

## Estoques de conhecimentos interacionais como objeto de ensino na educação médica: uma análise sociointeracional

*Stocks of Interactional Knowledge as a subject in Medical Education: a Sociointerational Analysis*

Alexandre José CADILHE (UFJF)<sup>1</sup>

### RESUMO

Neste estudo, tenho como objetivo construir uma compreensão sobre uma prática de ensino do processo de interação profissional para estudantes de graduação na área de saúde. A partir dos conceitos de Estoques de Conhecimento Interacional (PERÄKYLÄ & VEHVILÄINEN, 2003) e Tecnologização do Discurso (FAIRCLOUGH, 2001), bem como dos estudos da fala-em-interação, analiso uma atividade de ensino da comunicação médica, em perspectiva microetnográfica. Como resultados, aponto a tensão que se instaura na produção em ato da tecnologização do discurso, e como, a partir da interação entre estudantes e professora, se produz um Estoque de Conhecimento Interacional.

**Palavras-Chave:** Estoques de conhecimento interacionais, Tecnologização do discurso, Educação médica

### ABSTRACT

*In this study, I aim to build an understanding about a teaching practice of the process of professional interaction for undergraduate students in the health area. From the concepts of Stocks of Interactional Knowledge (PERÄKYLÄ & VEHVILÄINEN, 2003) and Discourse Technology (FAIRCLOUGH, 2001), as well as from talk-in-interaction studies, I analyze an activity of teaching medical communication in a micro-ethnographic perspective. As results, I point out the tension that is established in the production in the act of the technologization of the discourse, and how, from the interaction between students and teacher, a Stock of Interaction Knowledge is produced.*

**Keywords:** Stocks of Interactional Knowledge, Discourse technologization, Medical education

---

<sup>1</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. Faculdade de Educação; [alexandre.cadilhe@ufjf.edu.br](mailto:alexandre.cadilhe@ufjf.edu.br)

## 1. Introdução

Neste artigo, tenho como objetivo construir uma compreensão sobre uma prática de ensino peculiar no âmbito dos estudos da linguagem: o ensino do processo de interação profissional para estudantes de graduação na área de saúde – especificamente, Medicina. Avalio-a como peculiar por caracterizar-se pela interdisciplinaridade: trata-se de uma tarefa que engloba Estudos da Linguagem, Saúde Coletiva, Psicologia Social, Antropologia Médica, etc.

Para isso, neste artigo, apresento os conceitos de Estoques de Conhecimento Interacionais (cf. PERÄKYLÄ & VEHVILÄINEN, 2003) e Tecnologização do Discurso (cf. FAIRCLOUGH, 2001), como orientações teóricas que permitem construir a compreensão sobre o processo de ensino e aprendizagem da interação profissional médica. Por fim, analiso, à luz de conceitos dos estudos da fala-em-interação (cf. GOFFMAN, 2002; GUMPERZ, 2002), uma atividade de ensino da comunicação médica em um curso de graduação em medicina.

Nesta atividade, tem-se como objeto de ensino a linguagem e a interação produzida pelo profissional de saúde na prática clínica. Caracterizo este momento como um encontro social, nos termos propostos por Goffman ([1959]2009): numa situação de encontro social, os participantes comunicam-se através de expressões transmitidas e emitidas. A primeira, de natureza verbal, é utilizada para veicular informações que sejam significativas para os participantes. A segunda, de natureza não verbal, engloba uma série de ações e outras linguagens, como gestos e expressões faciais, que são também significativas para definir o aqui e agora da situação. Goffman caracteriza ainda as expressões emitidas como sendo de natureza teatral e contextual. O autor afirma que

[...] quando um indivíduo chega diante de outros, suas ações influenciarão a definição da situação que vai se apresentar. Às vezes, agirá de maneira completamente calculada, expressando-se de determinada forma somente para dar aos outros o tipo de impressão que irá provavelmente levá-los a uma resposta específica que lhe interessa obter. Outras vezes, o indivíduo estará agindo calculadamente, mas terá, em termos relativos, pouca consciência de estar procedendo assim (GOFFMAN [1959] 2009, p.15).

Ainda segundo Goffman ([1959] 2009, p.15), “ocasionalmente, [um indivíduo] irá se expressar intencionalmente e conscientemente de determinada forma, mas, principalmente, porque a tradição de seu grupo ou posição social requer esse tipo de expressão”.

Como defendido por Goffman, encontros sociais são constituídos por condutas comunicativas que permitem atribuir sentidos à ação dos participantes. Contemporaneamente, tais condutas podem ser compreendidas, em uma perspectiva foucaultiana, como orientadas por um regime disciplinar, o qual se define por “um certo número de técnicas de coerção que exercem um esquadramento sistemático do tempo, do espaço e dos movimentos dos indivíduos e que atingem particularmente as atitudes, os gestos,

os corpos” (REVEL, 2005, p.35). Nesta perspectiva, um regime de comunicação é composto por uma série de dispositivos técnicos, dentre os quais o próprio discurso e a linguagem não verbal dos gestos e outras expressões, os quais não estão isentos de uma determinada “ordem do discurso”: “em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que tem por função conjurar seus poderes e perigos” (FOUCAULT, [1970] 2006, p. 8-9). Tal compreensão é fundamental para uma inteligibilidade da relação entre as ordens discursivas vigentes, em âmbito macrossocial, com a sua realização na esfera das ações sociais cotidianas a partir da fala-em-interação, objeto do estudo ora apresentado.

