

-- SEÇÃO IX --

LINGUAGEM NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

POSTER*

UM ENSAIO SOBRE OS PROCESSOS DE FIGURAÇÃO DA FACE NA INTERAÇÃO ENTRE MÉDICO E PACIENTE COM HIV/AIDS**

Marcos Antonio Moura VIEIRA (Faculdade de Ciências Médicas - UFMT)
& Maria Inês Pagliarini COX (Instituto de Linguagens- UFMT)

ABSTRACT: In this study, we have examined the interaction between doctors and patients with HIV/AIDS. The fieldwork, of qualitative nature, was carried out in the Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do Hospital-Escola da Universidade Federal de Mato Grosso. Three doctors and nine patients took part in this study. The interpretation of the data was based upon Goffman's studies on face to face interaction, mainly when the author closely examines the interaction between "a stigmatized person" and "an informed person". The interaction between doctors and patients with HIV/AIDS causes a reconsideration of the usual roles performed by the social actors.

I. Goffman, à margem da sociologia funcionalista, preocupada em deslindar os mecanismos que regem as macro-estruturas sociais, chama a atenção para uma dimensão da vida social que, de tão presente a nós, passa despercebida - os encontros entre duas ou entre poucas pessoas, as situações de interação face a face, que tecem a vida ordinária de todos os dias. Num momento que a sociologia só tinha olhos para ver os macroprocessos sociais, Goffman convida a plêiade de sociólogos a olhar a microtextura social do cotidiano, feita de trocas de palavras, gestos, posturas, modos de se aproximar e de se distanciar, um complexo de signos aparentemente insignificantes produzidos em espaço e tempo restritos.

De acordo com ele, à vista de alguém, os homens se apresentam através de personas, representam papéis, fingem ser, procuram controlar a impressão que passam aos outros. Na interação, há uma "influência recíproca dos indivíduos sobre as ações uns dos outros" (Goffman, 1989:23). Os papéis que desempenhamos são talhados pelos papéis que os outros desempenham, definem-se por uma reciprocidade de olhares.

Por papel social, Goffman (1989:24) entende a promulgação de direitos e deveres ligados a uma determinada situação, constituindo uma prática re-apresentável em outras ocasiões em que o ator se encontre diante de um público semelhante. Nossos encontros são como que cerimônias, rituais de rejuvenescimento e re-atualização dos valores morais das comunidades a que pertencemos. Goffman se debruça, isento de um viés moralizante, sobre o cinismo que preside as relações sociais de todos os dias.

Dos trabalhos de Goffman acerca da interação face a face, tomamos, sobremaneira, o estudo sobre os processos de figuração, sobre o trabalho da fachada, sobre o modo como os interlocutores se apresentam/representam ao interagir numa dada situação social. "A fachada é a imagem da pessoa delimitada em termos de atributos sociais aprovados" (Goffman, 1970:13). A imagem que procuramos externalizar de nós mesmos é uma imagem positiva, tal como gostaríamos de ser vistos.

Embora o processo de figuração se aplique ao estudo de qualquer situação de interação face a face, Goffman privilegiou o estudo daquelas situações que envolvem relações entre pessoas normais e estigmatizadas. No livro "Estigma: Notas sobre a

* Sessão de Posteriores Coordenados "Linguagem nas Relações de Trabalho".

** Este trabalho é parte da tese de mestrado "A Interação entre Médico e Paciente com HIV/AIDS num Ambulatório do Hospital-escola da Universidade Federal de Mato Grosso, defendida por Marcos Vieira e orientada por Maria I. Pagliarini Cox.

Manipulação da Identidade Deteriorada”, ocupa-se exclusivamente do que ele chama de “contatos mistos” - “momentos em que os estigmatizados e os normais estão na mesma ‘situação social’, ou seja, na presença física imediata um do outro, quer durante uma conversa, quer na mera presença simultânea em uma reunião informal” (Goffman, 1982:22).

