

O DISCURSO MÉDICO E A FONOAUDIOLOGIA UM EXERCÍCIO DE ANÁLISE SEMIÓTICA

*Fernanda Dreux Miranda Fernandes**

A teoria semiótica, como proposta por J. Greimas, permite a abordagem do texto como um objeto de sentido e em relação com o contexto. Essas perspectivas do texto como objeto de significação e como objeto de comunicação (Barros, 1990) exigem, respectivamente uma análise estrutural e uma análise externa do texto. A proposta da teoria semiótica de estudar o conteúdo do texto permite sua aplicação a diferentes manifestações de expressão, a partir de uma perspectiva Semântica que deve ser *gerativa, sintagmática e geral* (Fiorin, 1989), ou seja, explicitar que elementos superficialmente distintos podem ter o mesmo significado, explicar os mecanismos de construção e interpretação do discurso a partir do princípio de que um mesmo significado admite diversos significantes.

O discurso, dessa forma, é compreendido como a manifestação, através do uso de mecanismos de enunciação, de um determinado texto. A enunciação assumiria, assim, um papel de mediação entre o texto e o discurso ao relacionar o texto com fatores sócio-históricos tanto em sua produção quanto em sua recepção (Barros, 1988).

Outra noção fundamental na compreensão da teoria semiótica é a de Percurso Gerativo de Sentido, que vai do mais simples e abstrato ao

* Fonoaudióloga, professora do curso de fonoaudiologia da FMUSP.

mais complexo e concreto e envolve a noção de Estrutura que, segundo Greimas (1979), é uma entidade autônoma de relações internas, constituídas hierarquicamente. São estabelecidos três níveis de complexidade e abstração, cada um deles admitindo uma gramática própria e de cuja articulação depende o sentido do texto e sua manifestação.

A proposta deste trabalho é utilizar os princípios básicos da Teoria Semiótica do Discurso no estudo de um dos aspectos da comunicação entre os membros de uma equipe multidisciplinar. Serão utilizados 22 memorandos de encaminhamento do médico psiquiatra ao fonoaudiólogo, selecionados ao acaso. Além dos textos apresentados a seguir os memorandos contêm um espaço impresso para identificação, com dados referentes a nome, número do registro, idade, sexo, estado civil, cor e profissão da pessoa encaminhada, assinatura e carimbo do médico. Os textos utilizados foram produzidos por dez diferentes médicos:

Médico I

- 1 - Paciente apresentando disritmia cerebral constatada por EEG. Apresentava ao internar estereotipias e ecolalia. É afetivo e atualmente após medicação está mais calmo e atento porém a fala ainda não tem objetivo, finalidade útil específica. Solicito avaliação e conduta.
- 2 - Paciente apresenta dificuldades de dicção. Solicito avaliação e conduta. S/N. O mesmo não tem feito uso de nenhuma medicação. Grato.
- 3 - Paciente com atraso na fala, apresenta ecolalia. Tem bom contato afetivo e esta semi-alfabetizado pela mãe. Solicito avaliação e conduta. Grato.
- 4 - Paciente vem apresentando, há longa data, dificuldades em português. Solicito reavaliação e conduta. S/N. Grato.
- 5 - Paciente em psicoterapia de grupo, apresentando rendimento lento porém positivo. Mãe informa que o mesmo tem tido muita dificuldade em português na escola. Solicito avaliação e conduta. S/N. Grato.

Médico II

- 6 - Paciente apresentando conduta autista. Às vezes fala algumas palavras. Solicitamos avaliação. Grata.
- 7 - Paciente internado neste serviço por apresentar hiperatividade, emite sons, não fala, comunica-se através de linguagem gestual. Solicitamos consulta e avaliação do caso. Grata.
- 8 - Paciente emite algumas palavras. Solicitamos consulta e avaliação. Grata.

Médico III

- 9 - Criança apresentando atraso no desenvolvimento da linguagem falada e na coordenação motora. H.D.: Oligofrenia Moderada. Solicito avaliação e conduta. Grato.
- 10 - Criança com inquietação, irritabilidade e atraso no desenvolvimento da linguagem. Solicito avaliação e conduta. Grato.
- 11 - Criança com interrupção no desenvolvimento da linguagem, solicito avaliação fonoaudiológica e conduta. H.D.: Desarmonia Evolutiva.