A partir desta compreensão do gerenciamento de impressões, que por sua vez podem ser reguladas por regimes de comunicação a partir de uma ordem discursiva, o objetivo deste texto é descrever que regimes de comunicação são prescritos para a prática clínica, e como tais regimes podem ser compreendidos à luz dos estudos do discurso que compartilham uma perspectiva de colonização discursiva, ou seja, discursos referentes a determinadas situações sociais que passam a ser incorporados em outras. Para isso, apresento o conceito de Estoque de Conhecimento Interacional, relacionando-o a três diferentes ordens do discurso que parecem colonizar a área de comunicação médica. Por fim, descrevo as prescrições de um manual de comunicação médica adotado no curso de Medicina em que os dados foram gerados, concluindo com a relação entre estas prescrições e o estudo da efetiva prática interacional.

## **2. O Estoque de Conhecimento Interacional de uma profissão**

Como disposto por Sarangi (2010a), a expertise profissional é composta por diferentes tipos de conhecimentos, que são gerenciados em torno de uma atividade comunicativa, principalmente nas chamadas “profissões de consulta” – como o médico, o psicólogo, o professor. Assim, o conhecimento interacional passa a constituir também um tipo de conhecimento profissional, o qual pode ser normativamente encontrado em manuais de conduta, instruções orais em contextos de treinamento, ou outros espaços de formação profissional. A esses modelos de conduta interacional em profissões, Peräkylä & Vehviläinen (2003) denominam Estoque de Conhecimento Interacional (ou no inglês, SIKs – Stocks of Interactional Knowledge).

Tais estoques de conhecimento são constituídos por elementos normativos e descritivos, e podem ser classificados em duas dimensões: (i) o grau de detalhamento em termos interacionais, contendo uma expressiva descrição acerca do que e como dizer; (ii) o grau de relação com a práxis profissional, situação específica das profissões de consulta, que prescrevem como o trabalho interacional deve ser organizado, sem no entanto fazer referências descritivas quanto a isso (cf. PERÄKYLÄ & VEHVILÄINEN, 2003). Quanto ao primeiro, temos como exemplos manuais de telemarketing, onde as empresas orientam o profissional sobre o que e como ele deve dirigir-se ao cliente. Quanto ao segundo, temos a situação do médico ou do professor, que pode ter toda uma orientação acerca de como agir interacionalmente em sua prática, sem explicitar como colocar-se para o paciente ou o estudante, no trato discursivo.

Uma ilustração sobre a aplicação do estoque de conhecimento interacional em profissões pode ser ilustrado com o “protocolo SPIKES” (cunhado por BAILE et al., 2000), constituído pelo acrônimo de uma série de procedimentos comunicativos:

**Quadro 1** - Protocolo Spikes

S	<i>Setting up the interview</i>	Planejar a situação de comunicação, considerando ainda o paciente e sua história.
P	<i>Perception</i>	Perceber o posicionamento do paciente sobre o problema.
I	<i>Invitation</i>	Abrir um canal de escuta do paciente, para que este coloque seus conhecimentos, dúvidas, sentimentos e anseios sobre o problema.
K	<i>Knowledge</i>	Informar o problema ao paciente, através de vocabulário acessível e com informações pertinentes à situação.
E	<i>Emotions</i>	Identificar as emoções do paciente ao receber uma notícia / orientação, e expressar empatia e solidariedade.
S	<i>Strategy / Summary</i>	Resumir a situação e indicar os próximos passos disponíveis ao paciente.

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir de Baile et al. (2000)

Este protocolo tem como base uma série de pesquisas feitas por Baile et al. (2000) acerca da comunicação médico-paciente, mediante questionários aplicados a médicos durante um simpósio. Tais orientações foram propostas com o intuito de

habilitar o médico a preencher os 4 objetivos mais importantes da entrevista de transmissão de más notícias: recolher informações dos pacientes, transmitir as informações médicas, proporcionar suporte ao paciente e induzir a sua colaboração no desenvolvimento de uma estratégia ou plano de tratamento para o futuro (BAILE et al., 2000, p. 302).

Ao analisar tal protocolo, observo uma sequência de ações refletidas com propósito de tornar o encontro mais agradável ao paciente, de modo que este saia satisfeito – e não em choque – com serviço prestado, e ao mesmo tempo, que participe ativamente do plano de tratamento proposto pelo médico, em

um possível empoderamento do paciente acerca de sua conduta. O protocolo SPIKES é um exemplo de um estoque de conhecimento interacional acerca da prática médica, que indica como agir interacionalmente, o que constitui um dos tipos de estoques, como proposto por Peräkylä & Vehviläinen (2003). O artigo de Baile et al. (2000) consultado para a descrição do protocolo apresenta também sugestões do que dizer especificamente para atender a tais ações interacionais, como será exemplificado na próxima seção.