No estudo das relações entre estigmatizados e normais, Goffman (1982, 51-115) lança mão das noções de “desacreditado” e “desacreditável”. São desacreditadas aquelas pessoas cujas causas geradoras do estigma não são passíveis de encobrimento ou, se apesar de passíveis de encobrimento, já se tornaram públicas. São desacreditáveis em potencial aquelas pessoas cujas causas geradoras do estigma não são aparentes, podem ser dissimuladas nos momentos de contato com os normais. A manipulação da informação sobre as causas do seu estigma faz o sujeito se defrontar com o dilema de “exibi-lo ou ocultá-lo, contá-lo ou não, revelá-lo ou escondê-lo, mentir ou não mentir; e, em cada caso, para quem, quando e onde” (Goffman, 1982:51). O contato entre normais e desacreditáveis envolve, pois, o problema do encobrimento/revelação do estigma. Há estigmas que os desacreditáveis ocultam dos íntimos mas revelam a estranhos, assim como há estigmas que ocultam a estranhos e revelam aos íntimos. Os desacreditáveis sempre envolvem alguém numa relação de cumplicidade.

Para manter preservada a face nos encontros mistos, o desacreditável lança mão de várias estratégias de encobrimento. Primeiro, esforça-se para apagar/esconder os índices do estigma. Segundo, esforça-se para transformar um estigma negativo num menos negativo, como, por exemplo, uma surdez dissimulada em distração. Terceiro, elege um pequeno grupo diante do qual tira totalmente a máscara, contando com a sua cumplicidade e apoio. E quarto, numa atitude extrema, o desacreditável pode voluntariamente revelar-se, passando a um desacreditado consciente que não mais se ocupa em manipular um defeito secreto, mas em enfrentar situações sociais difíceis, embaraçosas, conflituosas.

Goffman procura enfatizar que, na perspectiva de sua teoria dramaturgic da interação face a face, os estigmatizados e os normais são subsumidos como desempenhando os papéis de estigmatizados e normais quando interagem. Quer dizer, o estigma só pode ser bem compreendido se a atenção for desviada do estigmatizado em si mesmo para a sua interação com os outros em situações de contatos mistos.

Grande parte dos estudos de Goffman foi realizada no interior do que ele designou de “instituições totais” - manicômios, conventos, prisões - situações em que os indivíduos experimentam uma deterioração de sua identidade. Todavia, seus estudos foram seminais para a constituição do campo de pesquisa sobre a interação face a face. Sua perspectiva teórica, aliada a pesquisas empíricas de natureza qualitativa, encetou uma tradição que vem se desenvolvendo com bastante vigor em várias frentes. Uma das frentes de investigação mais expressiva é a do exame da comunicação no exercício das profissões. Os estilos e formas de interação entre professores e alunos, entre homens de negócio, entre conferencista e auditório, entre juizes e advogados, entre agrônomos e lavradores, entre vendedores e clientes, entre terapeutas e pacientes, entre médicos e pacientes, para mencionar apenas alguns deles, foram incorporados ao universo de objetos interessantes à pesquisa sociológica, encetando uma nova disciplina de caráter interdisciplinar, a sociolinguística interacional. No escopo deste trabalho, referimo-nos à sociolinguística

interacional metonimicamente, aludindo às principais características da interação médico-paciente já desveladas por vários estudos (Mishler, 1984; Todd, 1983; Fisher, 1982; Paget, 1982; Bonano, 1983; Cicourel, 1983).

II. Quando nos referimos à interação médico-paciente, a situação social mais representativa a ser evocada é certamente a da consulta médica. A consulta é uma das incontáveis ocasiões de interação face a face. Começa quando o paciente e o médico se colocam em presença um do outro, desempenhando tacitamente cada um o seu papel, e termina quando o encontro se desfaz. O médico é a face previsível, padronizada, reconhecida por uma postura que lhe garante uma identidade social insuspeita. Aliás, nenhum profissional adere tanto à persona de sua profissão quanto o médico (Cox, 1993: 35). Mesmo quando de fora dos espaços onde é convocado a exercer o papel de médico, ele não consegue, habitualmente, apresentar-se despojado da “máscara de médico”.