Médico IV

- 12 - Paciente com sind. hipercinética e atraso de DNPM. Tem apresentado melhora e está começando a falar mais, mas com defeitos de articulação oral. Peço avaliação fonoaudiológica e acompanhamento.
- 13 - Paciente com atraso de aquisição da fala, com seis meses emitiu som, com um ano falou algumas palavras, canta músicas (algumas estrofes), mas não tem ecolalia quando tentam dialogar com ele. Peço avaliação e seguimento.
- 14 - Paciente com diagnóstico de Desarmonia de Evolução (produção intelectual discrepante), com antecedentes de atraso de aquisição de

fala, exemplo: primeiras palavras com dez meses, música com dois anos, compreensão de ordens verbais e fala frases com intenção de comunicação após quatro anos. Peço avaliação fonoaudiológica e seguimento.

Médico V

- 15 - Paciente com alteração de fala já avaliado na enfermaria por Lucila. Está atualmente em tratamento ambulatorial e gostaria que fosse seguido na fono se possível. Grata.
- 16 - Criança com atraso no desenvolvimento da linguagem falada, com dificuldade de sonorização sem causa orgânica aparente.

Médico VI

- 17 - Criança com história de retardo na aquisição da linguagem (aos dois anos). Segundo relato familiar apresenta gagueira inicial, troca de letras e dificuldade na articulação de palavras. Solicito avaliação + conduta.
- 18 - Paciente com história de desenvolvimento neuropsicomotor normal até os dois anos de idade porém sem desenvolvimento da linguagem (apenas emite palavras isoladas (mamã, papá)) ou vocalizações de sons ininteligíveis. Mostra-se inafetivo, indiferente ao meio; não atendendo às ordens solicitadas. Solicito avaliação fonoaudiológica. PS: O paciente tem uma audiometria do dia 14/5/90 com laudo de normalidade.

Médico VII

- 19 - Paciente com quadro de desarmonia evolutiva. Está tomando ampicilil 175 mg/d e já diminuiu bastante a hiperatividade e aumentou a atenção. Tem distúrbio de fala. Solicito avaliação e conduta. Grato.

Médico VIII

20 - Paciente com atraso de aquisição de fala (lalação um ano e três m. e falou frases com três anos e pouco) + gagueira. Peço avaliação e seguimento.

Médico IX

21 - Veio encaminhando da otorrinologia, digo otorrinolaringologia, com relatório psicológico de problemas emocionais que justifiquem seu retardo na fala para sua idade. Estou investigando se há lesão cerebral. Solicito avaliação e se há indicação de terapêutica fonoaudiológica. Grato.

Médico X

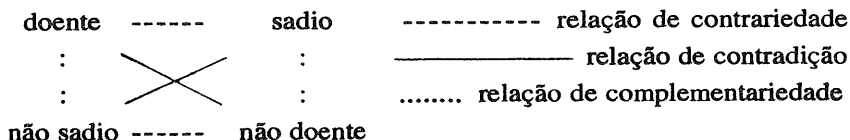
22 - Paciente com hipoacusia à D, porém não se justifica a mudez. Após emprego de medicação passou a emitir sons e palavras inteligíveis como "caiu, achou, papai". Provável DM leve. Peço avaliação.

Estruturas Fundamentais

Nesse nível determina-se, através de relações de oposição, o mínimo de sentido a partir do qual o texto é construído (Barros, 1990). Para que se possa falar em categoria semântica é necessário que haja uma diferença, uma oposição entre dois termos que mantêm, entre si, algo em comum. Nos textos estudados consideramos a oposição /doente/ - /sadio/, comum a todos eles e que determinam uma relação de contrariedade:

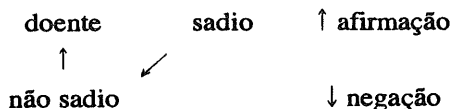
doente ----- sadio ----- relação de contrariedade

Se aplicarmos a negação a cada um desses termos contrários definiremos os termos contraditórios /não doente/ – /não sadio/, que têm, entre si, uma relação de contrariedade:

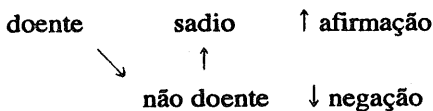


Esses termos e suas relações organizados dessa forma compõem o quadrado semiótico proposto por Greimas (1979). Cabe ainda a definição do termo complexo, dada pela reunião dos contrários /doente/ – /sadio/, que pode ser o termo sanidade e a definição do termo neutro, dada pela reunião dos subcontrários /não doente/ – /não sadio/, que pode ser insanidade. O termo /sadio/ tem uma qualificação positiva e é, portanto, um termo eufórico, enquanto que /doente/ tem uma qualificação negativa e é um termo disfórico.

A sintaxe desse nível envolve as operações de negação e asserção que determinam se o texto é euforizante ou disforizante na medida em que neguem ou afirmem os termos eufóricos ou disfóricos. Nos textos examinados apenas os de números 11 e 18 são textos disforizantes:



Os outros textos são euforizantes pois há a negação do termo disfórico e a afirmação do eufórico:



Estruturas Narrativas

Na conversão das estruturas fundamentais em estruturas narrativas deve haver a manutenção e o enriquecimento dos elementos do modelo inicial. As operações lógicas das estruturas fundamentais são convertidas em transformações narrativas definindo sujeitos do fazer e sujeitos de estado em relação a objetos-valor (Barros, 1988). Fiorin (1989) afirma que “a narratividade é uma transformação situada entre dois estados sucessivos e diferentes” ou seja “ocorre uma narrativa mínima quando se tem um estado inicial, uma transformação e um estado final” (p. 21). Dessa forma as estruturas narrativas simulam a busca de valores e as relações (ou contratos) que são estabelecidos nesse percurso.

A relação entre os actantes sujeito e objeto define as funções transitivas de junção e transformação, que admitem um investimento semântico mínimo. Nos textos estudados temos, por exemplo, enunciados de estado disjuntivo:

“Paciente apresentando disritmia cerebral...”

F	junção (S ₁ O _v)	S ₁	U	O _v
		paciente		saúde

e enunciados de transformação:

...“está mais calmo e atento...” F transformação (S₁ O_v).

“A comunicação hierárquica de enunciado de fazer e enunciado de estado define o programa narrativo” (Barros, 1990; p. 20) que é a unidade elementar da sintaxe narrativa, em que um enunciado de estado é modalizado por um enunciado de fazer. Assim, nos textos observados temos, por exemplo:

PN: F (tratar)	[médico → (paciente ∩ não doença)]
(medicar)	+ atento, + calmo

em que: PN = programa narrativo
F = função
→ = transformação
S₁ = sujeito do fazer
S₂ = sujeito de estado
∩ = conjunção / ∪ = disjunção
O_v = objeto-valor

segundo o modelo proposto por Barros (1988).

Os programas narrativos podem ainda divergir quanto a alguns critérios como:

- natureza da função e, nesse caso, podemos ter programas de aquisição ou de privação segundo resulte em estados de conjunção ou de disjunção, respectivamente;
- hierarquia, podendo haver programas simples ou complexos, ou seja, a organização de diversos programas narrativos em Programa de Base e Programa de Uso;
- tipo de valor investido no objeto: modal (dever, poder, querer e saber) ou descritivos (saúde, fala, escrita, etc.) e;
- relação entre actantes (narrativos) e atores (no nível do discurso), sendo que os programas são transitivos quando S₁ e S₂ são exercidos por dois atores diferentes e reflexivos quando S₁ e S₂ são representados por um único ator.

Esses critérios permitem definir dois tipos fundamentais de programas narrativos: os programas de competência, que são programas transitivos, de aquisição, de uso e envolvem valores modais e os programas de performance, que são reflexivos, de aquisição, de base e envolvem valores descritivos (Barros, 1990).

Nos discursos estudados temos, em síntese, que:

S U O_v
(paciente) (saúde) é o enunciado narrativo,
enquanto o programa narrativo de competência e de uso envolve uma
aquisição transitiva por doação e pode ser formulado como segue:

F (S₁ → S₂ ∩ O_v)
(médico) (paciente) (não doença)

em que tanto “saúde” como “não doença” são valores descritivos.