Parto do pressuposto, contudo, de que os estoques de conhecimento interacional não são produzidos de forma estritamente a orientar uma conduta profissional. Elas correspondem a uma série de ordens discursivas que são situadas e atendem a uma demanda política acerca do que uma determinada comunidade espera do serviço prestado (ou do que se pretende oferecer a ela). Esta é a relação apontada na próxima seção.

### 3. Ordens do Discurso e práticas profissionais

No âmbito dos estudos do discurso, Fairclough (2001) busca descrever que ordens do discurso caracterizam os usos da linguagem nas interações contemporâneas. Em linhas gerais, o linguista britânico as descreve em três “tendências”: democratização, comodificação e tecnologização do discurso.

A democratização refere-se a uma “tentativa de retirada de desigualdade e assimetrias dos direitos, das obrigações e do prestígio discursivo dos grupos de pessoas” (FAIRCLOUGH, 2001, p. 248). Estratégias discursivas são traçadas nas formas de tratamento entre sujeitos de diferentes níveis sociais, nas relações de gênero feminino/masculino, e no acesso a diferentes tipos de discursos por diferentes grupos sociais. Como exemplo na situação de trabalho em saúde, a democratização é forjada quando um profissional propõe, discursivamente, a participação do paciente para que se coloque diante do problema que apresenta. Baile et al. (2000, p.307), ao propor o protocolo SPIKES, sugerem uma série de questões que podem abrir um canal de participação do paciente: “O que você quer dizer?” “Conte-me mais sobre isso” “Você poderia explicar o que quer dizer?” “Você disse que isto lhe assustava?” “Você pode me dizer o que lhe preocupa?” “Você havia me dito que se preocupava com seus filhos. Fale-me mais”. A escuta atenta a tais respostas sugere uma distribuição maior das relações de poder entre profissional e paciente.

A comodificação, por sua vez, é descrita como uma tendência nas ordens discursivas atuais em que

o processo pelo qual os domínios e as instituições sociais, cujo propósito não seja produzir mercadorias no sentido econômico restrito de artigos para venda, vêm não obstante a serem organizados e definidos em termos de produção, distribuição e consumo de mercadorias (FAIRCLOUGH, 2001, p. 255).

Estratégias, por sua vez, são observáveis nos discursos da educação e da saúde, ao fazer uso de mecanismos de *marketing*, cujo foco centra-se na persuasão e satisfação do cliente, na oferta dos seus

serviços. A conduta de um médico na consulta não deixa de estar atrelada também a uma satisfação do paciente pelo atendimento.

Comodificação deriva do termo *commodity*, o qual significa “mercadoria”, e sugere a compreensão de algo que pode ser consumido a partir de uma comercialização. Na situação educacional, Fairclough ilustra a tendência dos serviços de educação de ofertar a aquisição de uma série de habilidades no aprendiz, sendo estas mercadorias simbólicas. As próprias habilidades propostas pelo protocolo SKIPES são também descritas como um produto o qual pode ser consumido pelos profissionais e estudantes e aplicados a uma série de circunstâncias no serviço.

A tecnologização do discurso, por último, compreende “técnicas transcontextuais que são consideradas como recursos ou conjunto de instrumentos que podem ser usados para perseguir uma variedade ampla de estratégias em muitos e diversos contextos” (FAIRCLOUGH, 2001, p.264). São exemplos de tal tecnologização a entrevista, o ensino, o aconselhamento e a publicidade, segundo o linguista.

Como principais características desta tendência, enumero: (a) a sua adoção em locais institucionais, com seus próprios especialistas – os peritos; (b) uma orientação através do treinamento de habilidades por psicólogos sociais, com treinamentos voltados para professores, entrevistadores, publicitários; (c) o uso do planejamento consciente e da simulação no contexto de formação; (d) a relação construída entre o uso do discurso e o sucesso profissional, o que remete também à tendência de comodificação nos discursos (cf. FAIRCLOUGH, 2001).

Nesta perspectiva, os estoques de conhecimento interacional que são acionados em manuais de conduta ou em orientações orais em treinamentos e aulas são, por si, tecnologizações discursivas. Na prática médica, tem-se como expectativa a adoção de determinados comportamentos interacionais nas consultas clínicas. Os cursos de medicina cada vez mais buscam implementar tal aprendizado, e associa tais condutas a um sucesso profissional, no sentido de qualificação ao que atualmente é preconizado pelo Ministério da Saúde. Tais ordens do discurso também não deixam de apontar para uma possibilidade de democratização discursiva, tanto no âmbito pedagógico, por verificar-se a necessidade de um ensino centrado na participação do estudante (para que ele desenvolva habilidades comunicativas), quanto no âmbito da prática clínica, por orientar que se dê espaço à fala do paciente.

Nesta seção, iniciei com uma descrição de ordens do discurso que colonizam as práticas profissionais contemporâneas – em especial, na área da saúde. Relacionei tais ordens ao que preconizam condutas na área médica, como o protocolo SPIKES, um tipo de estoque de conhecimento interacional. Por fim, na próxima seção, detalho algumas das regras de conduta, enquanto um regime comunicativo, que orientam a ação do profissional de saúde, de modo que este desenvolva um trabalho centrado no paciente.