A análise dessa forma de interação tem levado em conta, sobremaneira, a estrutura organizacional da conversação e os processos de figuração. Em relação à estrutura organizacional, são observadas as tomadas de turnos, ou seja, as intervenções de cada um dos interlocutores durante o encontro, a distribuição e o controle dos turnos, assim como a organização tópica. Já em relação aos processos de figuração, são observadas as fachadas com as quais os interlocutores se apresentam/representam um diante do outro, os processos de “preservação da face”, a diferença de expectativas entre médico e paciente a respeito do quanto, do que e do como falar no momento da interação. A rigidez, a ortodoxia, uma certa esclerose por assim dizer, do médico no desempenho do seu papel tem sido apontada como uma das principais fontes de mal-estar no curso das interações. Assis (1994:40), resenhando uma série de estudos sobre o tema, observou o descompasso de expectativas: “While patients talk in a social/contextual mode about their health and care life, doctors talk in a medical prescription-oriented question mode”.

A consulta médica, enquanto instância de interação, organiza-se habitualmente em três fases: a entrevista médica (ou anamnese), o exame físico e a avaliação final (diagnóstico, orientações). De acordo com Camargo Jr. (1992:223), essa seqüência gradual de passos implica, implicitamente, num processo de objetivação da doença a partir da subjetividade do paciente. A maioria das pesquisas acerca da interação médico-paciente tem demonstrado que geralmente os pacientes quase não têm oportunidade para introduzir tópicos pertinentes às suas preocupações pessoais. O médico detém o poder da palavra e a distribui de acordo com a sua vontade e necessidade de obtenção de dados que possibilitem um raciocínio clínico-diagnóstico. A transição dos turnos é monitorada, via de regra, pelo médico. O assalto do turno pelo paciente não é muito comum. Tradicionalmente, a comunicação entre médico e paciente visa que a interação entre ambos permita o diagnóstico e o tratamento apropriado das infecções e doenças, sob o ponto de vista orgânico. A relação médico-paciente é fundamentalmente a instauração de uma desigualdade, de uma assimetria, legitimada por ambos. Segundo Jeamment, Reynaud e Consoli (1980), interação médico-paciente: “(...), tem por ponto de partida a solicitação de um indivíduo que sofre, dirigida a quem dispõe de um saber, do qual espera cura, ou pelo menos alívio e, portanto, mais ou menos implicitamente, ajuda e proteção. O doente está por esse motivo, duplamente em situação de desigualdade: pelo próprio fato do estado de

demanda, que o faz passivo e tributário da resposta de outros: e pelo fato do sofrimento, que mobiliza uma parte de sua energia e constitui uma desvantagem” (Jeammet, Reynaud, Consoli, 1980: 356).

Especificamente sobre a interação médico-paciente com HIV/AIDS parece não haver estudos. Todavia, com base em nossa experiência poderíamos dizer que ela é em parte semelhante e em parte diferente. A consulta também é composta pelas três fases. Porém, é difícil para o médico que trata de um paciente com HIV/AIDS agir como se essa fosse uma doença como outras, sem significados psíquicos e sociais. Não há como apagar do horizonte os problemas de identidade que ela desencadeia pela sua inevitável associação com o comportamento desviante e com a morte iminente. Por mais que o médico tente desempenhar ortodoxamente o papel de médico, pesquisando o HIV, as doenças intervenientes e as infecções oportunistas, permanece bastante desprotegido, uma vez que a onipotência e a racionalidade do discurso científico foram, em relação à AIDS, solapadas. Como diz Faria e Vaz (1995:110), “a AIDS nos deixa a dúvida crucial sobre o nosso conceito do que são as doenças e qual a sua origem”. Em resumo, ao lidar com a AIDS, os médicos e a medicina assistem a um transbordamento de seus habituais continentes, de suas habituais fronteiras.

À guisa de ilustração, analisamos um caso de interação entre médico e paciente com HIV/AIDS. A escolha desse caso deve-se ao fato de ele ser um caso típico.

