteriores, um solo sobre o qual elas se estabelecem" (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 188). Assim, quem calca esse solo juntamente com o paciente é o próprio médico, auxiliando-o através de perguntas que qualificarão cientificamente sua sensação.

Até porque o que torna possível a comunicação é o conhecimento prévio mútuo do vocabulário e da sintaxe por ambas as partes do sujeito da enunciação, uma vez que

As significações disponíveis entrelaçam-se repentinamente [durante o ato da fala] segundo uma lei desconhecida, e de uma vez por todas um novo ser cultural começou a existir. Portanto o pensamento e a expressão constituem-se simultaneamente, quando nossa aquisição cultural se mobiliza a serviço dessa lei desconhecida, assim como nosso corpo repentinamente se presta a um gesto novo na aquisição do hábito. A fala é um verdadeiro gesto e contém seu sentido, assim como o gesto contém o seu (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 249).

Nesse item da anamnese, já temos duas traduções: a que ocorre na enunciação falada na entrevista, dirigida ao paciente; e a que ocorre na enunciação escrita no prontuário, dirigida a colegas da área da saúde. Diferentemente da queixa principal, a HDA precisa constituir uma

narrativa sucinta mas detalhada do motivo da consulta, descrita com rigor técnico e primor científico. O facilitador aponta para a importância de

Facilitador: "Saber como falar para um colega e para um leigo",
e um dos estudantes problematiza que

Estudante 3: "Para explicar para um leigo é muito mais difícil".

Podemos perceber um contrassenso na afirmação acima: o estudante em formação médica possui um subcódigo de significados prévio à faculdade de medicina, e espera-se que com pontos de contato com o da maioria dos pacientes que possa vir a entender. Dessa forma, em seu processo de aprendizagem elaborará um repertório que lhe permita categorizar o mundo sensível a partir de um subcódigo mais científico. Por que seria então "muito mais difícil" explicar a um leigo algo se seu subcódigo é *a priori* também de um leigo?

A dificuldade deveria residir em construir um discurso a partir de termos aos quais nem tinha conhecimento antes do disparador, como por exemplo "precordialgia" ao invés de "dor no peito". Talvez, na verdade, seja possível compreender o ocorrido: a entrevista acontece nas tensões do *aqui e agora*, enquanto o registro pode ser editado pelo estudante *alhures e então*. Segundo Landowski:

[...] totalmente ao contrário do regime diferido característico da comunicação por escrito, a oralidade da *conversa* implica a imediatez das relações entre locutores, sua proximidade física no interior de um mesmo espaço [...] e sobretudo um regime de turnos de palavra que pressupõe a concomitância das temporalidades enunciadoras respectivas dos interlocutores (2012, p.172).

Não obstante, esse não parece ser o único motivo da dificuldade. Talvez haja a possibilidade de um afã em exercer a medicina da maneira mais exímia possível que se esqueça do que já se é. Na tentativa do vir a ser, apaga-se parte do que já está construído e inserido em um sistema de signos.

Podemos até pensar nesse caso como um exemplo discursivo da tentativa de um leigo tornar-se um médico a partir do que discursivamente consistiria em um profissional dessa estirpe. Se quebramos o percurso das práticas ascendentemente e observamos em enunciados como essas estratégias discursivas apontam para as formas de vida, estilos de vida, de

médicos, percebemos então os estudantes já se identificando com os modos de vida da classe à qual pretendem se inserir em um futuro próximo. Afinal, nas palavras de Fontanille,

acreditar na vida que levamos, acreditar naquilo que sustenta nossa existência, significa aderir e se identificar com, entre todas as opções disponíveis na sociedade à qual pertencemos, aquelas que consideramos mais capazes de garantir a continuação de nosso curso de existência e, mais particularmente, a dos grupos aos quais sentimos que pertencemos. Esse regime de crença seria, portanto, um regime de "identificação duradoura", identificação com o que faz com que um curso de existência persista (FONTANILLE, 2015, p. 17, tradução nossa)².

Assim, se estamos na história, estamos presos a um sentido (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 18) e, de acordo com Greimas (2014, p. 90), "do ponto de vista linguístico, toda denominação é arbitrária", ou seja, escolher entre "dor no peito" e "precordialgia" representa uma escolha enunciativa pautada pelo *páthos* que o enunciador possui diante de si e isso requer certas competências, como dissemos anteriormente. Se "todo enunciado manifestado deixa subentender, no sujeito da enunciação, a faculdade de formar enunciados" (GREIMAS, 2014, p. 65), espera-se que, para um atendimento clínico, essa faculdade esteja predisposta pelo médico tanto para um enunciatário tecnicamente qualificado quanto para um leigo – ambos inseridos na cena do atendimento, mesmo que aquele *alhures* e este *aqui*.

Parece-nos que há certa correspondência entre esse fato e as categorias de estilos de médico que propomos.

Podemos arriscar um paralelo ambíguo que caleidoscopicamente pode caracterizar o médico em formação tanto como um *humanizado* quanto como um *burocrático*. Ao se apropriar de um discurso que ainda não domina completamente – ao menos não tanto quanto domina o subcódigo leigo –, manifesta-se como um *humanizado* que procura um valor superlativamente exemplar da normalidade médica. Landowski mesmo pontua que "todo meio produz efetivamente seu próprio tipo ideal de homem 'realizado'" (2012, p. 39) e "para quem (ainda) não pertence à roda dos íntimos ou ao círculo dos iniciados, nada haverá de

² Trecho original: "Croire en la vie que nous menons, croire en ce qui fonde notre existence, c'est adhérer et s'identifier, parmi toutes les options disponibles dans la société à laquelle nous appartenons, à celles qui nous semblent le plus à même de garantir à la fois la continuation de notre cours d'existence, ainsi que, tout particulièrement celui des groupes auxquels nous pensons appartenir. Ce régime de croyance serait donc un régime d'«identification durable», l'identification à ce qui fait qu'un cours d'existence persiste".

mais singular, e mais singularizante, que aquilo que, entre si, dá justamente a impressão de ser natural" (LANDOWSKI, 2012, p. 44).

Não obstante, ao dirigir-se para o paciente com termos técnicos e se esquecendo da vitalidade de valer-se do subcódigo leigo em prol de um regime de ajustamento, o médico pode manifestar-se como um *burocrático* disposto a estabelecer uma diferença entre ele e seu paciente – calculando a dose de singularidade necessária e suficiente para tanto –, talvez no intento de cristalizar sua competência profissional a partir do tradicional "falar bonito e difícil para denotar inteligência".

Contudo, *burocrático* ou *humanizado*, ambos compartilham o traço eminentemente de viverem só em função do Outro, sendo a encenação do parecer que precede o ser que os constitui (LANDOWSKI, 2012, p. 43). Além de parecer tranquilo e seguro, agora precisa parecer médico, instruído e especializado, científico e austero. Importante pontuar que, para um estilo humanizado de médico, o interessante seria equiparar os pontos de vista que recobrem esses estilos: ser *humanizado* tanto para o paciente, no sentido de se enunciar a partir das competências dispostas pelo enunciatário, quanto para o colega profissional, ao registrar a consulta da maneira adequada como prevê a semiologia médica.

Podemos exemplificar com a seguinte situação: ao questionarem Vanusa sobre seus hábitos urinários recentes (relevantes para o seu quadro de infecção urinária), todos utilizaram termos como "fazer mais xixi", "ir mais vezes no banheiro", "dor para fazer xixi" ou "vontade de ir no banheiro", mas no prontuário buscaram escrever seus correlatos termos técnicos, respectivamente: poliúria, polaciúria, disúria e urgência miccional.

É necessário registrar que, mesmo relatando maior dificuldade em se comunicar com o paciente – enquanto estavam na discussão em grupo sobre as simulações –, houve também dificuldade nos registros escritos, uma vez que, dos analisados, apenas o de um estudante apresentava termos técnicos exclusivamente, como podemos observar nesses quatro exemplos selecionados:

"Associa-se quadro de aumento da frequência urinária com redução do volume e nictúria (mais de 3 vezes por noite). Há sensação de urgência e disúria. A urina está turva e com mau-cheiro."

"Relata que tem urinado pouco mas com maior frequência (interferindo na qualidade do seu sono), apresentando ardência durante a micção, urina com aspecto 'embaçado' e de cheiro forte."

"Associada a disúria, urgência ao urinar e polaciúria. Relata urina de aspecto turvo e com odor desagradável."

Se por um lado perguntar sobre os hábitos urinários de Vanusa foi algo relativamente simples e de domínio da maioria, por outro, temos um exemplo que corrobora o que apontamos sobre os dois subcódigos linguísticos – leigo e técnico – em voga.

Facilitador: "Você perguntou sobre a irradiação?"

Mesmo que nosso corpo seja "a origem de todos os outros, o próprio movimento de expressão, aquilo que projeta as significações no exterior dando-lhes um lugar, aquilo que faz com que elas comecem a existir como coisas, sob nossas mãos, sob nossos olhos" (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 202), quem de nós algum dia chegou a pensar sobre um sintoma como guia e sua suposta irradiação? Evidentemente que, por vezes, é até difícil lembrar a região da cabeça em que uma dor nos acomete, assim imaginamos que por vezes a irradiação passa despercebida até que entendamos o que ela caracteriza e como podemos percebê-la, senti-la.

Questionar sobre a irradiação de uma dor pode gerar uma reflexão verdadeira, reflexão-sobre-um-irrefletido, produzindo no paciente uma mudança de estrutura de existência (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 97) e "a consciência só começa a ser determinando um objeto" (MERLEAU-PONTY, 2018, p. 55). No entanto, alguns estudantes obtêm maior eficácia comunicativa ao enunciarem sobre o assunto:

Estudante 7: "Essa dor se espalha?"

Ao utilizar verbos como "espalhar", "caminhar" e "escorregar" (como veremos a seguir), o estudante faz um esforço de trazer à esfera de sentido, ao campo de presença do paciente, a noção de irradiação pautada na fisiologia humana. O facilitador complementa na problematização:

Facilitador: "O que é dor irradiada? você não vai falar para ele neurônios, aferência..."

Ao que um estudante responde:

Estudante 5: "Uma dor que começa no mesmo lugar e caminha para outros lugares, a partir de uma mesma parte do seu siste... ma... nervoso, não sei se posso falar sistema nervoso..."

Ora, evidentemente que é possível o paciente nem compreender muito o mecanismo fisiológico do sistema nervoso, quanto menos o que constituiria um neurônio. O estudante infere corretamente que não poderia falar de sistema nervoso, nem tanto pelo fato de que Afonso poderia não entender, uma vez que possui graduação em Direito, mas por não auxiliá-lo muito em seu objetivo: saber se a dor do peito irradia para outras partes do corpo.

O mesmo acontece com outro exemplo que, por sua vez, também remonta ao caso da queixa principal:

Facilitador: "Na hora, você perguntou sobre 'sintoma associado' e às vezes fica meio jogado... assim, o paciente não sabe o que seria um sintoma associado"

A metalinguagem técnica teria que ser deixada de lado dentro da elaboração de um discurso humanizado, são termos que por rotina, hábito ou convenção acabam se tornando quase que inexoráveis ao subcódigo utilizado pela comunidade especializada. Assim, de acordo com Landowski:

as dissimetrias estruturais [...] não desaparecem – milagres não existem! O que desaparece, em compensação, é a aparente fatalidade de seus efeitos de sentido.

Num mundo de Sujeitos, todo mundo, por definição, é *Sujeito* do mesmo jeito e no mesmo grau, qualquer que seja a natureza das diferenças que singularizam uns com relação aos outros (2012, p. 24).