#### **4. Regimes de comunicação em práticas de saúde: do prescrito ao realizável**

Um manual de conduta como o descrito nesta seção constitui um estoque de conhecimento interacional. Cameron (2000) compreende tal tipo de orientação como um mecanismo de restrição e controle da ação e da produção discursiva de um sujeito em interação. Como exemplo, a linguista analisa as orientações em um manual para o trabalho em *call centres*, cujo serviço segue orientações acerca não somente do que, mas do como falar, de modo que o discurso engendre determinados efeitos no interlocutor. Em outros termos, trata-se também de estoques de conhecimento interacional em uma vertente detalhista na descrição do como falar – uma tecnologização discursiva.

Sarangi (2010b), contudo, salienta que nenhuma atividade comunicativa é inteiramente formulaica e previsível. O que pode ser previsível é a sua macroestrutura – a *performance* pode variar. Em outras palavras, o gênero é previsível. A materialização discursiva do gênero é variável e mais imprevisível. A sua realização obedece a convenções (regulação, etiquetas, normas e regras de interação, etc.). Ao exemplificar, Sarangi cita uma pesquisa sobre uma situação de compra e venda, onde foram identificados diferentes estágios de interação: saudação, questionamento e investigação do objeto de venda, barganha e conclusão. Ainda assim, em um encontro real, tais estágios são flexíveis e nem todas as suas etapas se apresentam obrigatoriamente.

Os psicólogos holandeses der Molen & Lang (2007), por sua vez, no âmbito da saúde, compreendem o treinamento em práticas discursivas em uma perspectiva que se difere do constrangimento social como controle. Segundo os pesquisadores, “quanto mais habilidades e comportamentos diferentes se adquire, maior a liberdade para escolher o comportamento que se encaixa em uma situação específica” (der MOLEN & LANG, 2007, p. 48). Saliento este posicionamento por compreender o desenvolvimento de habilidades comunicativas como uma série de regras de conduta, a partir da compreensão de Goffman ([1967]2011), para quem uma conduta situada em determinadas regras produz um maior conforto do participante da interação:

uma regra de conduta pode ser definida como um guia para a ação, recomendada não porque ela é agradável, barata ou eficiente, mas porque é apropriada ou justa. As infrações caracteristicamente levam a sentimentos de desconforto e a sanções sociais negativas (GOFFMAN [1967]2011, p.52).

Em outros termos, significaria atuar de forma situada na ordem discursiva que constitui uma determinada comunidade de prática. O mesmo posicionamento parece ser indicado por Sarangi (2010b), ao apontar a relevância de se analisar o discurso em cenários de trabalho em saúde.

Neste âmbito, os estudos sobre a fala-em-interação das práticas profissionais podem apresentar uma série de contribuições para a compreensão dos estoques de conhecimento interacionais. Peräkylä & Vehviläinen (2003) indicam três possibilidades para isto: (a) o estudo da fala-em-interação<sup>2</sup> pode falsificar

---

<sup>2</sup> Peräkylä & Vehviläinen (2003) apresentam tais contribuições no âmbito da Análise da Conversa, que aqui estou ampliando para o estudo da fala-em-interação, o que não deixa de manter os tipos de contribuições que são propostos pelas autoras.

e corrigir prescrições que são realizadas nos estoques de conhecimento interacional, mas que não se realizam na prática, ou não levam aos resultados esperados. Por exemplo, a literatura sobre interação médico-paciente recomenda que o profissional faça perguntas abertas e evite perguntas do tipo sim/não, de modo a ampliar a participação do paciente. Contudo, estudos citados por Peräkylä & Vehviläinen (2003), no âmbito da Análise da Conversa, demonstram que isso não ocorre necessariamente: o engajamento na resposta ao médico dependerá também na natureza da consulta – como uma visita de rotina ou um atendimento por conta de uma problema específico ou emergencial, o que vai gerar diferentes modos de realização da pergunta por parte do profissional; (b) a descrição da fala-em-interação pode prover um quadro mais detalhado de como a interação ocorre. As autoras usam como exemplo um estudo sobre um modelo de consulta cujo atendimento ocorre com a participação de dois profissionais: um interage com o paciente, outro observa e analisa a interação. Contudo, com base nos estudos apresentados, de caráter microetnográfico, eventualmente o “observador” também realiza questões, ainda que mínimas, ao paciente ou ao outro médico. Tal interação não era prevista nos manuais de conduta; (c) pode-se ainda adicionar uma nova dimensão à compreensão das práticas interacionais. Peräkylä & Vehviläinen (2003) ilustram, no mesmo contexto apresentado em (b), uma análise de como o médico pode gerar um distanciamento do paciente, ao tratar de temas delicados, pelo modo como produz as perguntas. Isso, por outro lado, não fora previsto pelos manuais interacionais, e sim constatado a partir de estudos com dados empíricos de fala-em-interação.

Na área da saúde, por exemplo, há uma série de políticas que são propostas no intuito de um atendimento mais humanizado, sem, contudo, apontar dados naturalísticos de como isso ocorre. Daí uma contribuição dos estudos da fala-em-interação para a compreensão situada de aspectos macropolíticos em saúde, como discutido por Ostermann & Meneghel (2012). No caso dos artigos apresentados pelas autoras, verifica-se que a humanização (enquanto uma macropolítica) é materializada em ações verbais e não verbais não necessariamente previstas pelos órgãos de saúde, apresentando um quadro mais detalhado da humanização estabelecida interacionalmente e discursivamente (portanto, situadas) em práticas clínicas.