Diálogo entre o Dr. A e a paciente J. (J. está acompanhada do esposo)

1. Dr. A. - Que mais perdeu, perdeu apetite, perdeu peso. O que mais?

2. J. - Apareceu uns negócios no corpo...

3. Dr. A. - Hein!

4. J. - ((silêncio))

5. Dr. A. - Deu diarreia, tosse, o que mais?

6. J. - ((silêncio))

7. Dr. A. - Tem catarro?

8. J. - Não... é aquela coisa branca.....

((Silêncio))

9. Dr. A. - Cê tá tomando os remédios?

10. J. - ((silêncio))

11. Dr. A. - J., () você, é o que é... ou pior, ter que falar de novo... Nós temos duas possibilidades, ou você vai tratar e você vai fazer pra mim o que eu vou mandar fazer e se não fizer vai vir aqui contar que não tá conseguindo fazer, ou eu não vou tratar de você, eu já falei isso uma vez, fui claro, acho! e tô falando pela segunda vez e não vou voltar atrás. Então assim: É impossível eu conseguir equilibrar seu organismo, tentar fazer você ganhar peso, melhorar... se não houver a colaboração da sua parte. Você ficou seis meses sem me aparecer, depois quer um relatório para aposentar, que eu não posso dar porque eu não te vi nesse período, quando muito eu posso dar um relatório do exame físico de hoje, e é o máximo que eu posso fazer. Agora assim: desde que você teve alta, você tava com CD4 baixo, cê sabia disso, você tem que fazer pro-fa-xia pra P. carini por causa desta tosse, você parou. Eu te expliquei muito bem, não deixei sem explicar as coisas pra você; eu expliquei porque é que eu tava efetuando a medicação, por que que era importante tomar o remédio, né? A sorte sua é que você não tem nada grave, nesse ponto Deus foi muito bonzinho com você, né? porque assim: sem tomar o AZT, você não teve nem infecção () agora, era pra ter feito, podia ter feito, não que era, podia ter feito. Então assim, na verdade você teve muita sorte.

12. J. - Na verdade eu tive muito medo do AZT.

13. Dr. A. - Mas o medo da reação do remédio é muito menor do que o que você vai apresentar sem ele. Eu não tô dando pra você um remédio experimental, eu não tô dando pra você um remédio que ninguém nunca usou e eu tô experimentando em você. Eu tô dando pra você um remédio que

zilhões de pessoas usaram desde 1900 e bolinhas, desde que a AIDS existe e que é comprovado que melhora a sobrevivência dos pacientes. Se não melhora a sobrevivência, melhora muito a qualidade de vida do doente, tá! Eu tenho comigo doente que toma AZT, que tá comigo há um ano sem ter nada. Comendo bem, vivendo bem, sem cara de AIDS, entendeu? Agora o doente só melhora quando quer, isso eu falei desde o início pra você. Se você se largar cê vai morrer mesmo, cê vai ter todas as infecções que você quer, todas as complicações que você gostar de ter, o problema é...é de você. Você vai ter que batalhar pra não ter isso, não adianta você falar, você justificar que não tá tomando o remédio, que você tá piorando porque você tá preocupada, preocupação faz a gente ficar aba... abatida, pode até fazer você ter algum efeito na tua imunidade, mas não é isso que tá fazendo você ficar assim, ele pode ser o que gera o seu estado, mas não que encadeia isso. ((paciente com ar de dispersão)) - Oi!, não entendeu?? Então assim: Não usa a preocupação com sua filha, sua neta, pra... assim, explicar o que você não tá fazendo por você... o que eu preciso de você é o que eu falei da outra vez: Eu preciso que você queira ser tratada, que você queira que eu trate você, porque se a coisa não for assim, vai ficar muito complicado. Eu vou acabar me irritando com ele (o esposo), como já me irritei com ele, por ele ter ligado na minha casa. Eu odeio que liguem na minha casa, eu não gosto que façam isso porque assim: se eu quisesse que alguém me ligasse em casa eu teria um consultório, eu não tenho consultório, eu trabalho aqui e é aqui que eu atendo, justamente porque eu quero chegar na minha casa e não ter outra preocupação, quero poder curtir minha família () Eu não vou te matar por você ligar excepcionalmente, nem briguei com você aquele dia, mas não gosto! vou ser claro: eu não faço clínica privada por conta disso, tá!? Então assim: principalmente se você faz o que você faz: me desaparece seis meses e de repente liga na minha casa. Eu não gosto disso. Se você fosse uma paciente que passou de vir aqui todo dia, eu falasse que não precisava de vir, e falasse se você piorar você me liga, é outra coisa. Não foi assim, num foi uma coisa combinada. Não que eu vou morrer nem vou te matar, nem vou deixar de falar com você se você me ligar, não é nesses termos, mas se a gente puder manter a nossa relação dentro do hospital pra mim é melhor. Agora! a gente só vai manter essa relação se você falar pra mim: - Olha A, vou cuidar com você, vou fazer o que você mandar e se eu não tiver bem eu vou te avisar. E não fazer isso que você não ficou bem com o remédio e não me avisou, você parou de tomar o remédio e também não me avisou, né? Você tá querendo uma relação pra mim muito complicada, porque ela é unilateral - tudo pra você e nada pra mim, você entendeu? ((silêncio))...pra mim é complicado.((silêncio))...Só que eu não vou me opor a um relatório, a cuidar de você, a ver você o dia que eu tiver aqui, eu venho todos os dias aqui, você vai me achar, com raras exceções, então, eu vou ver, eu vou te ajudar, agora... desde que você queira se ajudar, entendeu?