Nesse sentido, pudemos também perceber um exercício de certos estudantes em diminuir as dissimetrias estruturais em um apelo ao corpo. A abordagem do corpo na semiótica parte do seguinte:

É possível, para fazer menção a uma antiga proposição de Greimas (em Semântica Estrutural) – nomear ainda de outra forma esse dispositivo constituído pelos dois planos da linguagem, adotando decididamente uma posição favorável ao “perceptivo”. O plano da expressão será então chamado exteroceptivo, o plano do conteúdo, interoceptivo, e a posição assumida pelo sujeito da percepção, proprioceptiva, pois se trata, de fato, da posição de seu corpo imaginário e seu corpo próprio. O corpo próprio é um invólucro sensível (uma fronteira) que determina, assim, um domínio interior e um domínio exterior. Seja qual for o lugar em que se desloca, ele determina, no mundo no qual toma uma posição, uma clivagem entre o universo exteroceptivo, universo interoceptivo e universo proprioceptivo; entre a percepção do mundo exterior, a percepção do mundo interior e as percepções das modificações do próprio invólucro-fronteira. Portanto, a cada nova posição, o corpo reconfigura a série “intero-extero-propriocepção”. (FONTANILLE, 2019, p.44)

Assim, em nosso contexto, o corpo pode ser tratado como um invólucro sensível às demandas do exterior (sensações), bem como às do interior (emoções e afetos). Dessa forma, um dos estudantes solicita à Vanusa:

Estudante 9: "Você consegue mostrar onde é essa dor na barriga?"

Ao utilizar-se do recurso da corporeidade, o estudante acessa o subcódigo que ambos como leigos possuem: o da primariedade do corpo, da base das sensações: o próprio corpo. Contudo, nesse instante da simulação, há um fortalecimento da intensidade e um recrudescimento da extensidade, na medida em que a paciente adolescente deve usar o próprio corpo para expressar sua dor. Merleau-Ponty escreve que "comumente o homem não mostra seu corpo e, quando o faz, é ora com temor, ora com a intenção de fascinar" (2018, p. 230).

Percebemos uma intensidade ainda mais impactante apenas quando o estudante enuncia:

Estudante 2: "Com licença, né, agora, para fazer essas perguntas, mas você chegou a ter alguma relação sexual?"

Se previamente perguntar sobre cor e gênero levantou dificuldades e fragilidades, certamente que abordar a sexualidade de uma adolescente de 16 anos traria consigo uma maior cautela por parte dos estudantes. Interessante observar, contudo, o pedido de licença para as questões, uma vez que tal pedido não foi feito para nenhum outro tipo de pergunta pessoal como as identitárias do começo.

Podemos concluir disso que caberia nesse momento uma oportunidade a mais para o médico fortalecer seu estilo seguro, tranquilo e especializado, a partir de uma abordagem da sexualidade com intensidade tênue e extensidade difusa, em relaxamento, podendo até contornar um possível risco de acidente, como este:

Vanusa: "Minha mãe vai ficar sabendo o que a gente falar nessa consulta?"

Acidente, pois é fruto de uma identificação deficiente, uma vez que faltou nesse item do roteiro de todas as simulações analisadas a pactuação do sigilo médico. De acordo com o Código de Ética Médica (2019, p. 35), é vedado ao médico "revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão, salvo por motivo justo, dever legal ou consentimento, por escrito, do paciente" e os tratados de semiologia preveem que o médico informe isso ao paciente no momento da identificação.

A fim de evitar o risco puro e contornar a insensatez, o estudante responde:

Estudante 7: "Não, nesse momento essa consulta só tamo eu e você... sigilosa, né?"

Contudo, ao longo das próximas perguntas, é perceptível a maneira como o vínculo vai se enfraquecendo à medida que a intensidade se fortalece e a extensidade permanece se desdobrando em um esquema de ascendência. Depois de se perguntar se possivelmente estaria grávida, Vanusa é sabatinada com perguntas seguidas de acentos tônicos nos enunciados, apresentados a seguir com suas respostas:

Estudante 1: "No momento, você toma algum contraceptivo?"

Vanusa: "Não."

Estudante 1: "Hum, certo. E vocês usaram algum preservativo?"

Vanusa: "Não."

Estudante 1: "Hum, Certo."

Ao reagir com "Hum, certo", percebe-se também na gestualidade e nas expressões faciais um certo julgamento – ainda que sutil e contido, como uma cerração dos olhos e uma compressão dos lábios –, talvez tentando imbricar em um regime de manipulação em que se mostraria à adolescente um *fazer dever* mudar sua postura diante de sua vida sexual, pois o risco de estar grávida ou de ter contraído alguma infecção sexualmente transmissível fora alto. Após mais algumas perguntas, o estudante acaba concluindo que as chances de ela estar grávida eram baixas e conclui:

Estudante 1: "Você não estava no período fértil, mas podemos fazer um exame de urina, caso você esteja aflita"

Em um processo contrário, o estudante volta sua atenção à preocupação da adolescente quanto a uma possível gravidez e aqui talvez cometa um erro potencialmente grave, pois, na identificação dessa mesma simulação, a adolescente dissera sobre a sua procedência:

Vanusa: "A gente mudou de cidade, porque minha mãe engravidou de mim e a família dela não aceitou."

A partir desse dado, se esperaria de um médico de estilo humanizado que conduzisse as perguntas sensíveis a uma gravidez na adolescência de maneira mais acolhedora e até mesmo paliativa, já que a adolescente sofreu a dor de sua mãe solteira e adolescente e agora tem medo de repetir a história que mãe e filha não querem que se repita. No entanto, infelizmente, o estudante continua:

Estudante 1: "Ô Vanusa, eu vou voltar então para a questão do xixi, então, tá?"

Durante a simulação, a paciente não pareceu abalar-se em relação ao vínculo tão seriamente quanto pode parecer a partir da elaboração deste texto, já que as respostas estavam previstas, e há também que se reforçar que se trata de um médico em formação, sendo naturalmente esperada uma conduta ainda carente de ajustes.

Porém, o que fica da sequência exposta é uma possível distância entre os parâmetros esperados de uma condução humanizada – acerca de uma questão sensível e complexa a partir da história da paciente Vanusa – e o que pudemos perceber. Contudo, o estudante demonstra empatia e encerra essa parte da anamnese da seguinte forma:

Estudante 1: "Você tem mais alguma dúvida em relação à gravidez que você tava? Tirou sua aflição?"

E registra na história clínica o seguinte:

"HDA: Dor hipogástrica incômoda de início súbito há cinco dias, associada a disúria, urgência ao urinar e polaciúria. Relata urina de aspecto turvo e com odor desagradável. Nega edema, nega febre, nega astenia, nega corrimentos, nega purido, nega lesões e nega uso de medicamentos. Coitarca há 10 dias, sem uso de preservativos. Relata ciclo regular de 28 dias, com DUM há 15 dias. Não faz uso de contraceptivo."

Já no que concerne ao paciente Afonso, percebemos ao longo das simulações um campo de presença quase incólume durante todo o tempo: intensidade baixa e extensidade difusa, no sentido de que o paciente se mostrou pouco colaborativo em termos de narrativa, ao mesmo tempo que parecia estar relaxado e confortável com a cena. Isso acabou gerando um esquema de intensificação da ansiedade do estudante, que avaliando seu atendimento disse:

Estudante 3: "Eu acho que fiz umas perguntas indutoras. Mas sabe quando você viu, já foi?"

Como exemplos dessas perguntas indutoras, temos:

Estudante 3: "Não sentiu nada, né? Dor, pontada?"

Estudante 3: "Você ficou lá paradinho e passou..."

Estudante 3: "Não sentiu mais nada, né? Desculpa a insistência, mas não sentiu mais nada, né?"

O facilitador também percorre esse tópico em sua avaliação do atendimento, enunciando:

Facilitador: "Só o fato de você ficar atenta a isso já é um ponto positivo. Porque uma vez ou outra é normal, até mesmo médicos mais experientes. Teve um momento que eu achei que você não fosse mais falar nada... que você não tinha mais repertório e que a consulta ia acabar nos 10 minutos, mas aí depois você continuou."

3.3 O REGIME PROGRAMÁTICO: O INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO

Dando seguimento à anamnese, os livros de semiologia médica sugerem que, após explorar a História da Doença Atual, se realize o Interrogatório Sintomatológico (IS), em que se faz um complemento da HDA, revisando os diversos sistemas fisiológicos: Sintomas gerais; Pele e fâneros; Cabeça e pescoço; Tórax; Abdome; Sistema geniturinário; Sistema hemolinfopoético; Sistema endócrino; Coluna vertebral, ossos, articulações e extremidades; Músculos; Artérias, veias, linfáticos e microcirculação; Sistema nervoso; Exame psíquico e avaliação das condições emocionais (PORTO, 2014, p. 52).

Compreende-se, assim, o porquê do IS ser um dos itens em que os estudantes afirmam ter maiores dificuldades em cumprir com o roteiro. O próprio teórico expõe que:

No início do aprendizado clínico muitas são as dificuldades, desde a incompreensão dos termos usados pelos pacientes até a escassez de conhecimentos clínicos, além do longo tempo necessário para fazer o interrogatório sintomatológico; mas esse é um exercício imprescindível no aprendizado do médico clínico (PORTO, 2014, p. 52).

Houve até mesmo simulações em que estudantes optaram por antecipar itens como Antecedentes Pessoais e Familiares (a serem analisados nas próximas seções), uma vez que fazia mais sentido continuar explorando a HDA por meio de sexualidade ou doenças prévias, por exemplo. Ao questionarem o facilitador sobre essa alteração, ele diz que

Facilitador: É, usualmente, se faz isso, sim. Na minha prática eu faço sempre, porque ele me ajuda muito na especialidade, né? Neuro... me ajuda muito a compreender a HDA.

Percebe-se que, na realidade, o roteiro da anamnese pode seguir a partir daqui um caminho mais fluido. Se a Identificação deve ser sempre o início, a Queixa Principal o começo da investigação e a História da Doença Atual o seu mais completo escrutínio, o complemento dessa pode percorrer caminhos diferentes de acordo com o estilo do médico, bem como sua especialidade, seus objetivos ou sua preferência.

Podemos perceber até certa dificuldade dos estudantes em explicar o motivo pelos quais perguntaram sobre sistemas do organismo que não necessariamente estavam relacionados ao motivo da consulta. Alguns exemplos:

Estudante 6: "Agora eu vou fazer umas perguntas mais gerais, assim, sobre o senhor".

Estudante 1: "Agora então eu vou fazer algumas perguntas que talvez não tenham a ver com a sua queixa, mas, às vezes, a gente descobre alguma outra coisa alguma coisa que você deixou de falar".

Estudante 7: "Eu vou fazer umas perguntas agora, mas se houver alguns sintomas parecidos eles podem ajudar a descobrir o que pode ser".

"Perguntas mais gerais" ou que "talvez não tenham a ver com a sua queixa" introduzem uma espécie de ritual, ou como Landowski (2014, p. 42) categoriza: um estereótipo comportamental com valor e necessidade "somente pelo fato de ser o que eles têm sido sempre" (2014, p. 43). Assim, teríamos no IS um regime dominante de programação que, embora diga respeito a nossa relação com as coisas, pode também conduzir relações entre sujeitos a partir de um determinismo mecanicista (LANDOWSKI, 2014, p. 33).

É possível pontuarmos também o constante uso das conjunções adversativas "mas" neste momento, reiterando a convencionalidade, essencialidade do questionário, muito embora ele pareça desnecessário ou prolixo para o paciente em um primeiro momento. Expressa-se também por meio desses discursos que há uma diferença de competências entre enunciador e enunciatário: quem domina o conhecimento sobre a doença, domina as

perguntas que deve fazer, mesmo que elas possam soar desconexas ou sem propósito a quem as ouve de maneira leiga.

Contudo, é compreensível a maneira como os estudantes procuram esclarecer aos pacientes simulados os motivos que recobrem as próximas perguntas a serem feitas, talvez haja até um exercício interno do próprio enunciador em reforçar para ele mesmo a necessidade de tamanho questionário, se considerarmos que a esse ponto ele ainda não tem um raciocínio clínico tão qualificado quanto de um profissional formado e seu IS possa estar efetiva ou levemente obsoleto.