O programa de base é só pressuposto:

S U O_v → S ∩ O_v
(paciente) (saúde) (paciente) (saúde)

e envolve outro programa de base:

S₁ → S₂ ∩ O_v
(fono) (paciente) (comunicação)

que é um programa narrativo de performance, descritivo e de apropriação e que, por sua vez, envolveria outro programa de uso:

S₁ → S₂ ∩ O_v
(fono) (paciente) (querer ou poder comunicar-se)

que é um programa de competência, modal e de doação.

À sucessão logicamente pressuposta de programas narrativos de competência e de performance chama-se seqüência canônica da narrativa (Fiorin, 1989). Embora sua apresentação no texto freqüentemente não obedeça a uma organização temporal, a seqüência canônica dos percursos narrativos envolve o percurso do destinador-manipulador, o percurso do sujeito e o percurso do destinador-julgador.

O percurso do destinador-manipulador envolve duas etapas: uma de “atribuição de competência semântica”, que envolve o fazer persuasivo e leva o sujeito a crer nos valores propostos pelo destinador e uma de “atribuição de competência modal” que envolve a manipulação propriamente dita através da doação dos valores modais de *querer/dever/saber* e/ou *poder-fazer* (Barros, 1990). Podem ser distinguidos quatro tipos de manipulação, sendo dois de manipulação pelo saber: a *provocação*, em que há o uso de uma imagem negativa do destinatário, levando-o a *dever-fazer* e a *sedução*, em que se faz uso de uma imagem positiva do des-

tinatário, levando-o a *querer-fazer*. As formas de manipulação pelo poder são: a **intimidação**, em que são apresentados valores negativos, levando o destinatário a *dever-fazer* e a **tentação**, em que são apresentados valores positivos levando o destinatário a *querer-fazer*.

Nos textos estudados o percurso do destinador-manipulador envolve os programas de base mencionados anteriormente em que a comunicação é considerada um elemento essencial para tornar o S (paciente) em conjugação com o O_v (saúde).

O destinador-manipulador exerce seu fazer persuasivo em relação ao destinatário (fonoaudiológico) por sedução nos textos 1, 2, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 19, 21 e 22 (em que a maioria dos médicos é de homens) e por provocação nos textos 6, 7, 8, 12, 13, 14, 16 e 20 (em que há uma maioria de mulheres); ou seja, todas manipulações pelo saber.

Em outras palavras: o médico considera a comunicação como um aspecto importante do estado disjuntivo do S (paciente) em relação a O_v (saúde). Dado que esse é um pressuposto básico da relação profissional entre médico e fonoaudiólogo (no contexto observado), resta àquele persuadir este de que o paciente está realmente doente mas que tem apresentado ou parece poder apresentar melhoras (sedução) ou, por outro lado, que o quadro é muito grave e é necessário tentar alguma coisa (provocação).

Esses mecanismos de manipulação são pouco nítidos muito provavelmente pela natureza das relações já estabelecidas entre destinador e destinatário (quer dizer entre médico e fonoaudiólogo) e pelos papéis profissionais de cada um. Nesse sentido o fazer persuasivo parece destinar-se mais à manutenção desses papéis e à construção de uma imagem profissional positiva através da intertextualidade.

O destinatário exercerá, também, seu fazer interpretativo muito mais na construção da imagem profissional do destinador, através da intertextualidade, do que propriamente na aquisição dos valores modais de acreditar que a comunicação é um elemento essencial para a saúde do paciente e de se crer capaz de melhorá-la, e muito menos na aquisição dos valores descritivos de tornar-se competente para isso, uma vez que esses elementos são pressupostos pela identidade profissional.

O percurso do sujeito é caracterizado pela seqüência lógica de programas de competência e performance em que “esse sujeito não é mais o sujeito de estado ou o sujeito do fazer, e sim um actante funcional definido por um conjunto variável de papéis actanciais” (Barros, 1990; p. 27). Dessa forma representa a aquisição pelo sujeito, da competência necessária para a realização da performance e a performance propriamente dita.