((Após a reprimenda, o Dr. A. procura recompor-se e passa, então, ao exame da paciente))

14. Dr. A. - Não quer deitar aí? Num quer ficar deitada, é mais confortável, só que tá ruim aí é esse lençol?

15. J. - Não

16. Dr. A. - É... é melhor ficar deitada, cê tá magrelinha ((A paciente tosse muito e não é possível ouvir a conversa que se estabelece entre o esposo e o Dr. A.))

17. Dr. A. - Vamos fazer um examesinho de catarro, tá madame, e vou pedir contagem de CD4 e CD8...

18. J. - De novo!

19. Dr. A. - Ah, de novo após um século que não faz

20. J. - Eu fiz!

21. Dr. A. - Tem de fazer, agora num tá mais enrolado, num tá...

22. J. - Eu vinha busc...

23. Dr. A. - Só tem que arranjar um doador de sangue, a tal história, essa aí, continua, mas o resto tá mais tranquilo, tá?... e tá vindo em no máximo 15 dias agora, num tá mais perdendo, eles aprenderam a colher no laboratório, porque não é que eles erravam a coleta. Então é de quarta feira de manhã, em jejum, que tem de colher.

((a paciente tosse muito, com secreção))

24. Dr. A. - Você quer uma água?

25. J. - ((assente com a cabeça e o médico vai buscar))

26. Dr. A. - Bebe devagar..... e eu acho que qualquer anti-tussígeno serve, só que a noite pra você conseguir, não de dia não precisa tomar, mas a noite pra você ter um soninho mais tranquilo já que você tem um sono leve. Toma ele porque além de tudo ele te deixa mais tranqüilinha...