3.3.1 Do ritual à manipulação: uma tentativa de construção de estilo

Nas mais de seis páginas bicolunadas de possíveis perguntas de um IS, percebemos a impossibilidade de realizá-lo em sua integralidade em um atendimento com tempo entre 15 e 60 minutos. Podemos até perceber um certo regime de programação visível na maioria das simulações nesse ponto, justamente pela dificuldade de os estudantes em sabatinar o paciente com tantas perguntas objetivas. Há certa problemática em se fazer perguntas abertas nesse momento, pois, a respeito dos ouvidos, por exemplo, espera-se que se investigue otorreia e otorragia, a que o paciente deve responder sim ou não. Essa, na verdade, é uma das principais dificuldades dos estudantes e o facilitador por vários momentos tenta tranquilizá-los e normalizar essa dificuldade, a fim de a superarem.

Estudante 4: "Primeiramente, você tava num tom meio interrogatório e no ISDA também, mas eu sei que é difícil, né? Manter tom de conversa..."

Na realidade, houve essa comunhão entre a quase totalidade das simulações: uma baixa passionalidade nos discursos nesse intervalo de tempo. Fontanille (2019, p. 204) expõe que a discursivização da paixão atua sobretudo a partir da presença, das tensões e que "a intensidade passional do discurso tem por correlato fenomenológico a proprioceptividade, a sensibilidade do corpo próprio que serve de mediador entre os dois planos da semiose" (FONTANILLE, 2019, p. 207). Assim, com uma baixa intensidade, um interrogatório pode

dificultar a discursivização de paixões que imprimiriam vínculo e afeto na relação médico-paciente.

Quando temos uma sequência de "nãos" por parte do paciente ao responder ao IS, percebemos uma ausência de contágio e uma baixa passionalidade. Em certos momentos, há até o silenciamento verbal do paciente que, cansado de responder negativamente e de forma monossilábica a todas as perguntas, recorre apenas ao signo corporal de uma negativa (balanço horizontal da cabeça), em uma completa e constante atenuação da intensidade e dispersão da extensidade.

Não nos surpreendendo, ocorreram inúmeras pausas verbalizadas demarcadas por expressões já muito reificadas, como "entendi", "perfeito", "certo", "ótimo", "tá", "beleza", mesmo esses sendo também elementos fáticos que têm como objetivo manter a relação, parece, nesse caso, que enfraqueceram cada vez mais a intensidade. Em momentos de grande atonia associada à programação, alguns estudantes chegaram, por vezes, até a enunciar signos como "perfeito" após os pacientes responderem positivamente a algum sintoma; não há necessidade em se dizer que qualquer sintoma patológico ou fisiológico seja algo "perfeito" ou "ótimo".

Entretanto, há momentos em que o próprio paciente tenta escapar do ritual da programação. Greimas e Fontanille (1993, p. 17) afirmam que "o sujeito do 'dito discursivo' é capaz de interromper e de desviar sua própria racionalidade narrativa para emprestar um percurso passional, ou mesmo acompanhar o precedente, perturbando-o por suas pulsações discordantes". Dessa forma, podem-se perceber tentativas de contágio por parte do paciente, em que ele mobiliza emoções como empatia, por exemplo:

Estudante 2: "Tem alguma coisa que tá te causando ansiedade?"

Afonso: "A gente só tá muito preocupado em relação ao momento que tamo passando, pandemia, guerra..."

Estudante 2: "É, né? E como estão as vacinas?"

O paciente se refere à pandemia do novo Coronavírus, de início em março de 2020, e às tensões entre a Ucrânia e a Rússia, de 2022, e ao fazê-lo busca uma realização mútua – termo utilizado por Landowski (2014, p. 54) –, a fim de vencer o mote programático e

distante estabelecido a partir do IS. Contudo, percebemos que a interação não chega a evoluir para nada mais arriscado, pois ao continuar o interrogatório perguntando sobre as vacinas, o discurso do estudante aponta para um não querer a mesma interação que o paciente.

Houve estudantes, porém, que arriscaram juntamente com a paciente vencer a programação, reagindo de maneira interventora, buscando auxiliá-la para preencher um possível vazio ao convite interacional. Dessa forma, o exercício transforma-se em manipulação e a sanção quem define é o paciente.

Vanusa: "Eu gosto muito das minhas amigas da escola, mas é muito diferente do que eu tinha na outra cidade""

Estudante 1: "Você acha que talvez as companhias estejam talvez... você indo na onda do pessoal e isso tá te deixando preocupada?"

Vanusa: "Eu não fico não, acho que quem fica é minha mãe mesmo..."

Estudante 1: "Eu acho que tudo é conversado, né, ô, Vanusa, principalmente depois de mudar de cidade. Você tá numa idade aí na adolescência, uma fase muito social que a gente vive muito mais com os nossos amigos do que com os familiares, mas é importante ter esse... esse... essa conversa com os pais."

Podemos observar que o estudante estava interessado em aproximar-se da adolescente por meio de sugestões sobre seus problemas pessoais. E por mais que algo assim também possa configurar uma programação, percebemos uma tentativa em fazer a paciente desviar de sua trajetória, orientando-a para fora da programação (LANDOWSKI, 2014, p. 93). Assim, os parceiros da interação deixam de ter o estatuto de simples *coincidentes* de uma programação e o estudante assume, então, uma postura de verdadeiro interactante – como preconiza Landowski (2014, p. 97) –, tornando a paciente assim também, à medida que ela interpreta ao longo da interação a intencionalidade dele.

Nesse caso, percebemos um estilo diferente entre esse estudante e os demais: ele busca estabelecer-se como uma referência em cuidado para a paciente, recobrando-se do talvez já caráter intervencionista da profissão – sobretudo nos moldes sacerdotais –, mas se esforçando para que seu discurso soe empaticamente enunciado. Palavras como "talvez" e "importante" mostram certa tentativa de eufemismo, regulando a tensividade da interação. Podemos pensar

nisso com base no que Landowski (2014, p. 26) diz: "[Na manipulação] Ao sujeito importa tanto ser reconhecido como tal, com todas as qualidades e competências que isso envolve, que se sente obrigado a atuar conforme a imagem que deseja oferecer (e oferecer-se) de si mesmo". Assim, buscando distanciar-se de estilos como o burocrático ou o indiferente, esse estudante lança mão de palavras que indicariam a autonomia do paciente, de forma colaborativa com o profissional.

É interessante poder enxergar aqui uma possível construção de um estilo diferente dos demais, ou pelo menos um almejo por parte do estudante: estabelecer limites entre o caráter puramente burocrático e vertical do médico e as suas competências de empatia, contágio, manipulação e ajustamento. Isso porque, diferentemente da programação, na manipulação, o enunciador pelo menos recobre o enunciatário de um estatuto semiótico idêntico ao que reconhece para si mesmo: o de um sujeito (LANDOWSKI, 2014, p. 27), o que nos remete à medicina que preza pelo corpo-sujeito e não pelo corpo-objeto.

Caracterizando ainda mais a manipulação expressa pelo excerto do atendimento, podemos nos valer do conceito proposto por Greimas (2014, p. 135): "a manipulação pelo *querer*, que se manifesta, por exemplo, na tentação ou na sedução, e a manipulação pelo *poder*, identificável na ameaça ou na provocação". É certo que a partir do discurso do estudante, percebemos uma modalidade virtualizante do *querer-fazer*, nesse caso, *querer-convencer* a adolescente a conversar mais com sua mãe, mesmo nesse período crítico do desenvolvimento psíquico humano.

Já em outra situação, o paciente. Afonso busca romper com a programação por meio do humor:

Afonso: "No frio é só para comer feijoada, porque de resto..."

Estudante 2 ri.

Estudante 2: "E os hábitos intestinais?"

Estudante 2: "Como é a vida sexual do senhor? É ativa? O senhor falou que é casado..."

Afonso: "Ah, Dr., uma vez por semana, raramente duas... a idade vai chegando..."

Estudante 2 ri.

O contágio é arriscado duas vezes na mesma entrevista de atendimento porque, possivelmente, o ator sentiu-se à vontade e com maior abertura para isso com esse estudante em particular; mas percebemos que o estudante procura voltar ao IS extenso que tem em branco no seu roteiro, com quebras abruptas, devolvendo ao esforço de contágio do paciente apenas um riso.

O estudante persevera em suas estratégias a fim de estabelecer-se como médico que cumprirá com o roteiro que lhe foi confiado e atuar conforme a forma de vida de qualquer médico. Por vezes, até esquecendo-se de que, na verdade, ele precisaria se adequar a uma nova forma de vida que estaria sendo proposta: a do Médico Humanizado. E na verdade, atuar perseverando nos regimes de manipulação quando lhe coubesse, mas também contraperseverando nos momentos em que conseguisse exercer a empatia e arriscar regimes de ajustamento, à base do contágio.

Muito embora haja, sim, uma dificuldade evidente em todas as simulações em vencer regimes de programação ou ao menos evitar os de acidente, ouvimos em uma das discussões em grupo sobre os atendimentos o seguinte:

Estudante 2: "Eu fiquei meio assim, teve uma hora que eu ri, mas não sabia se podia, aí eu travei"

Médico ri? Médico pode rir? Ou ainda: qual estilo revela o médico que ri? Haveria algum? O facilitador expõe:

Facilitador: "Poder rir, pode, desde que o paciente esteja rindo com você sobre outra coisa, nunca dele".

Facilitador: "Você acaba sentindo se ele permite brincadeira, isso vem com a prática, mas dificilmente você vai rir com um assunto sério..."

O ato de rir confere uma resposta positiva a uma sensibilidade sugerida por outro sujeito, dessa forma, rir conferiria a um médico uma janela de ajustamento potente para

vencer a programação e cuidar de um corpo-sujeito que o convida para uma interação entre sujeitos e não entre sujeito e objeto.

Com respeito ao sofrimento do paciente e à sua queixa, o facilitador induz os estudantes a utilizarem esse recurso de contágio na medida em que respeitem seu próprio estilo de comunicação também. Às vezes, o estudante prefere um afastamento afetivo quase que completo, quase sem mobilizações passionais e reforça uma postura séria, programática e austera da medicina. Diremos que é inadequada? Certamente que não. Mas a questão reside justamente em que ponto essa estratégia estilística o beneficia quanto ao seu ajustamento ou à sua manipulação e minimiza sua programação e seu acidente em relação ao interactante paciente. E uma questão ainda mais subjetiva e particular é: ele está disposto a sustentar as consequências desse estilo?

Tocamos nesses aspectos, pois é possível seguir um regime de programação até mesmo quanto a questões psicológicas, como é o caso da análise psiquiátrica prevista pelo roteiro do IS:

Estudante 1: "Em relação a questões psicológicas mesmo, tem alguma questão que tá te afligindo, te deixando nervosa?"

Essa pergunta foi feita à paciente Vanusa, depois do estudante já ter ouvido dela suas dúvidas em relação à gravidez e ela ter pedido sigilo médico, indicando uma concreta aflição em relação a isso. Em meio ao roteiro, por exemplo, ao se ler o seguinte item do exame psiquiátrico: "Afetividade: Compreende um conjunto de vivências, incluindo sentimentos complexos; humor ou estado de ânimo; exaltação e depressão do humor" (PORTO, 2014, p. 57), pode ser de fato complicado desmembrá-lo em cognição e enunciá-lo a partir do que já foi dito e de uma maneira que o paciente entenda.

Estudante 7: "Em termos de ansiedade, assim, preocupação, como você tá?"

3.3.2 Infinitas e imbricadas traduções: a constante e rápida alternância entre os subcódigos médico e leigo

No enunciado último da seção anterior, vemos o estudante tentando explicar o termo utilizado à paciente, ao perceber que ela não compreendia muito bem o que seria a "ansiedade". Assim, ele prossegue utilizando o termo "preocupação". De fato, a ansiedade consiste em um estado emocional de nervosismo e preocupação (CRASKE; STEIN, 2016), porém desde que esses sentimentos atrapalhem sobremaneira o cotidiano do indivíduo.