O percurso do destinador-julgador envolve programas de sanção cognitiva ou interpretação e programas de sanção pragmática ou retribuição. O primeiro envolve a interpretação veridictória e definirá os valores como verdadeiros (parecem e são), falsos (não parecem e não são), mentirosos (parecem mas não são) ou secretos (não parecem mas são) (Barros, 1990) e, a partir dessa interpretação, o destinador julgará se o compromisso foi cumprido. No programa de sanção pragmática o sujeito julgado positivamente será recompensado e o sujeito desmascarado será punido. Mesmo que prêmios e castigos não estejam presentes na fase da sanção, sempre haverá a verificação da performance (Fiorin, 1989).

No que diz respeito aos aspectos semânticos das estruturas narrativas cabe mencionar as questões que envolvem a modalização do fazer e a modalização do ser. A modalização do fazer envolve a competência do sujeito, sendo que o sujeito que *deve-fazer* é um sujeito *virtual* enquanto que o que *pode e sabe-fazer* é um sujeito *atual*, e o que realiza a performance é um sujeito *realizado*.

A modalização do ser envolve a modalização veridictória já mencionada anteriormente e que determina a relação do sujeito com o objeto. Além disso “a modalização do ser produz efeitos de sentido *afetivos* ou *passionais*” (Barros, 1990; p. 46), ou seja, que modificam o sujeito de estado. É possível distinguir paixões simples e complexas segundo a complexidade sintática do discurso. As paixões simples (cobiça, desejo, curiosidade, medo, liberdade, etc.) envolvem a modalização do *querer-ser* e distinguem-se entre si pelo tipo de valor e pela intensidade do desejo enquanto que as paixões complexas (frustrações, decepção) exigem a explicação de todo o percurso passional para serem compreendidas (Barros, 1990). As paixões complexas definem estados de *confiança*, em que o

manipulador/destinador crê e continua a crer no destinatário ou na aquisição do valor desejado; **decepção**, em que o manipulador passa a não acreditar na realização de seu desejo; ou **insegurança**, se o destinador passar a acreditar que o destinatário não realizará o percurso da ação.

Nos discursos estudados os percursos do sujeito e da sanção são apenas supostos a partir dos textos analisados e envolvem a realização da ação solicitada (avaliação fonoaudiológica) e a emissão de parecer concordando (encaminhando para terapia) ou não com a atuação do destinador/manipulador. Ou seja, o destinatário (fonoaudiólogo) estabelecerá marcas que possibilitarão ao destinador fazer o percurso interpretativo. Por exemplo, o fonoaudiólogo precisará usar marcas persuasivas (de acordo com os valores do médico) para convencê-lo de que o fato de uma criança de 4 anos não apresentar ecolalia não deve ser considerado patológico (texto 13) e, portanto, não haverá necessidade de terapia.

Esquema Canônico da Narrativa

percursos		
manipulação	sujeito	sanção
Destinador-Destinatário (médico) (fono)	$S_1 \rightarrow S_2 \cap O_v$ (fono) (pac.) (com.)	Destinador-Julgador

Explicitando, o esquema Canônico da narrativa dá-se da seguinte forma: o médico, enquanto destinador-manipulador usa mecanismos de manipulação pelo saber (provocação e sedução) para tornar o destinatário (fonoaudiólogo) um sujeito virtual que queira e deva atender o paciente encaminhado. A atualização do sujeito (saber e poder) é dada por sua identidade profissional. O percurso da ação pressuposto pelos textos envolve a transformação feita por doação por S_1 (fonoaudiólogo) de S_2 (paciente) de um estado disjuntivo em relação à comunicação para um estado de conjunção com ela. No percurso do destinador-julgador, também pressuposto pelos textos, o destinador exercerá seu fazer interpretativo no sentido de sancionar ou não a ação realizada por S_1 . Ou seja, S_1 (fonoau-

diólogo) deverá dispor de marcas valorizadas pelo manipulador (médico) de que seu percurso de ação foi verdadeiro (os progressos obtidos ou o diagnóstico estabelecido parecem e são reais) ou secreto (não parece mas houve progresso ou o diagnóstico é mesmo aquele). A partir desse julgamento haverá a modalização do crer do manipulador, que ficará confiante (se continuar crendo no destinatário), decepcionado (se o julgamento for negativo e ele passar a não acreditar mais no destinatário) ou inseguro (se ele passar a crer que o destinatário não fará o percurso da ação). Após essa modalização cognitiva deverá ocorrer a modalização pragmática, ou seja, a retribuição, que nos textos em questão deverão envolver novos encaminhamentos (sanção positiva) ou não (sanção negativa).