Em síntese, até o momento, aponte os chamados estoques de conhecimento interacional como condutas sujeitas a diferentes ordens do discurso – dentre elas, a democratização, a comodificação e a tecnologização, conforme descrito por Fairclough. Tais ordens, por sua vez, engendram regimes de comunicação como o esboçado no manual de der Molen & Lang. No caso da obra descrita, foquei as orientações acerca das habilidades de escuta que caracterizam um primeiro momento da consulta clínica, também chamada de “acolhimento”, no contexto da saúde pública no Brasil (BRASIL, 2006). Cabe agora, contudo, refletir sobre como tais orientações são trabalhadas na formação profissional, pois, retomando Sarangi (2010b), nenhuma atividade comunicativa é *inteiramente* formulaica e previsível. Isto atenta para a contribuição que estudos da fala em interação podem trazer não somente para a compreensão da conduta profissional, como também para de que modo tal orientação transforma-se em objeto de aprendizagem na



educação médica. Compartilhando deste posicionamento, apresento a seguir o arcabouço teórico provido pelos estudos da fala-em-interação para a compreensão das ações reais dos participantes de uma comunidade de prática.

### 5. “Ficou três meses sem ir no médico, agora aguenta”: orientações discursivas e interacionais em ato

A atividade transcrita a seguir foi gerada em uma aula de comunicação em saúde, em um curso de graduação em Medicina localizado no Estado do Rio de Janeiro. Nesta aula, estudantes eram engajados a simular consultas médicas, que eram filmadas pela professora, com duração variável de três a cinco minutos. A atividade era filmada numa pequena sala que simulava um consultório, localizada ao lado da sala de aula. Nesta, um grupo de até 10 estudantes era disposto em semicírculo, com uma televisão em que assistiam às gravações e a professora conduzia o encontro. Em outros termos, após a gravação da simulação, esta era assistida pelos demais estudantes do grupo, a qual era interrompida para análise com a professora<sup>3</sup>.

Nesta atividade, uma dupla de estudantes sorteou os papéis que deveriam representar: uma estudante, a Maria, ficou responsável por interpretar uma médica que faltasse com respeito ao paciente; o outro estudante, Paulo, recebeu o papel de um paciente inseguro e envergonhado. Com os papéis sorteados, a dupla passou para o consultório simulado e, de forma improvisada, deram início à encenação. Os demais estudantes não sabiam que performances seriam encenadas. O excerto em negrito representa a transcrição da consulta simulada; o excerto sem negrito representa a aula ministrada pela professora, Ilma.

#### Excerto 1

- 001 (Mauro bate à porta)  
 002 Ana: pode entrar  
 003 (4.0)  
 004 Mauro: pode entrar?  
 005 Ana: pode entrar, fica à vontade  
 006 Mauro: dá licença  
 007 Ana: toda  
 008 (7.0)  
 009 Ana: então, qual que é teu problema?  
 010 Mauro: °é que eu to:::°  
 011 Ana: não to te ouvindo,DESCULPA  
 012 Mauro: °é que é que eu to com (.) dor na perna°  
 013 Ana: dor na perna?  
 014 Mauro: é  
 015 Ana: faz tempo?  
 016 (.)  
 017 Mauro: faz  
 018 Ana: faz tempo quanto? assim data me fala qual período

<sup>3</sup> Os dados constituem parte de um projeto de pesquisa mais amplo, desenvolvido pelo autor no Doutorado em Estudos da Linguagem, na UFF (2013). Os participantes assinaram termo de consentimento livre e esclarecido, bem como a pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa.

716 **Ilma:** chega a doutora, né, que que ela percebe desse  
 717 paciente, a entrada dele, o sentar dele, já mostra o que?  
 718 **Participantes:** timidez  
 719 **Ilma:** timidez, envergonhado e ela, ao contrário, ao invés  
 720 de ter uma postura de acolhimento ela começa a falar mais  
 721 alto e cada vez mais xxx daqui a pouco ele vai entrar debaixo  
 da mesa  
 722 **Participantes:** @@@@  
 723 **Ilma:** e ela mais e que é que- e vai ela parece que nem  
 724 percebe essa linguagem o que que ele tá falando com o corpo  
 725 **Ana:** °ah, fiquei com dozinha°  
 726 **Ilma:** hã, como é que é?  
 727 **Ana:** fiquei com dozinha dele

Na cena filmada, os estudantes construíram a simulação com base num enquadre de consulta médica padrão (cf. MISHLER, 1984): Ana produz um *footing*, ou alinhamento (cf. GOFFMAN, 2002) de médica que detém o controle interacional, sendo quem dá início ao encontro e, através de perguntas, direciona o turno seguinte. Mauro, por sua vez, alinha-se como paciente, respondendo às perguntas da Ana. A organização do turno de fala é, então, caracterizada pela alternância de turnos de fala entre a médica e o paciente simulados. Na linha 09, Ana pergunta ao Mauro qual seria o problema dele. O tom de sua fala combinado com a escolha lexical para nomear a razão da visita (“problema”) funcionam como pista de contextualização para o efeito de impolidez em sua pergunta. Mauro responde, em tom mais fraco, o que também pode ser compreendido como uma pista de contextualização para a situação de desconforto do paciente. Ana novamente toma o turno e indica que não está ouvindo o paciente. Mauro repete que está com dor na perna, e Ana pergunta se há muito tempo ele sentia aquela dor. O paciente responde positivamente, e na linha 18 Ana reformula sua pergunta, solicitando um período de tempo de dor.