Ao demonstrar que sabe transitar entre os subcódigos, ao estudante talvez falte habilidade em reduzir esse tempo, uma vez que, ao olhar o roteiro – que, muitas vezes, nesse nível não é nem mais preciso –, já consiga perguntar ao paciente o termo aproximado no subcódigo comum aos dois. Nos exemplos abaixo, a impressão que fica é a de que os termos chegaram a ser lidos sem muita reflexão antes de sua verbalização, precisando o estudante corrigir-se e explicar-se:

Estudante 6: "Infecção de repetição... sempre que vc tá cansada, alguma coisa vem e vc já sabe que ela é frequente."

Estudante 7: "História obstétrica, né? Você acabou de me dizer que perdeu a virgindade né? Então, sem filhos."

Teremos de concordar que ansiedade não é um termo com total ausência de sentido no subcódigo de um indivíduo leigo, a situação agrava-se, porém, quando tratamos de termos como "infecção de repetição" e "história obstétrica", além de "prurido", "pirose", "distensão abdominal", "sialose", "síncope" e muitos outros também presentes no roteiro de um IS completo.

"Então sem filhos" acusa ainda um regime de acidente, na medida em que o raciocínio do estudante é verbalizado à paciente, indicando uma possível falta de domínio do roteiro, dos termos e da compreensão da história da paciente. Essa construção de repertório e capacidade discursiva de adequação entre códigos também é percebida ao longo de várias simulações, no sentido de que, em um mesmo atendimento, ora os estudantes utilizam os termos mais adequados para cada subcódigo – médico para o registro escrito e leigo para a entrevista de atendimento – ora perdem-se no momento da escolha enunciativa. Conforme o exemplo abaixo:

Estudante 1: "É isso, notou alguma hemorragia?"

Estudante 2: "Notou o coração bater mais rápido?"

Em uma mesma entrevista, o estudante questiona o paciente sobre "hemorragia" e sobre o "coração bater mais rápido", sendo este o termo leigo para "taquicardia" e aquele o termo técnico para "perda de sangue". Se reiteramos que, em uma comunicação, quanto maior é a intersecção de subcódigos entre os interactantes, mais bem-sucedida ela é, notamos que o regime do acidente pode acontecer em vários desses momentos de confusão e falta de adequação dos subcódigos. Segundo Landowski:

[...] se pode afirmar que não existe nenhum fracasso que não possa estar relacionado à inobservância de alguma das condições particulares das quais dependia a possibilidade de levar a bom termo a atividade considerada, quer a dita falha provenha da imprudência ou da inadvertência, da ignorância ou da inabilidade, da cegueira ou da insensibilidade do sujeito agente (2014, p. 63).

Há, evidentemente, algumas práticas discursivas para que não se imbrique um regime de interação entre médico e paciente. No livro de Semiologia, Porto (2014, p. 57) sugere que se inicie a avaliação de cada sistema com perguntas gerais – "Como estão seus olhos e visão?"; "Como anda sua digestão?" – e, a partir da resposta, se necessário, se passe para perguntas mais específicas. De certa forma, essa instrução é válida, porém, como podemos observar neste relato de um dos estudantes durante a discussão em grupo também gera algumas dificuldades:

Facilitador: "Você fala 'tem algum problema nos olhos?' O paciente responde que não... aí tá usando óculos. Aí dá pra ver que ele não sabe nem o que acomete o olho..."

Há também que se ponderar em que medida não especificar resultará em um produto final qualificado, uma vez que o paciente pode ter saberes, crenças e formas de interpretar o mundo diferentes do profissional, como o fato de se usar óculos ser uma necessidade de saúde dos olhos.

Essa questão vai ao encontro, ademais, do fato de que as perguntas – além de não serem indutoras, estarem enunciadas a partir do subcódigo mais adequado e responderem a um determinado regime de interação – partem de um ponto de vista. Esse ponto de vista está

ligado à imagem que o enunciador projeta sobre o enunciatário, sua concepção de *páthos*. Dessa forma, o ponto de vista do paciente deve designar um ponto no espaço e tempo a partir do qual o médico conduzirá todos os seus regimes de interação.

Por esse motivo, perguntas como a que segue não seriam de todo adequadas para uma entrevista médica:

Estudante 7: "Seu suor sente que é normal, né? Não é além da conta..."

Isso porque o ponto de vista aqui está apagado e recoberto por uma tentativa confusa do estudante em estabelecer um parâmetro para a capacidade de suar do sujeito atendido. O que seria "além da conta"? Como perguntaríamos, nesse caso, se o paciente estaria suando mais do que as suas condições normais. Até porque o normal do paciente poderia ser já um quadro de hiperidrose e o não suar "além da conta" dele não qualificaria tanto a história clínica desse atendimento.

Nesse contexto, podemos compreender aqueles que, sentindo-se cômodos com um roteiro ordenado de item a item, insistam tão minuciosamente em programar o desenvolvimento da mínima pergunta, procurando regular a atividade do paciente (LANDOWSKI, 2014, p. 66). Vale lembrar os possíveis prejuízos que envolvem esse tipo de escolha, talvez não haja regime de todo mau em um atendimento médico mas há aqueles mais eficazes para determinados momentos – em maior ou menor prevalência –, até mesmo o acidente, que gera novos sentidos e promove novos regimes que podem ser benéficos para a qualidade do atendimento.

3.3.3 A regência de subcódigos ainda mais específicos: idade, gênero

Se já expusemos que se exige, ao longo de todo o atendimento, uma expertise de alternância entre os subcódigos linguísticos médico e leigo, podemos ainda avançar um pouco mais em complexidade e arriscar dizer que as escolhas enunciativas do enunciador não devem apenas responder a esses dois, mas também a outros aspectos da própria Identificação que podem ser relevantes para os regimes de interação.

Sabemos que não só existem subcódigos entre os diversos grupos sociais, mas também uma possível transformação ou até mesmo maior domínio de um mesmo subcódigo entre uma e outra faixa etária, por exemplo. Dessa forma, reitera-se mais uma vez a importância da identificação e de seu papel formativo e regulador de todo o restante do atendimento. Podemos tecer uma análise acerca disso a partir do próximo trecho:

Estudante 1: Em relação ao cocô, você tem ido no banheiro todos os dias? Sentiu alguma dificuldade?

Na realidade, esse termo, juntamente com "xixi", foi utilizado em todas as simulações coletadas quando os estudantes abordavam sobre os hábitos intestinais e urinários dos pacientes. O facilitador regula essa questão na discussão em grupo:

Facilitador: "Você tá com um paciente adulto, então a gente tem um vício a deixar as perguntas menos agressivas, né? Mas cocô é muito infantilizado, né? Cocô, xixi, fica um pouco infantilizado. Em uma consulta de pediatria estaria bem contextualizado. No adulto, eu costumo perguntar mais assim: 'Como é que tá o intestino do senhor, como tá a urina?'"

É certo que ao dizer "cocô" ou "xixi" pelo menos podemos identificar uma tentativa por parte do estudante em valer-se do subcódigo comum a ele e ao paciente, sem prejudicar a compreensão deste acerca de sua pergunta. Contudo, é nítido que, ao fazer uma escolha como essa, o estudante pode estar saindo de um ajustamento ou de uma programação para um regime de acidente.

Acidente ou não, percebemos, sim, um aumento da intensidade e uma concentração da extensidade quando o estudante procura a melhor maneira de construir esses enunciados: percebemos nas pausas entre as palavras e nas frases trêmulas que há certa ansiedade procedida por esquema de decadência, com a diminuição da intensidade e o desdobramento da extensidade.

Ao dizer termos como esses, talvez, ao invés de ser bem-sucedido em um ajustamento, o estudante pode seguir por um acidente motivado por constrangimento ou desconforto. Podendo até possivelmente comprometer o restante da entrevista à medida que o paciente passe a enxergar o profissional de uma maneira não correspondente ao *éthos* almejado por esse.

O facilitador continua sua orientação em relação à adequação dos subcódigos, quando diz acerca da caracterização da cor das fezes:

Facilitador: "Como é a coloração? A pessoa vai caracterizar normal e aí a gente vai pensar nossa tá faltando isso isso e aquilo"

Notamos o padrão exigido de toda a entrevista: perguntas abertas, termos adequados a um subcódigo específico com sua conseqüente adaptação a outro mais específico e técnico.

O que parece, não obstante, prever outra alteração no subcódigo é a questão da sexualidade. Em uma das simulações a questão do sigilo médico aparece apenas nesse item do IS, comprovando que os roteiros nem sempre conduzem aos mesmos caminhos, sendo influenciados pelo *éthos* e *páthos* da relação médico-paciente, bem como pelos regimes de interação e pela tensividade presentes na entrevista. Foram dois os casos observados:

Estudante 1: "Você já teve relação sexual?"

Vanusa: "O que eu falar aqui minha mãe vai ficar sabendo?"

Estudante 1 : "Olha, a maioria das coisas não... assim, só se tiver algo muito preocupante, mas se for algo normal assim do dia-a-dia, não".

Estudante 7: "Agora eu vou fazer umas perguntas mais íntimas, então fica à vontade se não quiser responder".

Vanusa: "Minha mãe vai ficar sabendo se eu responder?"

Estudante 7: "Vanusa, eu só vou contar para a sua mãe caso concorde ou caso seja uma questão de violência contagiosa mas fora isso eu... eu não posso contar, é questão de sigilo médico. Fique tranquila, pode confiar em mim".

Além de elementos que apontam para o regime de ajustamento presente em ambos os trechos demarcados por enunciados como "olha", "só se tiver algo muito preocupante", "fique tranquila, pode confiar em mim" já abordados previamente, o que pode nos acrescentar algo à reflexão neste momento é não apenas a influência que a idade possui como no caso do "xixi", mas a questão da sexualidade que pode também determinar a tensividade e as interações do atendimento a partir da ótica do gênero. Questionam-se "perguntas mais íntimas" e sobre relação sexual a uma menina de 16 anos que acabou de ter a sua primeira e se sente extremamente preocupada com uma gravidez e em falar sobre isso com sua mãe.

Evidentemente a questão de sexualidade é algo delicado para qualquer faixa etária de uma maneira geral no ocidente judaico-cristão, sobretudo no Brasil com suas bases morais intrinsecamente ligadas ao catolicismo e ao evangelicalismo. Por isso, o facilitador sugere que, neste caso, subvertam-se os subcódigos e apele-se a algo menos coloquial:

Facilitador: "Quanto mais claro você for nas perguntas, mais te ajuda. Eu gosto muito do termo 'relações sexuais' ao invés de sexo, fazer sexo, né? Porque é simples e bem neutro, né? Não tem conotação nenhuma".

Dessa forma, mesmo que para uma adolescente termos como "transar", "fazer sexo" façam mais sentido e até aproximem o diálogo, por uma questão cultural – quase que moral –, nesse caso, há então uma sugestão de "neutralidade" do código, estabelecida com o uso de uma expressão menos coloquial, a fim de evitar qualquer tipo de acidente ou aumento de intensidade e concentração de extensidade.

No entanto, é relevante indicar que questões mais delicadas podem disparar regimes de maior ajustamento, manipulação e acidente, distanciando a entrevista – sobretudo do IS – da programação indesejada.

Estudante 1: "Você se sentia pronta ou foi mais por pressão das amigas mesmo?"

Estudante 2: "Como foi assim pra você, tirando a gravidez, assim..."

Estudante 7: "Quer me contar como foi... como você tem se sentido em relação a isso?"

Percebemos três estudantes que buscaram compreender a experiência sexual da adolescente em um contágio regido por empatia – até compaixão ou cuidado –, no sentido de ir além da preocupação da adolescente apenas com a gravidez, mas atentando-se para a importância que esse evento teria em seu desenvolvimento sexual e psíquico dali em frente.

Em um possível gradiente, poderíamos postular que iríamos de um regime de menor contágio para um de maior contágio, em que no primeiro, a partir de uma pergunta indutora, a preocupação pela experiência global parece-nos menor do que quando o outro estudante inicia seu enunciado perguntando se a paciente deseja compartilhar sua experiência. Mas antes deste primeiro trecho elencado, viria ainda este:

Estudante 1: "Vou continuar então, tá bem? Depois se vc quiser contar alguma coisa, você me interrompe".