Estruturas Discursivas

“As estruturas narrativas convertem-se em estruturas discursivas quando assumidas pelo sujeito da enunciação” (Barros, 1990; p. 53). As estruturas discursivas são o nível mais superficial do percurso gerativo do sentido e também o nível mais “enriquecido” e “original” desse percurso. Se nos níveis fundamental e narrativo foi possível falar de estruturas comuns a todos os textos estudados, ou a quase todos eles, no nível do discurso isso será quase impossível, embora continuemos a procurar elementos comuns entre eles. Nas estruturas discursivas torna-se mais fácil apreender os valores a partir dos quais o texto foi construído e a que ele se destina.

A projeção para fora da enunciação dos elementos de pessoa, espaço e tempo chama-se desembreagem (ou debreagem ou embreagem, Fiorin, 1989) e é utilizada para produzir diferentes efeitos de sentido. A desembreagem enunciativa em terceira pessoa, por exemplo, produz um efeito de distanciamento e imparcialidade, enquanto que a desembreagem enunciativa em primeira pessoa produz um efeito de proximidade e subjetividade. Outro mecanismo utilizado para obter o efeito de sentido de realidade é a delegação de voz interna, uma forma de atribuir a outro a res-

ponsabilidade pelo discurso. A ancoragem, o procedimento no qual o discurso é relacionado a noções concretas e específicas de pessoa, espaço e tempo, também produz efeito de sentido de realidade.

No nível do discurso o sujeito da enunciação desdobra-se em enunciador e enunciatário. O enunciador considera a relatividade social e cultural, bem como as crenças do enunciatário na construção do discurso e este utiliza suas crenças e valores na identificação das marcas dispostas pelo enunciador para a interpretação do discurso. Dessa forma a verdade é construída dentro do discurso e só poderá ser negada se o discurso for mal construído, ou pela intertextualidade. A implicação de conteúdos e a utilização de pressupostos são procedimentos táticos que podem ser utilizados pelo enunciador para envolver o enunciatário e convencê-lo dos valores do enunciador.

Todos os textos estudados utilizam, em seu início, a desembreagem enunciativa em terceira pessoa para criar o efeito de sentido de objetividade na descrição da criança que está sendo encaminhada (“Paciente com...”, “Criança com...”). Apenas um dos textos (21) quebra esse distanciamento logo em seu início e passa a empregar a desembreagem enunciativa criando um efeito de proximidade que é mantido até o seu final, em que há também a ruptura da forma padronizada de solicitação de atuação do fonoaudiólogo.

A delegação interna de voz é utilizada em apenas dois textos (5 e 17). No primeiro caso atribuindo a outro a responsabilidade por uma informação; e no segundo mais destinado a criar um efeito de sentido de realidade. Com esse mesmo objetivo são utilizados os mecanismos de ancoragem actancial (... “por Lucila”...) e temporal (... “do dia 14/5/90”...).

Em todos os textos, também, há uma ou duas frases finais em que é empregada a desembreagem enunciativa em primeira pessoa que cria um efeito de proximidade (limitado pela estereotipia das expressões), como convém a um pedido. (“Solicito avaliação e conduta. Grato.”; “Solicitamos consulta e avaliação. Grata.”; “Peço avaliação fonoaudiológica e seguimento”, etc.). Apenas um dos textos assume o caráter implícito do pe-

dido de atuação do fonoaudiólogo e limita-se a informar: “Criança com atraso no desenvolvimento da linguagem falada, com dificuldade de sonorização sem causa orgânica aparente”.

Esses procedimentos apenas preenchem um contrato implícito em que cabe ao médico fornecer informações objetivas e ao fonoaudiólogo realizar avaliação e terapia das crianças encaminhadas. O sujeito escolherá marcas veridictórias em função do tipo de discurso que deseja produzir e do que ele supõe serem as crenças do enunciatário. Dessa forma é interessante, aqui, a observação da intertextualidade dos discursos produzidos pelos diferentes enunciadores.