27. J. - Mas é para comprar qual remédio?
28. Dr. A. - Qualquer anti-tussígeno: Silomat, (), qualquer anti-tussígeno, Belacodid é bom também, Belacodid dá sono, dá soninho bom. Se você quiser, só que tem de ser com receita, ele não vende assim.
29. J. - Porque eu não quero um remédio pra beber junto com esse monte..
30. Dr. A. - Não precisa, se você não acha necessário.
31. J. - Isso (dá) malária?
32. Dr. A. - (), mas a dor de estômago deve ser dele mesmo, tá. ((Vai examinando e falando dos exames)) Ela vai fazer tudo que tem tempo que não faz, porque se não eu perco o pé, né?, a gente tem que ter esse controle porque qualquer alteração eu sei o que eu faço, senão não sei. Tá com catarro nos pulmões... então o RX eu vou colocar como urgência - você vai fazer agora tá, se não for fazer agora vai fazer daqui a uma hora duas - eles avisam, tá, eu vou botar ele como urgência e eu vejo esse RX antes de você ir embora, tá bom! Cê tá cheia de catarro, por enquanto em um dos lados, então precisa ver...
33. J. - Essa doença em mim aqui, é um segredo, eu deixei um segredo... meu filho já sabe, minha filha já sabe, a família inteira do lado da mamãe já sabe.
34. Esposo - Cê deve ((dívida financeira)) a alguém... pra alguém?
35. J. - Não! só que teve muita gente que foi lá em casa e me achou tão, tão... e eu faço de conta que não sei do que.
36. Dr. A. - Eles vão lá fazer o que?
37. J. - Me visitar
38. Dr. A. - Mas eles são legais com você, ou só...
39. J. - Hum, Hum.....só uma prima minha que foi muito indiscreta, ela chegou e: - puta! você já tá tendo disenteria e vômito? - Tuberculose dá disenteria e vômito? Só pra ela largar de ser indiscreta.
40. Dr. A. - Às vezes, eu não sei aí, mas tem hora é mais fácil você abrir o jogo. - É muito ruim pra você?
41. J. - ((sim, com a cabeça))
42. Dr. A. - É::!
43. J. - Eu num suporte...
44. Esposo - Eu já falei isso pra ela, ela disse que não quer que ninguém olhe pra ela com pena!
45. J. - Eu não queria que meus filhos ficassem sabendo.
46. Dr. A. - Ele soube e você conversou com ele?
47. J. - Ele não gosta nem que fale do assunto
48. Dr. A. - Mas você tentou conversar com ele
49. J. - Conversei
50. Dr. A. - Mas ele sabe?
51. J. - Conversei com ele e falei: meu filho, o que que você achou disso tudo: "eu acho que era pra mim comer, dormir, viver... ele não disse mais... Eu achei que ele num ia ter cabeça pra entender a doença, que ele fosse desorientar. Nenhum dos dois, eles só falam é que é uma coisa natural, normal pra existir, podia ser com qualquer um dos dois.

Na interação entre o Dr. A. e a paciente J., a assimetria é patente. O Dr. A. controla a direção do diálogo, detém o poder da palavra e a distribui de acordo com a sua vontade. A assimetria pode ser verificada em três níveis.

Primeiro, na natureza dos atos de fala. O médico pergunta e a paciente se limita a dar respostas. O médico manda e irrita-se ante a resistência da paciente em obedecê-lo. O médico admoesta a paciente por ela não seguir o tratamento, por ficar seis meses sem comparecer ao ambulatório e principalmente por telefonar para sua residência, enfim, por ela ser negligente e inoportuna. A paciente se recolhe em seu próprio corpo sem esboçar qualquer reação de defesa ou de desagrado.

Segundo, na quantidade de fala. O médico fala muito, durante a maior parte do tempo, enquanto a paciente é lacônica. Fala pouco, dá respostas monossilábicas ou, na

maior parte das vezes, com gestos, sem nada dizer. J. parece alheia à fala do Dr. A., é como se estivesse ausente da situação.

Terceiro, na escolha do léxico. O médico utiliza-se predominantemente de jargão médico, por exemplo, “CD4 baixo”, “profilaxia para P. carini”, como se fosse transparente para a paciente. O jargão médico, ao excluir os não-iniciados do processo de compreensão, cria uma barreira na interação, contribuindo para a manutenção da distância entre o médico e o paciente.

Todavia, há momentos em que o médico se mostra espirituoso, procurando temperar a assimetria com gracejos, como no turno 13, ao dizer à paciente que estava prescrevendo “um remédio que zilhões de pessoas usaram desde 1900 e bolinhas”, um remédio que deixa o aidético “sem cara de AIDS”, ou no turno 17, ao interpelar a paciente através do vocativo “madame”. Às vezes, o médico assume um tom maternal, abusando das formas diminutivas (deitadinha, magrelinha, examezinho, tranqüilinha, soninho) (turnos 14, 16, 17 e 26), oferecendo água à paciente para controlar seu acesso de tosse (turno 24). Também se designa para a paciente não como Dr. A. mas simplesmente como A (turno 15), num gesto de quem parece querer encurtar distâncias preestabelecidas.

Nesse diálogo, estão presentes as três fases do evento interacional, a anamnese (turnos 1 a 13), o exame (turnos 14 a 32) e a avaliação/orientação final (turnos 32 a 51). Todavia, o evento não transcorre de modo linear. Na fase inicial, o Dr. A. foge ao script da entrevista médica trazendo à baila uma face incomum, assim como a paciente, na fase final, apresenta seu dilema em revelar ou não a sua doença à família, principalmente aos filhos.