Aqui podemos perceber um alto nível de programação e uma baixa passionalização. Em se voltando à programação frente a uma questão como essa é que se pode perder a oportunidade de qualquer contágio futuro ou obtenção de sucesso em qualquer manipulação.

3.4 OS IMBRICAMENTOS E O ESCAPE À PROGRAMAÇÃO: ANTECEDENTES PESSOAIS E FAMILIARES

A essa altura, fica difícil para o estudante seguir linearmente um roteiro pré-estabelecido por alguns motivos: os regimes interacionais de certa forma guiam os interactantes por caminhos e direções que nem sempre estão previstos em um roteiro engessado; a tensividade pode tornar um roteiro difícil de ser seguido na medida em que concentra e atenua, dispersa ou aumenta o inteligível e o sensível na cena semiótica; o discurso apaixonado, ou até mesmo aquele em que há uma menor passionalização, imbrica e apõe percursos que distanciam ou aproximam o sujeito da enunciação de um discurso previamente estipulado.

É evidente que, a esse momento, já se passaram no mínimo 15 minutos de entrevista e que muito já se foi perguntado e respondido. Dessa forma, pode ser que algumas perguntas tenham saído da ordem cronologicamente prevista pelo roteiro do estudante e que fique difícil para ele assimilar seu discurso dentro dele. O facilitador pergunta:

Facilitador: "Você sabe diferenciar semiologicamente antecedente pessoal de ISDA?"

Porto (2014, p. 57-58) caracteriza antecedente pessoal como "avaliação do estado de saúde passado e presente do paciente, conhecendo fatores pessoais e familiares que influenciam seu processo saúde-doença", contendo 1) gestação e nascimento, 2) desenvolvimento psicomotor e neural, 3) desenvolvimento sexual, 4) doenças sofridas pelo paciente, 5) alergia, 6) cirurgias, 7) traumatismo, 8) transfusões sanguíneas, 9) história obstétrica, 10) vacinas e 10) medicamentos em uso; já familiares "começam com a menção ao estado de saúde (quando vivos) dos pais e irmãos do paciente. Se for casado, inclui-se o cônjuge e, se tiver filhos, estes são referidos. Não se esquecer dos avós, tios e primos paternos e maternos do paciente."

Assim, é compreensível observarmos perguntas que podem se confundir na hora do roteiro, uma vez que há, por exemplo: sexo/gênero na identificação; relações sexuais no IS; e desenvolvimento sexual em antecedentes pessoais. Mesmo todas as perguntas diferindo-se em essência e em rigor técnico, o paciente pode simplesmente adiantar algum item ou até mesmo explorar algum detalhe posteriormente quando perguntado não apenas acerca de assuntos similares, mas também sobre assuntos que, mesmo sem ter correlação prévia aparente, podem desencadear em sua mente eventos que para ele tenham relação subjetiva e individual.

Em uma das simulações esse "vai e volta" – nas palavras dos próprios estudantes e do facilitador – foi de certa maneira recorrente ao ponto de uma colega avaliá-la da seguinte forma:

Estudante 4: "Eu achei que essa entrevista não foi nada roteirizada, gostei que ficou parecendo bem descontraído e eu lembro que você falou que tinha esse receio de parecer muito roteirizado."

O facilitador até se equivoca ao avaliar uma das simulações, pensando que a estudante avaliara a menarca da paciente, quando na verdade ela explorara apenas a sexarca e é a colega que percebe:

Estudante 4: "Acho que você não perguntou sobre a menarca, mas também, como tem a ver com essa questão ginecológica..."

Facilitador: "Mas ela perguntou, não perguntou, [nome da estudante]?"

Estudante 3: "Não, não perguntei, explorei só a primeira experiência sexual dela mesmo na HDA."

Logo, percebemos como as informações começam a se emaranhar não apenas para quem executa o roteiro, mas também para os que observam, inclusive para o facilitador.

3.4.1 Assuntos complexos: manipulação e imbricamentos

Podemos notar que assuntos como "desenvolvimento sexual", "vacinas" – sobretudo durante a pandemia do novo Coronavírus – e "doenças prévias", como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, podem mobilizar no paciente um número maior de sentimentos e afetos, de modo que alterem a intensidade – e conseqüentemente a extensidade – do atendimento. E uma vez que é da tensividade, é das paixões também.

Fontanille (2019, p. 187) estabelece que um discurso responde a uma de três dimensões: 1) a ação que segue a lógica das transformações, tendo seu sentido determinado retrospectivamente graças ao cálculo das pressuposições; 2) a paixão, que obedece a uma lógica tensiva, sendo sua racionalidade a do acontecimento, que, por sua vez, não é acabado, advém e afeta aquilo que está diante dele, para quem ou em quem ele advém; 3) a cognição, que designa o conjunto da faculdade da linguagem ou a manipulação do saber no discurso. O teórico vai além em sua teoria quando estabelece os imbricamentos como as sequências que esses três grandes regimes discursivos determinariam entre si ao formarem sequências facilmente reconhecíveis (FONTANILLE, 2019, p. 238).

Vejamos o seguinte exemplo:

Estudante 1: "Hum, vacinas, é... Você sabe me dizer assim primeiramente da COVID, né? Como tá a situação das vacinas?"

Vanusa: "Eu teria que perguntar para a minha mãe, mas não sei se eu tenho todas as vacinas. Ano passado minhas amigas tomaram uma, mas eu não tomei..."

Estudante 1: "Você não tomou?"

Vanusa: "Não"

Estudante 1: "Nenhuma da COVID?"

Vanusa: "Acho que não."

Estudante 1: "Hum, isso é importante... é... se eu não me engano, acima dos 15 anos já... já... já... né? já... já... foi dado a vacina. É [pausa] é importante mesmo que a pandemia esteja, é, numa situação de controle e tudo mais, a questão da vacina, ela é num, num é uma questão individual, é uma questão coletiva, né? É um pacto, né? Assim, como posso te falar... ao passo que quanto mais pessoas estejam vacinadas, a gente impede a circulação do vírus, né? Então é importante verificar essa questão das vacinas."

Se pudéssemos estipular um imbricamento nessa sequência de enunciados, diríamos: [Ação – Paixão – Cognição]. No início, temos a estudante realizando as perguntas de acordo com seu roteiro, numa espécie de programação que teria em si mesma um final completo, se não fosse a resposta não apenas negativa de Vanusa para o recebimento das vacinas, mas também sua falta de confiança na eficácia dessas. Na primeira negativa "mas eu não tomei", percebemos um claro esquema tensivo de ascendência se iniciando e desenvolvendo à medida que Vanusa vai respondendo às perguntas seguintes de maneira não esperada pela estudante. Ela pede para que Vanusa repita novamente que não tomou e a ascendência escala no momento em que ela enuncia que não tomou nem uma das 3 doses requeridas até aquele momento.

Aqui já temos um discurso de paixões, podendo ser contadas 5 repetições do termo "já" quando a estudante tenta convencer a paciente sobre a importância da vacinação, sobretudo da COVID-19. A partir daí o imbricamento segue em um regime de dominância da cognição, em uma tentativa de manipular o saber da paciente acerca da situação sanitária que ela vive e do "pacto coletivo" que a estudante acredita existir recobrando a questão das vacinas.

Dessa forma, identificamos um caráter mais sensível e mais pessoal nesse item da anamnese que nos outros anteriores, na medida em que mesmo os estudantes com menos intervenções ao longo do atendimento optam por não seguir a programação e imbricam apaixonados na paixão e na cognição. Por exemplo, uma das estudantes que no item anterior não respondera ao contágio de humor do paciente Afonso, segue no mesmo imbricamento quando o paciente enuncia também – em um contexto diferente, aqui sobre a vacina da gripe – não acreditar na eficácia das vacinas:

Estudante 2: "Por que que o senhor pensa assim?"

Afonso: "Ah, porque uma parte, sei lá, né? Não é um risco... Coronacav não teve jeito, né? kkkk Tive que tomar,

Estudante 2: "Então, mas aí o senhor não pegou COVID..."

Afonso: "Não peguei, né? Mas a conversa com o povão é que se você toma vacina da gripe, aí que cê pega gripe."

Estudante 2: "Entendi... é que o pessoal fala."

Afonso: "É, comenta muito."

Estudante 2: "Uhum."

Afonso: "Acho que devia ter mais informação sobre isso."

Estudante 2: "Uhum, é, então, eu posso afirmar pro senhor que as vacinas são feitas pra proteger a gente, né? Pra melhorar a nossa imunidade. Elas podem ter algum efeito colateral assim como um medicamento que a gente toma, mas num... num vai te fazer pegar gripe, COVID..."

Afonso: "Eu penso assim também, às vezes, se... se pegar vai pegar mais fraco também."

Nesse caso, temos, em forma de práticas discursivas, uma maiêutica maior por parte da estudante, em busca de convencer o paciente sobre a urgência e a importância em se vacinar contra a gripe. Nesse sentido, percebemos questionamentos e provocações como "Por que que o senhor pensa assim?" e "mas aí o senhor não pegou COVID" que, em um esquema de entrevista motivacional, ensaia engendrar uma reflexão no paciente para que ele mesmo chegue às conclusões que o estudante do primeiro exemplo já apresentou de súbito à Vanusa.

Essa ginástica cognitiva acaba quando a estudante decide expor sua posição com base na ciência e em seus estudos acadêmicos, quando enuncia "então, eu posso afirmar pro senhor"; ao afirmar, ela busca encerrar o discurso cognitivo, lançando mão da manipulação dali para frente, dando sequência a uma possível sequência de discursos, ou interações.

Há mais dois exemplos que retificam o caráter de ascendência tensiva, que acaba imbricando o discurso da ação programática à cognição manipuladora:

Estudante 7: "Como está a sua carteirinha de vacinação?"

Vanusa: "Com a minha mãe, mas as minhas amigas falam que tomaram ano passado, mas eu não, não acho importante."

Estudante 7: "É bem, é bem importante, sim. Porque a vacina melhora muito, em casos de um caso mais grave, por exemplo, né? Respiradores... então a vacina e usar álcool assim ajuda muito a não subir os casos, mesmo nesse momento que a gente teve uma diminuição considerável é importante continuar fazendo ainda, né? Porque foi uma doença bem grave... mas é assim, né? Mas enfim... faz uso de algum medicamento?"

No exemplo acima, podemos ainda notar nitidamente a volta do imbricamento à programação inicial após a estudante perceber que a paciente não estava sancionando seu discurso da maneira que ela esperava, uma vez que sua linguagem corporal e verbal apontavam para um desinteresse corporal e cognitivamente unânime em mudar de opinião sobre a vacinação. A estudante já começa de um esquema de alta intensidade e concentrada extensidade e vai percorrendo o desenvolvimento de decadência à medida em que usa seus melhores argumentos e a paciente sequer responde corporalmente aos enunciados.

Em um último exemplo a respeito dessa questão, temos um estudante com caráter mais interventivo e convidativo:

Estudante 7: "Você não pensa em tomar? Você não acha que tomar vai te fazer bem?"

Vanusa: " Eu acho que a doença não é tão grave assim que nem falam... eu sempre saí sem máscara e nunca aconteceu nada..."

Estudante 7: "Então, porque por mais que para você, você possa ter contato e ter sido assintomática. Não é sempre que alguém que tem alguma dificuldade do corpo pode ser que esteja doente... o câncer mesmo... [...] aqui no posto eles estão vacinando, então se você quiser tomar a vacina, tá, a gente pode marcar horário que ainda tem bastante assim..."

O mais interessante em pontuar sobre os 4 exemplos apresentados é talvez o de que nenhum dos estudantes utilizou o mesmo argumento em seu imbricamento cognitivo: a primeira remonta ao pacto coletivo; a segunda aos efeitos colaterais da vacina; a terceira ao motivo pelo qual vacina-se mesmo com vacinados sintomáticos; e o último remonta à ideia de doença e saúde, fazendo, além disso, um convite à Vanusa em comparecer à Unidade de Saúde e regularizar seu esquema vacinal.