O médico I dispõe marcas que reforçam o status de “discurso médico” tais como ... *“disritmia cerebral constatada por EEG... após medicação”* ...; ... *“não tem feito uso de nenhuma medicação”* ... e outras que demonstram a importância da atuação do fonoaudiólogo: ... *“estereotipias e ecolalia”* ...; ... *“dicção”* ...; ... *“atraso na fala, ecolalia”* ...; ... *“dificuldades em português”* ...; ... *“muita dificuldade em português na escola”* ...

O médico II utiliza marcas que enfatizam o contrato implícito de que caberá ao fonoaudiológico tratar das crianças que não falam bem: ... *“às vezes fala algumas palavras”* ...; ... *“não fala. Comunica-se através de linguagem gestual”* ... A utilização do plural na desembagem enunciativa parece destinada a marcar a aliança com o poder, partilhado pelos médicos.

O médico III estabelece marcas de seu interesse em relacionar o distúrbio de linguagem ao quadro psiquiátrico: ... *“atraso no desenvolvimento da linguagem falada e na coordenação motora. H.D.; Oligofrenia Moderada”* ...; ... *“inquietação, irritabilidade e atraso no desenvolvimento de linguagem”* ... etc. A utilização da abreviatura *H.D.* pode marcar a intenção de uma linguagem hermética, restrita, ou a existência de um código compartilhado. A palavra *“criança”* e não *“paciente”* parece marcar uma perspectiva mais humanista.

O médico IV emprega marcas que oscilam entre as de um código compartilhado: ... *“produção intelectual discrepante”* ... As marcas em-

pregadas com função de estabelecer a “verdade” da necessidade do encaminhamento ao fonoaudiólogo são estabelecidas pela descrição dos “sintomas”. Essas marcas, confrontadas com outros textos sobre aquisição de linguagem sancionariam esses textos como falsos.

O médico V dispõe marcas que aumentam o efeito de proximidade entre enunciador e enunciatário. O texto 16 é o único de todo o grupo de textos que não apresenta um encerramento formal e no texto 15 essa formalidade é identificada apenas pela palavra “Grata”.

O médico VI fornece informações sobre as crianças encaminhadas como marcas da veridicção da necessidade de atuação fonoaudiológica.

Os quatro outros foram elaborados por quatro sujeitos diferentes e serão, portanto, analisados separadamente. No texto 19 o enunciador informa “até” a dosagem da medicação utilizada, obtendo assim o efeito de veracidade para a informação seguinte. O enunciador do texto 20 reitera a informação como marcação de sua relevância... “*atraso de aquisição de fala (lalação 1 a 3m...)*”.

O enunciador do texto 21 usa o recurso de implicitar o conteúdo... “*relatório psicológico de problemas emocionais que justifiquem seu retardo de fala para sua idade. Estou investigando se há lesão cerebral*”... Quer dizer, o enunciador discorda do relatório psicológico e tenta persuadir o enunciatário e aliar-se a ele... “*se há indicação de terapêutica fonoaudiológica*”... (se os problemas emocionais fossem a causa do problema a indicação seria de psicoterapia). O mesmo recurso é utilizado no texto 22 ... “*não se justifica a mudez. Após medicação*”... em que o enunciador deixa implícito que a mudez tem uma origem orgânica específica pois se a hipoacusia unilateral não justifica a mudez, uma DM leve também não o faria. A utilização da abreviação DM (para Deficiência Mental) é mais um marcador de um código compartilhado.

O sujeito da enunciação organiza o conteúdo semântico do discurso em percursos temáticos que podem receber diferentes níveis de investimento figurativo, definindo, dessa forma, textos predominantemente **temáticos** (de figuração esparsa) ou **figurativos**. A tematização envolve a recorrência de traços semânticos abstratos atribuindo coerência semântica

ao discurso. Nos discursos predominantemente temáticos a figuração não chega a constituir-se em percursos figurativos e são enfatizados os efeitos de distanciamento objetivo ou de aproximação subjetiva. Os efeitos de realidade dependem basicamente da figurativização investida nos percursos temáticos. Nessa instância as transformações narrativas são representadas por ações e o sujeito por atores, enquanto tempo e espaço são representados por figuras. A figurativização envolve diferentes etapas sendo que a primeira, a de instalação de figuras, é chamada **figuração** e a última, em que a figurativização é completa, é chamada **iconização**.