Ilma interrompe o vídeo e inicia a discussão do grupo. De modo a motivar a participação do grupo, a instrutora faz uma pergunta, na linha 716/717, salientando aspectos do comportamento não verbal do estudante paciente, como a entrada e o modo de sentar, a partir da ênfase dada a estes termos em sua fala (compreendendo também a ênfase como pista de contextualização para ressaltar algum tópico relevante para o falante). Os estudantes, em coro, respondem ressaltando a timidez na performance do participante. A professora toma o turno novamente e produz uma formulação sobre o comportamento da médica, descrevendo sua ação de falar mais alto e sem oportunidade de fala ao paciente, e caracteriza tal ato como não sendo de acolhimento. O tom cômico da encenação engendra também uma discussão em tom mais leve, sinalizados por pistas de contextualização (cf. GUMPERZ, 2002) como os risos do grupo na linha 722 e comentários informais da participante Ana, nas linhas 725 e 727.

#### Excerto 2

019 **Mauro:** ah: uns, uns, uns  
 020 **Ana:** uns o que?  
 021 **Mauro:** uns três meses  
 022 **Ana:** TRÊS MESES E CÊ AINDA NÃO PROCUROU UM MÉDICO? faz três  
 023 meses que cê tá com dor na perna e não procurou um médico?

024 Mauro: é(.) eu acho que sim=  
 025 Ana: =é (.) e você não fez nada?  
 026 Mauro: eu fiz=  
 027 Ana: =nenhum exame não tomou nenhum remédio nada

729 Ilma: “o que será, por que será que até agora o senhor não  
 730 fez o exame, qual foi sua conduta até agora?” talvez fosse  
 731 muito melhor pra ele dá- “ah sabe porque qu'eu não fiz nada  
 732 doutora, não tinha dinheiro”, e aí ele vai colocar e ela já  
 733 foi acusando imagina que o paciente todo tímido ele não vai  
 734 abrir a boca nunca (1.0) né vai ser mau pra ele

Na sequência da faixa de atividade de simulação, na produção de um enquadre simulado de consulta, observo que a estrutura organizacional da interação (ou o “mapa” do encontro como um todo) também segue um padrão (de consulta clínica): a médica pergunta ao paciente a respeito de seu “problema”, o paciente responde e, a partir das respostas, tem-se o desenvolvimento do encontro, com a médica realizando outras perguntas, de modo a traçar um primeiro diagnóstico sobre Paulo.

Ilma, ao iniciar sua avaliação, altera o tom de fala para reposicionar-se como médica e, assim, demonstrar o tipo de comportamento verbal mais adequado, que seria através de perguntas que permitissem um posicionamento do paciente. Em seguida, altera o tom novamente, reposicionando-se como paciente, e produzindo um *account*, na linha 731 (“ah sabe porque qu'eu não fiz nada doutora, não tinha dinheiro”) sinalizando uma possível explicabilidade por não ter ido ao médico. Tal explicação demonstrada pela instrutora seria do tipo que o autor reconhece o problema, mas exime-se da responsabilidade: a falta de dinheiro não o teria permitido ir ao médico<sup>4</sup>. Ilma, depois de fazer esta demonstração, indica que a ação de acusar o Mauro o levaria a não falar, qualificando tal ação como ruim.

### Excerto 3

029 Mauro: °tomei água benta°  
 030 Ana: ÁGUA BENTA?  
 031 Mauro: é, minha mãe disse que ia melhorar  
 032 Ana: ah, tá, e sua mãe é formada em medicina agora né?  
 033 (.)  
 034 Mauro: °não, né não (senhora)°  
 035 (.)  
 036 Ana: olha, você vai ter que fazer exame, porque não é certo  
 037 água benta  
 038 (2.0)  
 039 Mauro: °é ela mandou botar a perninha no sal também°  
 040 Ana: perninha no sal?  
 041 Mauro: é que falam que ajuda=  
 042 Ana: =ah claro claro olha não vai adiantar vai ter que fazer  
 043 exame, vai ter que tomar remédio, porque faz três meses- não  
 044 tá certo isso não  
 045 Mauro: vai ter que tomar injeção?

<sup>4</sup> Nos estudos tradicionais sobre *accountability*, uma ação indesejável, como não ir ao médico, pode caracterizar-se como uma “desculpa” [*excuse*] quando o autor se exime da responsabilidade pelo ato negativo. Caso o autor reconheça o ato, mas renegue a qualificação pejorativa, tal *account* é reconhecido como uma justificativa [*justification*] (cf. SCOTT & LYMAN, 1968). Seria o caso de um “paciente” não ter “ido ao médico” por não achar necessário.