Evidentemente que os disparadores e os motivos pelos quais os pacientes não gostariam de se vacinar também mudaram de simulação para simulação, porém ao longo dos exemplos pudemos observar talvez estilos diferentes de médico ainda que no mesmo percurso de imbricamento, em reação ao mesmo disparador geral: a não intenção em se vacinar. Isso pode nos dizer muito sobre a concepção que os estudantes, de maneira geral, têm sobre prioridades e necessidades de intervenção, bem como às diferentes formas de se abordar questões polêmicas e de urgência sanitária.

3.4.2 Do *éthos* e do *páthos*: a necessidade de saber com quem se fala segue

Estudante 2: "Agora falando um pouquinho sobre os antecedentes: você já tem alguma doença prévia que você saiba? Assim, já teve sarampo, caxumba..."

Estudante 2: "Antecedentes familiares também não tinha como explorar muito, porque ela só conhece a mãe."

Ao longo da entrevista, como já dissemos, o médico deve a todo momento, enquanto enunciador, estar alerta e ciente das duas instâncias retóricas básicas: o *éthos* e o *páthos*. A

partir dessas duas concepções aristotélicas do discurso é que ele se permite seu processo de enunciação e busca sucesso em sua entrevista de atendimento médico, modulando seu fazer persuasivo e o interpretativo do paciente, enquanto destinatário, a partir dos aspectos culturais, contextuais e situacionais (FULANETI, 2010).

A partir dos trechos acima de duas simulações com a paciente Vanusa, podemos considerar respectivamente: 1) culturalmente e socialmente, uma menina de 16 anos ainda no ensino fundamental público residindo em uma cidade no interior do estado, de família cuja renda mensal não ultrapassa os três salários mínimos e sem conhecer família materna ou paterna, pois a mãe foi expulsa de casa ao engravidar aos 16 anos e o pai não assumiu; 2) contextualmente, uma adolescente cuja primeira relação sexual ocorreu uma semana antes do atendimento por pressão social das amigas e que, por esse motivo, teme uma gravidez indesejada semelhante à da sua mãe; 3) situacionalmente, uma paciente pouco colaborativa e extremamente programada, interessada apenas em descartar a possibilidade da gravidez.

Dessa forma, podemos dizer que termos como "doenças prévias", "antecedentes" podem não significar muita coisa à adolescente, sendo por isso, talvez, e também pela falta de resposta verbal e corporal à pergunta, que a estudante complementa a pergunta com "caxumba, rubéola...", ao que a paciente finalmente responde "tive catapora quando era criança". Não obstante, uma parte completa da anamnese fica incompleta pelo fato de a paciente desconhecer fatos sobre ambos os lados de sua família biológica.

A mesma análise pode ser feita do sr. Afonso: 1) culturalmente e socialmente, um senhor de 65 anos com curso superior em Direito completo, atualmente aposentado e residindo com sua esposa, um filho é engenheiro em outro estado e uma filha mora em outro país na Europa; 2) contextualmente, um idoso, ex-fumante, com recente quadro de angina instável prenunciadora de infarto; 3) situacionalmente, um paciente que afirma que seu estado de saúde atual é bom, sem esquema de vacinação completo também por considerar não necessário. Nessa perspectiva, temos os seguintes enunciados.

Estudante 3: "Na hora de perguntar das doenças, você perguntou assim: 'ah, tem doenças marcantes na sua família?' Diabetes, por exemplo, diabetes é uma doença comum, então não sei se ele sabe que precisa falar..."

Afonso: "Então, Dra., eu não sinto nada, me sinto bem. Não tenho o hábito de fazer os exames de saúde, tenho plano.

Estudante 6: "Então, o Sr. não faz uso de nenhuma medicação?

Eu não entendi a última parte, como foi o resultado dos últimos exames do senhor?

Afonso: "Então, Dra., eu não fiz, o médico pediu, mas eu não fiz..."

O primeiro trecho é a avaliação de uma colega à simulação da estudante e, de certa forma, ela vai ao encontro da literatura de Porto (2014), pois o termo "marcante" para caracterizar uma doença é puramente subjetivo e talvez individual dela, surgido porventura no momento da enunciação a fim de vencer termos como "antecedentes" ou "doenças prévias" utilizados pela outra estudante cujo trecho analisamos anteriormente. Contudo, tal termo talvez possa não ter o mesmo sentido para o paciente, como o enunciador esperaria. O que configura algo marcante varia, efetivamente, de indivíduo para indivíduo, causando um ruído na comunicação, abrindo para o regime de acidente.

Um outro momento que responde à falta de contextualização da estudante na condução da entrevista é exposto pelo facilitador em um de seus momentos de avaliação:

Facilitador: "Uma coisa engraçada que eu acho que anotei... como fica essa questão do roteiro, quando fica automático. Então assim: 'O senhor tem tido queda de cabelo? [pausa para rir] 'Dra., maaaais? Dra., mais?' Porque percebe, o Afonso pode ser calvo como o ator, então, entende?"

Nesse caso em específico, a estudante segue a programação, sem qualquer adaptação, e pergunta sobre algo sensível a que, felizmente para ela, o paciente reage de maneira leve e humorada. Mas, mesmo assim, notamos uma necessidade reiterada nesses trechos em se levar em consideração os três aspectos – culturais, contextuais e situacionais – quando pensamos nesse jogo dos papéis e máscaras em uma comunicação entre indivíduos que respondem a *éthos* e *páthos* em regimes interacionais, esquemas tensivos, percursos passionais e imbricamentos de discursos.

3.5 HÁBITOS E ESTILO DE VIDA

Seguindo a ordem proposta por Porto, temos a investigação dos hábitos de vida, momento que o autor conceitua como muito "amplo e heterogêneo, documenta hábitos e estilo de vida do paciente e está desdobrado nos seguintes tópicos: Alimentação; Ocupação atual e ocupações anteriores; Atividades físicas; Hábitos" (PORTO, 2014, p. 58).

Estudante 5: Certo, vamos falar um pouco assim dos hábitos de vida, como que é a alimentação? Você costuma fazer as 3 refeições do dia assim?

Percebemos que nesse ponto da anamnese completa, os estudantes já se encontram com menos paciência perceptível pelas questões mais fechadas, como no exemplo acima. Ao invés de perguntar apenas como era a alimentação, o estudante prontamente já concluiu sua pergunta com o que desejava saber sobre este item. Outro estudante percorre o mesmo caminho:

Estudante 2: Como é a alimentação do senhor? O senhor costuma comer fruta, verdura? Como é?

Na realidade, é compreensível, uma vez que, para uma anamnese completa, há muito o que se explorar. Contudo, são nesses momentos críticos que o vínculo estabelecido deve prevalecer sobre os possíveis desdobramentos da tensão. Se consideramos um estilo humanizado, é certo que mesmo aqui prevaleçam perguntas abertas, interessadas na totalidade da experiência do indivíduo em seus hábitos de alimentação, por exemplo.

Foi até observado um caráter de checagem de lista em um dos casos, ao que o paciente Afonso respondeu:

Afonso: Eu acho que não faz mal máscara, só o cachimbo todo dia... eu tomo uma dose de cachaça todo dia, nada mais que isso e na chácara tem coleta de lixo.

Percebemos uma alta programação, na medida em que há 4 respostas a 4 perguntas em um só enunciado.

A partir do trecho acima também notamos algo não exclusivo a essa seção – se pensamos em vida sexual, por exemplo –, porém muito intrínseco a ela: o julgamento de valor sobre como a pessoa conduz sua vida. O próprio nome da seção já é amplamente sugestivo: Hábitos e Estilo de Vida.

Percebemos, por exemplo, o fato sensível da questão do uso da máscara à qual Afonso responde que não acha problemático não usar e que, em sua concepção, o problema maior residia no cachimbo que fumava todos os dias. É notável que os juízos de valor são mais fortes nessa seção, uma vez que o paciente já espera de um médico alertas e orientações sobre as questões abordadas nessa parte.

Contudo, espera-se em um estilo humanizado um juízo de valor técnico, sem arguições moralizantes ou preconceitos envolvidos. Em comentários nessa seção, o médico pode até mesmo flertar com os estilos emotivo e indiferente, dependendo de como procurar convencer o paciente em relação a seus hábitos, caso esses não sejam adequados para sua condição de saúde. Um colega ao avaliar o atendimento de um estudante nessa seção diz:

Estudante 4: Acho que o problema foi "mas tem que diminuir", acho que faltou convencer o paciente, tipo assim: Ai, Seu afonso, é que o álcool ao longo do tempo ele vai fazendo "papapa" com seu fígado e com seu sistema nervoso, com várias das coisas do seu corpo não faz muito bem. Não sei, tipo, talvez não explicar "nossa, o álcool vai e liga no receptor tal e faz isso, mas tipo falar que não faz bem sabe e mesma coisa com tabaco. Então pela sua qualidade de vida, seria interessante que a gente diminuísse esse consumo...

É evidente que os próprios estudantes já adquirem consciência da intersecção dos subcódigos linguísticos e da necessidade de não se procurar uma postura impositiva, porém o mais interessante de se observar é a tentativa de um regime de manipulação que o estudante propõe a fim de fazer o paciente crer que o álcool e o tabaco não farão bem para o seu organismo e fazê-lo dever diminuir ou cessar o uso.

Motivo – "pela sua qualidade de vida" – e modulação – "seria interessante" e "diminuísse" – fazem da manipulação proposta um imbricamento de cognição (FONTANILLE,

2018), ao acionar no enunciatário seus conhecimentos de qualidade de vida e como essa implica seu cotidiano; para paixão (medo do que isso pode causar), ao mobilizá-lo em relação à sua qualidade de vida; para enfim um de possível ação, fazendo o paciente fazer o interrompimento ou a diminuição do uso de álcool e tabaco.

Há nesse trecho algo muito semelhante:

Afonso: Dra., eu fumei por 20 anos.

Paciente 2: Atualmente o senhor fuma?

Afonso: Não, faz 10 anos que eu parei por pressão dos filhos, agora atualmente eu fumo um cachimbo à tarde.

Semelhante, pois o paciente cessou o uso de cigarro por pressão de seus filhos, no que pode ter sido um regime de manipulação de anos a fim de que seu pai tivesse uma vida melhor.

Alguns perguntaram sobre atividades, amigos, rede de apoio e houve tentativas de contágio a fim de vencer a programação final da consulta, como por exemplo:

Afonso: Prefiro suco.

Estudante 2: O senhor pega na chácara as frutas?

Afonso: Ah, aqui tem acerola, laranja, aí a gente pega e faz.

Estudante 2: Aí é gostoso, né? Natural.

Afonso: Sem agrotóxico.

Estudante 2: Sem agrotóxico ainda, melhor ainda.

Esse compilado de exemplos mostra como o contágio é importante em momentos mais "íntimos" do cotidiano, sobretudo aqueles delicados e de difícil abordagem. Não obstante, ficou claro que, ao longo de toda a anamnese, as tentativas de contágio são presentes e os estudantes se mostram interessados em buscar humanizar seu atendimento com elementos motivacionais e ativos.

4 DA MANIPULAÇÃO AO PLENO EXERCÍCIO DO *ÉTHOS* : HIPÓTESE DIAGNÓSTICA E PLANO DE CUIDADOS

É parte da cura o desejo de ser curado.

Sêneca

Por que indivíduos procuram médicos? É claro que há vários motivos possíveis, mas de uma maneira geral, esperam certa resolutividade de uma queixa. Esperam que o profissional lidere uma conduta que vá resolver um certo problema, que pode ou não já conhecer previamente.

Nesse contexto, o plano de cuidados é o momento após anamnese e exame físico em que se estabelecem quais condutas serão tomadas para tal resolutividade. Antes de seguirmos, é válido apenas apontar para a ausência do exame físico em nossa análise, uma vez que as simulações gravadas foram realizadas de modo remoto, sem a presença do exame físico.