A função dos textos estudados exige que eles sejam iconizados de forma a criar uma noção de referencial específico. A necessidade desse investimento figurativo completo fica evidente pelo próprio impresso em que os memorandos são escritos: eles contêm espaços determinados para dados como: nome, número do registro, idade, sexo, estado civil, cor e religião. Por tratar-se de um ambulatório de psiquiatria infantil seria interessante uma discussão mais detida sobre as possíveis razões de serem esses os dados mais valorizados e não outros (por exemplo: escolaridade, posição na família, etc...). A iconização do segundo ator (o médico) é dada por sua assinatura, número do ambulatório e carimbo com nome e número do CRM.

A identificação prévia dos atores, pela iconização, permite que o discurso a seguir dedique-se à figurativização dos estados e das ações. A figurativização preenche o percurso temático da doença – diagnóstico – tratamento – evolução que, como ficou claro no estudo do quadrado semiótico, é comum a todos os textos. A **isotopia temática** fica assim assegurada pela reiteração paciente – distúrbio – (diagnóstico – conduta terapêutica – evolução) – solicitação de exame – conduta terapêutica e a **isotopia figurativa** revela-se para referência ao ator identificado no cabeçalho (paciente, criança), pela descrição de seus sintomas (o que identifica o paciente enquanto tal) e solicitação de atuação em relação a eles.

Note-se que, nesse sentido, o texto 13 apresenta uma incoerência, pois os elementos figurativos utilizados para caracterizar o “atraso de

aquisição de fala” na realidade descrevem uma criança normal e não um “paciente”.

Conclusão

A eficiência da equipe multidisciplinar depende em grande parte da comunicação entre seus membros. A explicitação dos mecanismos de construção do discurso utilizado pode ser útil na busca de elementos que aprimorem essa comunicação.

Esse estudo deixou claro que grande parte dos discursos destina-se a reiterar aspectos já pressupostos (ou pré-determinados) pelo contexto, como o papel de cada um dos elementos da equipe multidisciplinar e a condição do “paciente”.

Seriam interessantes estudos envolvendo a intertextualidade entre o discurso dos diferentes membros da equipe multidisciplinar no sentido de tentar identificar as diferentes isotopias de elaboração e de leitura dos diferentes discursos.

Resumo

A eficiência da equipe multiprofissional depende, em grande parte, da eficiência da comunicação entre seus membros. A proposta deste artigo é utilizar os princípios básicos da Teoria Semiótica do Discurso na análise de um dos elementos dessa comunicação: os memorandos de encaminhamento do médico para o fonoaudiólogo. Apesar da especificidade da equipe enfocada, ficam evidentes elementos de informação redundante, quer quanto aos papéis profissionais desempenhados, quer quanto a informações relativas ao paciente encaminhado. Evidenciam-se, também,

lacunas importantes na comunicação. As diferenças de "estilo" de argumentação constituem importante elemento para reflexão a respeito das relações interpessoais entre os membros da equipe.

Abstract

The efficiency of a multiprofessional group depends mostly on a communicative-efficient setting. This article uses Greimas Semiotics to review the memos used as communication device. Some redundant information about the professional roles and about the patient himself becomes evident as does important communication gaps. The different argumentative "styles" are an important item for the discussions about the interpersonal relations within the group.

Referências Bibliográficas

- BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teorias do Discurso: Fundamentos Semióticos*. 1ª ed., São Paulo: Atual, 1988.
- BARROS, Diana Luz Pessoa de. *Teoria Semiótica do Texto*. 1ª ed., São Paulo: Ática, 1990.
- FIORIN, José Luiz. *Elementos de Análise do Discurso*. 1ª ed., São Paulo: Contexto/Edusp, 1989.
- GREIMAS, Algirdas Julien. *Dicionário de Semiótica*. São Paulo: Cultrix, 1979.