735 **Ilma:** vai ter que fazer exame, parece que ela tá acusando  
 736 ele vocês já repararam? parece que tá assim dando um monte  
 737 de palmada nele," tem que comprar exame vai ter que tomar  
 738 remédio" quer dizer- viu? e agora é isso é isso, como se  
 739 fosse é- culpa né colocando assim uma coisa (2.0) um castigo

Nessa cena, Ana, indicando surpresa pela forma de tratamento adotado pelo paciente, não o indaga as razões disso, desconsiderando o sujeito à sua frente quanto ao seu conhecimento prévio, ainda que popular, sobre o restabelecimento de saúde. Paulo ainda complementa, indicando que tal ideia veio de sua mãe, a qual a médica pergunta, ironicamente, se ela haveria cursado medicina. Ressalta-se, aqui, o valor atribuído ao conhecimento científico em detrimento ao saber popular trazido pelo paciente. A mesma ironia é notada na resposta dada pela médica na linha 42, após o paciente indicar que também colocara sal na perna (=ah claro claro olha não vai adiantar vai ter que fazer exame, vai ter que tomar remédio, porque faz três meses- não tá certo isso não). Novamente, compreendo este embate entre a Ana e o Mauro como um conflito entre a voz da medicina e a voz da vida cotidiana (cf. MISHLER, 1984).

Ilma formula uma descrição das ações encenadas pelos estudantes, avaliando como uma atitude ríspida o modo da médica escutar o paciente. Novamente, a ideia de acolhimento é ilustrado pelo que não o representa, um contraexemplo, que seria a atitude vexatória por parte da profissional em relação ao paciente.

#### Excerto 4

050 **Ana:** vai ter que tomar injeção  
 051 (.)  
 052 **Ana:** não, não tem, não tem- ficou três meses sem ir no médico  
 053 agora aguenta as consequências, ninguém mandou botar a  
 054 perninha no sal e jogar água benta não  
 055 **Mauro:** °mas ajuda, senhora°  
 056 **Ana:** não, não ajuda nada, se ajudasse, cê não tava aqui, se  
 057 ajudasse cê tava em casa, bem  
 058 **Mauro:** °é verdade, desculpa°

740 **Ilma:** quê que será que fez ele não tomar o remédio, né? por  
 741 que será que ele não tomou, quê que será que houve, tava na  
 742 hora de a gente conhecer um pouquinho mais daquele paciente,  
 743 qual o coisa você era, inseguro  
 744 **Mauro:** inseguro e envergonhado=  
 745 **Ilma:** =e envergonhado acho que ele fez super bem e o teu  
 era=  
 746 **Ana:** =o meu era falta de respeito=  
 747 **Ilma:** =falta de respeito total né foi atropelando ele

O encontro encerra-se com a Maria indicando a necessidade de tomar remédios, fazer exames e tomar injeção, dado o fato de estar com o problema há muito tempo e não ter procurado o médico antes.

Tais ações engendram uma consulta com base no modelo padrão biomédico, considerando as chamadas tecnologias duras no trato assistencial (cf. MERHY, 2007), alinhando-se à voz da medicina tradicional.

Através do seu turno de fala, Ana produz o *footing* de uma profissional que desconsidera o paciente enquanto um sujeito histórico, o qual traz uma série de crenças e necessidades ao chegar num consultório, atribuindo valor e importância somente ao seu posicionamento profissional. Daí a sua surpresa pelo fato de ele não ter procurado um médico antes, pelo fato de achar absurdas as formas de tratamento por ele tidas em casa, e ainda culpá-lo por ter que seguir o tratamento com exames e medicamentos. A fala de Mauro, por sua vez, foi marcada pelas pausas (linha 16 do excerto 24; linhas 33, 35 e 38 do excerto 26; linha 51 do excerto 27), hesitações e tom fraco (linhas 10 e 12 do excerto 24; linhas 29, 34 e 39 do excerto 26; linhas 55 e 58 do excerto 27), indicando o desconforto por estar naquela situação. Na simulação registrada em vídeo, essas marcas vêm acompanhadas de sua linguagem corporal: Paulo fala de cabeça baixa e segurando suas mãos, enquanto Maria gesticula bastante, olhando diretamente para o seu paciente.

Algumas das escolhas lexicais, somente para citar um exemplo nesses turnos, revelam, por sua vez, a assimetria entre os participantes: a “médica” o trata repetidamente pelo uso do “você” (no caso, a variante “cê”) (linha 25 do excerto 25; linha 36 do excerto 26; linha 56 do excerto 27), enquanto o paciente refere-se a ela pelo uso do pronome “senhora”, como na linha 34 do excerto 26. A assimetria interacional é também marcada pela situação em que ocorre o evento: a simulação parece indicar um tipo de relação de “subserviência” pelo fato de o paciente estar sendo atendido pela médica (razão que a faz culpá-lo por estar ali, e o faz pedir desculpa em seu último turno), a qual faz uso de seu poder para direcionar o que o paciente deve fazer, sem consultá-lo, através das diversas asserções sobre tomar remédio, fazer exames, tomar injeção.

Ao final do vídeo, Ilma e os estudantes que participaram da filmagem formulam a fala do vídeo, ressaltando o perfil do paciente (inseguro e envergonhado) e a atitude da médica (falta de respeito), tendo como base a interação construída por eles, marcada pelos elementos descritos, como assimetrias interacionais, diferentes tons de fala, tópicos elencados pelos participantes, tipo de orientação ou prescrição proposta pela médica, etc. enquanto pistas de contextualização.