Também é válido lembrar que as simulações dos atendimentos foram realizadas por estudantes em formação, como ilustrado abaixo:

Afonso: O que a Dra. acha?

Estudante 9: Eu não posso afirmar nada nesse sentido, mas o médico da unidade vai dar um retorno

Mesmo já sabendo – por talvez já ter estudado o assunto –, a estudante orienta:

Estudante 9: O que eu posso falar para o senhor é tentar não fazer muito esforço físico por agora.

Dessa forma, não conta para o paciente qual seu problema de saúde por sua situação acadêmico-profissional, mas estabelece uma manutenção de vínculo, oferecendo orientações gerais que não envolvam medicação e que estejam dentro de suas competências como estudante de segundo ano, como: atividade física, ingestão hídrica, redução de danos de uso por uso de substâncias etc. Há até uma certa preocupação por parte dos estudantes em não concentrar essas orientações ao final da consulta, pensando no andamento e na tonicidade do encontro, de forma a aumentar a intensidade do atendimento e promover um atendimento

humanizado, em que ambas, intensidade e extensidade, se mostram altas. Nas palavras de uma estudante:

Estudante 2: Achei que ficou natural a conversa com as orientações logo que a paciente falou e não deixar para o final, sabe?

Ao longo da anamnese, assim, percebemos várias dessas intervenções:

Estudante 2: O ideal seria, né, pelo menos dois litros de água por dia. Não deixar para tomar apenas quando sentir sede. Mas enfim...

Estudante 6: Também comentar também que o senhor diminua o consumo de álcool, porque o senhor toma todo dia.

Afonso: Mas eu bebo bem pouquinho... bem pouquinho, um quarto de um copo americano.

Estudante 6: Mas é interessante diminuir. Deixa para uma vez na semana.

se o senhor voltar a sentir de novo essa dor pode voltar a entrar em contato.

Ao tomar os enunciados dessa parte da história clínica, percebemos que práticas relacionadas à adesão aparecem condensadas e representadas no nível do texto. Essa condensação é desdobrada no nível superior, o dos objetos, quando a manipulação posta no enunciado convoca o enunciatário a tomar certas medidas em sua vida a fim de que sua saúde melhore. A partir disso, o enunciatário converte-se em um sujeito operador de cenas predicativas assim resumidas: beber dois litros de água por dia, cessar o tabagismo, cessar o etilismo etc.

Muitas análises poderiam ser feitas a partir desses trechos – assim como de todos que aqui foram expostos –, mas o que mais nos chama atenção é de fato a transformação conduzindo a orientação discursiva, marcada por um regime de interação da ordem da manipulação. Bem como Fontanille (2019, p. 157) pontua: "O enunciado de transformação é sempre interpretável isoladamente, mas ele será tido como insignificante ou inadequado no discurso se não obedecer à orientação dominante".

Dessa forma, percebemos que o discurso todo é enunciado durante o atendimento com um único fim: a descoberta do diagnóstico e sua subsequente conduta. Todos os pontos de contato e interação, contágio ou programação ou acidente levam a esse momento do que se dirá a respeito do que se fazer. Por isso, é tão importante sentir junto com o paciente, para que ele aja junto com o médico.

Para entendermos essa transformação discursivizada, podemos utilizar um conceito de Fontanille (2019, p. 147). O autor estabelece que um actante seria caracterizado pela estabilidade do papel que lhe é atribuído em relação a um predicado. Dessa forma, os actantes transformacionais seriam de duas classes: os que dependeriam do desejo e da busca, em uma associação de sujeito e objeto; ou aqueles que dependeriam da comunicação, envolvendo destinador e destinatário (FONTANILLE, 2019, p. 161).

Nesse contexto, pode-se pensar nas duas posições em uma relação médico-paciente: o sujeito paciente é aquele que deseja e busca estar em conjunção com o objeto saúde/vida; o médico, por sua vez, é aquele que depende da comunicação a fim de ajudar o paciente a atualizar seu estado de crença e aderir ao plano de cuidados.

Percebemos, nessa perspectiva, elementos nos enunciados que apontam tanto para um cuidado excessivo na hora da incerteza da abordagem feita pelo estudante quanto pela própria incerteza de que o paciente vá deixar de fumar e beber, como: "seria", uma debreagem enunciativa de tempo, utilizando o tempo verbal como modulador do discurso; "deixa" como outra debreagem enunciativa de tempo, nesse caso buscando uma intimidade e casualidade na hora do convencimento; "mas enfim" ao final do alarme para a importância da diminuição do uso da substância, indicando que nesse momento de baixa intensidade e extensidade difusa, o estudante já não acredita que vá ser ouvido; "mas também comentar" indica que o que vem a seguir é apenas uma sugestão ou algo sem tanto valor quanto o que foi discutido antes – a dor no peito –, também validando a falta de confiança do estudante nesse momento.

É claro que esses são apenas alguns exemplos das várias marcas de enunciação presentes ao longo de todos os trechos, mas que aqui indicam que a modalidade – conceituada como os conteúdos que definem a identidade dos actantes (FONTANILLE, 2019, p. 148) –

"emana especificamente de um actante controle, enquanto em geral a modalização emana em geral da manifestação da atividade discursiva" (FONTANILLE, 2019, p. 170).

Ou seja, a modalidade da consciência e da tomada de decisão parte do médico, mas se o paciente vai ou não aderir ao que ele propõe vem da forma – modalização – como ele constrói seu discurso em seus atendimentos: "Portanto, pode-se dizer que a modalidade modifica o modo de existência do processo no discurso" (FONTANILLE, 2019, p. 173).

Podemos também pensar nas categorias de modalidades extrínsecas e intrínsecas de Greimas (2014, p. 93) em que aquelas seriam da ordem do dever-fazer e do poder-fazer e essas da do querer-fazer e do saber-fazer. Dessa forma, muitas vezes, o médico precisa discursivizar e enunciar a partir da situação atual do paciente que pode, a princípio, não querer ou não saber fazer o que lhe é proposto.

Se voltarmos ao segundo exemplo proposto, percebemos vários imbricamentos na discursivização da transformação. "Também comentar também que o senhor diminua o consumo de álcool, porque o senhor toma todo dia" seria da ordem da cognição, uma vez que busca manipular o saber do paciente, a que esse responde "Mas eu bebo bem pouquinho... bem pouquinho, um quarto de um copo americano", imbricando em um discurso apaixonado, ao que o estudante por fim termina com "Mas é interessante diminuir. Deixa para uma vez na semana" voltando à cognição, pressupondo um esquema de ação.

Isso porque, segundo Fontanille (2019, p. 198), "o conflito é inerente à lógica da ação: se é preciso um operador para transformar um estado, é justamente porque, por definição, esse estado resiste à transformação", contudo, segundo o mesmo autor (2019, p. 203). "a persuasão provém da cognição e da paixão, e não somente da ação". Por esse motivo, percebemos diversos imbricamentos dos percursos racionais do discurso, inclusive muito demarcados no exemplo a seguir:

Vanusa: Eu não gosto de vegetal, essas coisas e minha mãe fala que não compra fruta porque é muito caro, então eu gosto de fruta, mas eu não como... e... eu acho que é isso e eu não como doce que é pra não engordar.

Estudante 1: Você tem preocupação com essa questão, né? Do físico, assim de não engordar...

Vanusa: Sim.

Estudante 1: Mas é algo que te preocupa muito, assim, tipo, você acha que te atrapalha assim nas suas atividades do dia a dia? Você acha que você se priva de não comer? Assim, se é que você me entende ou não. Você acha que você come o suficiente pra se manter ou só evita mesmo os doces?

Vanusa: Ah, minhas amigas falam que ser gorda é feio, então eu não como nada.

Estudante 1: Entendi. É, hoje em dia a gente tem muito essa pressão estética, né? De precisar ter o corpo perfeito, principalmente por conta das redes sociais. Então, é uma questão que a gente precisa trabalhar mesmo, né? Desconstruir assim como sociedade, saúde não tá ligada ao físico, né? Às vezes a pessoa tem um corpo perfeito e a saúde dela não é a melhor do mundo, né? Então, a gente precisa desconstruir um pouco essas coisas. Você é jovem, você é bonita e não precisa ter paranóias nesse sentido, assim, sabe? De deixar de se alimentar por conta disso. O ideal seria agora que as coisas voltaram agora um pouco, um exercício físico... não como uma questão estética, mas como consequência. Você fazer um exercício físico, além de uma questão de saúde mental como um todo vai refletir no seu físico. Isso é muito bom

É perceptível o mesmo movimento aqui, porém com uma ginástica manipulativa maior por parte da estudante frente a uma queixa tão sensível quanto a de um transtorno alimentar. Em seu quase monólogo, a estudante levanta questões sociais e culturais a fim de convencer a adolescente a, ao invés de deixar de comer, fazer um exercício físico. Percebemos uma tentativa de modalização intrínseca de saber fazer e querer fazer. Em um regime de ajustamento, a estudante procura sentir com a paciente sua queixa e lhe munir de ferramentas do saber para um ganho de consciência, uma modalização atualizante.

É certo também que por se tratarem de estudantes, os sujeitos quase-médicos ainda não dominam as doenças e suas possíveis condutas, mas percebemos uma tentativa de atender a essas expectativas da maneira como podem, errando e utilizando, assim, da metodologia do curso da universidade em que estudam. Uma das colegas, ao avaliar, diz:

Estudante 4: Na questão da COVID, das máscaras, você fez uma orientação, mas eu acho que precisa de uma orientação mais assertiva, né? Não pressionando, mas mais assertiva, orientando para a coletividade, para todos.

Talvez aqui seja onde também reside a beleza do processo de formação e como nele o estudante se apropria de um ou mais estilos discursivos a fim de construir o seu próprio.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tudo quanto vive, vive porque muda.

Fernando Pessoa

Este trabalho tinha, quando ainda era um projeto, como principal objetivo analisar a construção do *éthos* e do *páthos* no diálogo estabelecido na relação médico-paciente e médico-médico numa situação pedagógica de formação, a partir da semiótica de linha francesa, buscando estabelecer relações entre as atividades universitárias de um curso de Medicina e a prática profissional inserida amplamente no contexto nacional. Ao longo do percurso, desafiamos-nos a, além disso, desenhar 4 estilos discursivos de médicos (em formação) para compreender de que maneira a medicina poderia se inserir de maneira humanizada na semiótica.

Não obstante, mesmo sendo um bom primeiro passo, desenhar os 4 estilos discursivos de médicos ainda não é suficiente para contribuir para a reflexão sobre ser médico e, quem sabe, para transformar positivamente aquilo que se entende socialmente como médico na sociedade brasileira do século 21. Buscamos a partir de Marchuschi, Zilberberg e Landowski promover uma análise robusta de um *corpus* estratégico a fim de apontar na direção de mudanças das práticas semióticas envolvendo a medicina, almejando que essa se torne humanizada.

Percebemos como, mesmo em dificuldades, a academia hoje caminha em direção a uma medicina humanizada que se quer cristalizar como “deformidade coerente” às formas de vida dos médicos do futuro.

Vislumbramos, acima dos diálogos assimétricos e dos esquemas majoritariamente de programação e acidente, uma tentativa de superação da qualidade dos atendimentos simulados e um anseio – quase que psicanalítico – em tornar os embates das horas gravadas em momentos de aprendizado e desenvolvimento pessoal.

Deparamo-nos com profissionais comprometidos com a cena semiótica e esforçando-se para serem livres do nome de qualquer tradição, a fim de vencerem os enlaces

dogmáticos que pudessem envolver os estudantes pela maneira com a qual a sociedade possivelmente espera, ainda, vê-los no futuro.

Surpreendentemente, então, o que vimos foi um avanço na “contraperseverança” de estudantes de medicina nas formas de vida de médicos. Vimos as estratégias segundo as quais estudantes e docentes atualmente estabelecem suas cenas predicativas a fim de construir um estilo próprio dentro da categoria humanizado. Afinal, segundo Fontanille (2015, p. 58), a mola propulsora da manifestação das formas de vida seria exatamente os jogos semióticos entre a “perseverança” e a “contraperseverança”.