Em suma, foram ressaltados os seguintes tópicos na análise dos quatro excertos apresentados:

- (a) O macroenquadre de situação de aprendizagem através da produção da simulação da consulta e a discussão em grupo, descrevendo e avaliando as ações da médica e do paciente, a partir da produção de formulações;
- (b) A produção do *footing* de médica impaciente e paciente tímido e desconfortável, a partir das pistas de contextualização enumeradas nas análises: tom de pergunta da médica, controle do tópico de forma ríspida, tom fraco na fala do paciente.
- (c) Como efeito, tem-se o conflito entre a voz da medicina, representada pelo saber médico da Ana e sua necessidade de exames e medicamentos, como observado nas linhas 42/43, e a voz da vida cotidiana, representada pelas crenças trazidas por Mauro sobre o uso de água benta (linha 29) e a

ação de colocar a perna no sal (linha 39);

- (d) Enquanto tema focal, Ilma salienta o que fazer numa consulta, reformulando as falas da médica, conforme apontado na análise do excerto 25, e criticando as suas ações (de Ana), caracterizando a cena simulada como uma atitude de falta de respeito pelo paciente, como concluído por Ilma na linha 747.
- (e) Ao simular o contraexemplo de uma consulta, observa-se a ausência de democratização enquanto ordem discursiva na interação entre a médica e o paciente. Isso caracteriza o que não fazer numa consulta, a partir das considerações feitas pelos participantes durante a aula.

### Considerações Finais

Neste estudo, busquei construir uma reflexão sobre como uma tecnologização discursiva se produz em ato, enquanto atividade formativa. Ao se ministrar uma aula de comunicação médica, entendo que entram em jogo uma tensão entre a prescrição para a ação profissional e o ato simulado, e que, juntos, estes constituem Estoques de Conhecimento Interacionais.

Analisar uma aula dessa natureza permite compreender como uma prática de ensino da interação e do discurso para fins profissionais específicos acionam diferentes ordens do discurso, que podem aproximar ou afastar das macropolíticas vigentes. Tal análise, quando sustentada pelos conceitos da fala-em-interação, possibilita ainda um reconhecimento dessas ferramentas analíticas para uma compreensão da interação em situação institucional.

### Referências Bibliográficas

- BAILE, W. et al. SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, n. 5, 2000.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Acolhimento nas Práticas de Produção da Saúde. Ministério da Saúde: Brasília, DF, 2006.
- CAMERON, D. Styling the worker: gender and the commodification of language in the globalized service economy. *Journal of Education: London*, n.4, 2000.
- DER MOLEN, H. & LANG, G. Habilidades de escuta na consulta. In: LEITE, A.; CAPRARA, A. & COELHO FILHO, J. (org.). *Habilidades de comunicação com pacientes e famílias*. São Paulo: Sarvier, 2007.
- FAIRCLOUGH, N. *Discurso e Mudança Social*. Brasília: Ed.UnB, 2001.
- FOUCAULT, M. *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola, 2006.
- GOFFMAN, E. Footing. In: RIBEIRO, B.T. & GARCEZ, P. *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Edições Loyola, [1979] 2002.
- \_\_\_\_\_. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes, [1959] 2009.
- \_\_\_\_\_. *Ritual de Interação: Ensaio sobre o comportamento face a face*. Petrópolis: Vozes, [1967] 2011.
- GUMPERZ, J.J. Convenções de contextualização. In: RIBEIRO, B.T. & GARCEZ, P. *Sociolinguística Interacional*. São Paulo: Edições Loyola, [1982] 2002.

- MERHY, E. Saúde: cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MISHLER, E.G. The discourse of medicine: the dialectics of medical interviews. USA: Ablex, 1984.
- OSTERMANN, A.C. & MENEGHEL, S.N. Humanização. Gênero. Poder. Contribuições dos estudos da fala-em-interação para a atenção à saúde. Campinas: Mercado de Letras; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
- PERÄKYLÄ, A. & VEHVILÄINEN, S. Conversation Analysis and professional stocks of interactional knowledge. *Discourse & Society* v.14, n.6. London: Sage Publications, 2003.
- REVEL, J. Foucault: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2005.
- SARANGI, S. Healthcare interaction as an expert communicative system: an activity analysis perspective. *Interaction and Language: News Perspective*. Amsterdam: Benjamins, 2010a.
- \_\_\_\_\_. Practising discourse analysis in healthcare settings. In: BOURGEAULT, R. (ed.). *Qualitative Methods in Health Research*. London: Sage, 2010b.
- SCOTT, Marvin; LYMAN, Stanford. Accounts. In: *American Sociological Review*, v. 33, n.1, p. 46–62, 1968.

*Alexandre José Cadilhe holds a PhD in Language Studies from Federal Fluminense University, Brazil, and is a professor in the Department of Education and at the Graduate Program in Linguistics, at Federal University of Juiz de Fora, Minas Gerais, Brazil. His research interests include Discourse Analysis, Literacy, Teacher education, Portuguese Language for Specific Purpose. Email: [alexandre.cadilhe@ufff.edu.br](mailto:alexandre.cadilhe@ufff.edu.br)*