Caracterizamos um movimento que deixa questionamentos positivos sobre a efetividade de um projeto político pedagógico que visa e apreende o valor humano dentro das habilidades e competências requeridas de seus estudantes e apontamos para uma apropriação única desse projeto, em especial, das estratégias pedagógicas para auxiliar os estudantes a "deformar coerentemente” as formas de vida dos médicos, a fim de modulá-las de maneira humanizada.

Talvez imagine-se que haja três impasses significantes nesse trabalho: o caráter remoto de ensino, dado pelo momento da coleta de dados; e o próprio fato de comporem o *corpus* estudantes e não médicos formados em seus contextos clínicos; e até mesmo a situação pedagógica de simulações de atendimentos. Contudo, eles não são considerados pelo autor desta dissertação impasses, mas sim possibilidades, e o que se discutiu e semioticamente desbravou foi uma síntese singela de jovens adultos na contrapartida de um sistema milenarmente construído e pronto para convertê-los em médicos burocráticos ou indiferentes. Sendo que o que se esperava era na verdade uma elite instrumentalizada para perseverar no percurso da ação, contribuindo para a sedimentação e perpetuação de códigos sociosemióticos que dissessem respeito à burocratização da medicina.

Como já expusemos, a maioria dos diálogos foi, sim, assimétrica e a dos regimes de interação, programáticos. Assim, a essa altura da análise, os estilos percebidos entre os estudantes, médicos em formação, poderiam ser caracterizados majoritariamente como burocráticos. Contudo, o que não se pode deixar subentendido e deve explicitar-se

retificadamente é o esforço coletivo que se produziu de maneira exaustiva ao longo das atividades a fim de se vencer essa realidade.

E em estando os sujeitos em questão em formação, não se poderia afirmar que esse é o estilo de cada estudante ou será seu estilo futuro como médico, uma vez que eles ainda estão a desenvolver os seus próprios, podendo-se ainda afirmar que estilo discursivo enquanto médicos apenas terão quando devidamente médicos e que esse estilo poderá ser modulado ao longo de seus cursos de vida.

Por fim, posso afirmar, como autor desta dissertação, semioticista desta análise e também estudante do quinto ano de medicina, que o corpo final deste texto é rico na medida em que aponta para um futuro utópico, porém alcançável no tempo.

Um futuro perfeitamente plausível, uma vez que temos universidades que já produzem ambientes nos quais se fala sobre medicina humanizada, e não só, mas que estabelecem estratégias pedagógicas para tornar seus estudantes mais conscientes e alertas para a problemática, além de instrumentalizá-los e muni-los de práticas para rompem com os valores sociosemióticos dos médicos burocráticos, emotivos e indiferentes.

Plausível, pois, conforme vimos, há já atividades curriculares de cursos de medicina que buscam na semiologia do acontecimento munção para formar médicos que sintam com seus pacientes aquilo que eles referem sentir. E, além, usem de sua expertise técnica para agir de maneira efetiva na vida daqueles que atenderem, de modo que suas atuações sejam objetivas, empáticas, eficazes, contagiantes – excelentes.

Pois, ao final do curso, eles deverão responder ao juramento de Hipócrates, proposto em V a.C., mas que na versão atual – modificada em 2017 pela 68ª Assembleia da Associação Médica Mundial, realizada em Chicago, EUA –, diz:

Como membro da profissão médica:

- » EU PROMETO SOLENEMENTE consagrar minha vida ao serviço da humanidade;
- » A SAÚDE E O BEM-ESTAR DE MEU PACIENTE serão as minhas primeiras preocupações;
- » RESPEITAREI a autonomia e a dignidade do meu paciente;
- » GUARDAREI o máximo respeito pela vida humana;
- » NÃO PERMITIREI que considerações sobre idade, doença ou deficiência, crença religiosa, origem étnica, sexo, nacionalidade, filiação política, raça, orientação

sexual, estatuto social ou qualquer outro fator se interponham entre o meu dever e meu paciente;
» RESPEITAREI os segredos que me forem confiados, mesmo após a morte do paciente;
» EXERCEREI a minha profissão com consciência e dignidade e de acordo com as boas práticas médicas;
» FOMENTAREI a honra e as nobres tradições da profissão médica;
» GUARDAREI respeito e gratidão aos meus mestres, colegas e alunos pelo que lhes é devido;
» PARTILHAREI os meus conhecimentos médicos em benefício dos pacientes e da melhoria dos cuidados da saúde;
» CUIDAREI da minha saúde, bem-estar e capacidades para prestar cuidados da maior qualidade; e
» NÃO USAREI os meus conhecimentos médicos para violar direitos humanos e liberdades civis, mesmo sob ameaça.
FAÇO ESTAS PROMESSAS solenemente, livremente e sob palavra de honra.
(CREMERS)

Juramento este que já reúne atributos do que se entende como medicina humanizada e, portanto, deveria bastar como bússola suficiente nesse caminho a formas de vida e estilos discursivos de médicos humanizados.

Considerações feitas, finalizamos esta etapa de nossa pesquisa e nosso trabalho satisfeitos em perceber práticas semióticas existentes no curso de mudança ao propor o desenho dos 4 estilos discursivos de médicos a partir de uma análise de estudantes que esperançosamente virão a ser médicos humanizados.

O desafio que fica é perceber como esses estilos se desdobram e multifacetam na prática efetivamente médica, bem como quais são predominantes e quais são os maiores desafios a serem vencidos no caminho às formas de vida humanizadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARISTÓTELES. **Retórica**. Lebooks Editora, 2020.

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

BARROS, D. L. P. de. Uma reflexão semiótica sobre a "Exterioridade" discursiva. **ALFA: Revista de Linguística**, São Paulo, v. 53, n. 2, 2009. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/alfa/article/view/2120>. Acesso em: 26 set. 2022.

BONNIN, Juan Eduardo. To speak with the other's voice: reducing asymmetry and social distance in professional–client communication. **Journal of Multicultural Discourses**, 149-171, 2014.

BONNIN, Juan Eduardo. Expanded answers to bureaucratic questions: Negotiating access to public healthcare. **Journal of Sociolinguistics**, 2014.

CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA. 2019.

CREMERS. O juramento de Hipócrates. Disponível em: [≤https://cremers.org.br/juramento-de-hipocrates/≥](https://cremers.org.br/juramento-de-hipocrates/). Acesso em 09 de set. de 2023.

CRASKE, M. G.; STEIN, M. B. **Anxiety**. *Lancet* 388:3048–3059, 2016.

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

HJELMSLEV, Louis. **Prolegômenos a uma teoria da linguagem**. Editora Perspectiva, 2019.

FECHINE, Y. Performance dos apresentadores do telejornal: a construção do ethos. **Famecos**. Porto Alegre, n.36, 2008.

FIORIN, José Luiz. **As astúcias da enunciação: as categorias de pessoa, espaço e tempo**. 3°. ed. - São Paulo: Editora Contexto, 2016

FIORIN, José Luiz. Semiótica e comunicação. **Galáxia. Revista do Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Semiótica**. ISSN 1982-2553, n. 8, 2004a. FIORIN, José Luiz. O Éthos do enunciador, in A. CORTINA, A. R. Marchezan (org.). **Razões e sensibilidades: a semi-ótica em foco**. Araraquara, Laboratório Editorial FLC/UNESP/Cultura Acadêmica Editora, 2004b.

FIORIN, José Luiz. O sujeito na semiótica narrativa e discursiva. **Todas as letras**, vol. 9 (1), 24-31, 2007.

FIORIN, José Luiz (org.). **Introdução à Linguística**. São Paulo: Contexto, 2021.

FONTANILLE, Jacques. **Pratiques sémiotiques**. Paris: Presses Universitaires de France, 2008a.

- FONTANILLE, Jacques. Práticas Semióticas. In: DINIZ, Maria Lúcia V. P.; PORTELA, Jean Cristtus (Orgs.). *Semiótica e Mídia* Bauru: UNESP/FAAC, 2008b.
- FONTANILLE, Jacques. Quando a vida ganha forma. In: NASCIMENTO, Edna Maria Fernandes dos Santos; ABRIATA, Vera Lucia Rodella (Orgs.). *Formas de vida: rotina e acontecimento*. Ribeirão Preto: Coruja, 2014.
- FONTANILLE, Jacques. *Formes de vie*. Liège: Presses Universitaires de Liège, 2015.
- FONTANILLE, Jacques. **Semiótica do discurso**. São Paulo: Contexto, 2019.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Paz e Terra, 2021.
- FULANETI, Oriana de Nadai. **Utopias em rotação**: análise do discurso da esquerda armada brasileira. 2010. Tese (Doutorado em Semiótica e Linguística Geral) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.
doi:10.11606/T.8.2010.tde-25082010-145221. Acesso em: 2021-08-17.
- GREIMAS, Algirdes Julien. **Du Sens**. Paris: Éditions du Seuil, 1970.
- GREIMAS, Algirdes Julien. **Sobre o sentido II**. São Paulo, Edusp, 2014.
- GREIMAS, A. J. e COURTÉS, J. *Dicionário de Semiótica*. São Paulo: Cultrix, 1979.
- GREIMAS & FONTANILLE, Jacques. **Semiótica das paixões**. Trad. Maria José Coracini. São Paulo: Ática, 1993.
- KIERKEGAARD, Soren Aabye. **Conceito de angústia: Uma simples reflexão psicológico-demonstrativa direcionada ao problema dogmático do pecado hereditário de Vigilius Haufniensis**. Editora Contexto, 2013.
- KOCH, I. V. **A inter-ação pela linguagem**: repensando a língua portuguesa. 2000.
- LANDOWSKI, Eric. **Presenças do outro**: ensaios de sociosemiótica. São Paulo: Perspectiva, 2012
- LANDOWSKI, Eric. **Interações arriscadas** Trad. Luiza Helena Oliveira da Silva. São Paulo: Estação das Letras e Cores e Centro de Pesquisa Sociosemióticas, 2014.
- MANCINI, R. **A tradução enquanto processo**. *Cadernos De Tradução*, 40(3), 14–33, 2020. disponível em: <<https://doi.org/10.5007/2175-7968.2020v40n3p14>>
- MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da Conversação**. São Paulo, Ática, 1986.
- MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Análise da conversação**. 5. Ed. São Paulo: Editora Ática, 1999.
- MARCUSCHI, Luiz Antonio. Manifestações de poder em formas assimétricas de interação. *Investigações; Linguística e Teoria Literária*. Recife, **Programa de Pós-Graduação em Letras e Linguística da Universidade Federal de Pernambuco**, 1988. p. 51-70. v. 5.

- MERLEAU-PONTY. **Fenomenologia da percepção**. Editora WMF Martins Fontes, 2018.
- MAINGUENAU (1995). **O contexto da obra literária**. Trad. Marina Appenzeller. São Paulo: Martins Fontes.
- NUTO, Sharmênia de Araújo Soares et al. **O processo ensino-aprendizagem e suas conseqüências na relação professor-aluno-paciente**. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2006, v. 11, n. 1 [Acessado 5 Outubro 2022] , pp. 89-96. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000100016>>. Acesso em 06 de ago. de 2023.
- PORTO, C.C. **Semiologia Médica**. 7ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara, 2014.
- ROCHA, Bruno V.; GAZIM, Caio C.; PASETTO, Camila V.; SIMÕES, José Carlos. Relação médico paciente. **Revista do Médico Residente**, v. 13, n. 2, 2011.
- SARAIVA, José Américo Bezerra; LEITE, Ricardo Lopes. **Exercícios de semiótica discursiva**. 2017.
- SAUSSURE, Ferdinand. **Curso de Linguística Geral**. Cultrix, 2012.
- ZILBERBERG, Claude. **Elementos da Semiótica Tensiva**. Ateliê Editorial, 2011.