Embora sua estrutura seja semelhante à estrutura padrão da consulta médica, as doenças, os sintomas e sinais topicalizados são singulares. O médico interroga a paciente acerca de diarreia (indício de microbacteriose, criptosporidiose e microsporidiose), catarro, tosse persistente e perda de peso (indícios de tuberculose), dentre outros sintomas. No exame físico vasculha o corpo da paciente à procura de sinais tais como manchas de pele (indício de sarcoma de Kaposi), manchas brancas na boca (indício de Candidíase oral), alterações no funcionamento do pulmão, detectadas pela ausculta (indício de pneumonia). Enfim procura casar os sintomas queixados pela paciente com os sinais percebidos por ele e buscar auxílio ou confirmação diagnóstica nos exames laboratoriais. O Dr. A. busca diagnosticar em J. uma doença específica para propor um tratamento adequado.

Quem controla os tópicos é o Dr. A.. Inicia com o levantamento de sintomas, mas passa logo a falar sobre a resistência, sobre o abandono do tratamento e sobre a ausência da paciente do ambulatório por um período de seis meses. Procura persuadi-la das vantagens do uso do AZT, mediante o argumento de que se o medicamento não melhora a sobrevida, melhora a qualidade de vida, deixando subentendido o signo da morte. A tentativa de retomar o tratamento por uma via inadequada, ou seja, ligando para a sua casa e invadindo sua privacidade é um tópico que rende uma série de reprimendas à paciente. A necessidade de retomar o tratamento, tendo como ponto de apoio a freqüência assídua ao ambulatório e não ao médico em seu espaço privado, aparece no diálogo como algo que estava engasgado e que é lançado para fora com a violência de um vômito, o que leva já a considerar os processos de figuração do Dr. A. e da paciente J..

No começo da conversação, há uma garantia do princípio de preservação da face. O Dr. A. mantém a sua fachada de médico. Porém, a partir do momento em que o tópico da resistência ao tratamento vem à tona, o Dr. A. começa a despir-se de sua persona de médico. A paciente mantém-se resistente, levando o Dr. A. a assinalar insistentemente sua conduta inadequada: o abandono do tratamento, o desaparecimento do ambulatório e o telefonema para a sua residência, invadindo seu espaço privado. Neste ponto da conversação, a fachada de médico do Dr. A. mostra-se praticamente descomposta. O Dr. A. tentou impor limites à atuação destrutiva da paciente contra si mesma por não aderir ao tratamento e por procurá-lo num local onde, a princípio, não poderia dispor de meios imediatos para ajudá-la. Entretanto, acabou ele próprio embaralhando os limites entre os deveres de médico (atendê-la bem e orientar para, em não havendo emergência, procurá-lo no ambulatório na manhã seguinte, quando abriria um horário para examiná-la, o que inclusive fez na hora do telefonema) e seus deveres domésticos (manter-se em sua casa, resguardado de usar junto à família a face médica). O Dr. A. não apenas arranhou a face da paciente como a sua própria, deixando aflorar sentimentos inesperados numa interação entre médico e paciente, ou seja, mostrando uma face não comumente exibível. Que médico, em situação de equilíbrio emocional, baixaria guarda do cinismo que preside as relações sociais, confessando que o tratamento pago é um e o gratuito é outro. Se a prática tem sido essa, é, todavia, uma prática inominável. Faces negativas são mantidas no sótão nas situações públicas de interação face a face.

O Dr. A. parece reconhecer que passou do limite, assumindo, na fase seguinte, uma atitude bastante afetuosa em relação à paciente, como que para corrigir os efeitos negativos de seu destemperamento momentâneo, certamente motivado pelo stress emocional, ante o pressentimento de que J. “escolhera” um atalho para a morte. Em entrevista, o Dr. A. afirma com insistência que o sucesso do tratamento, quer dizer, a sobrevida do paciente, depende muito da colaboração entre ele e o médico, pacto que não conseguira estabelecer com J..

Essa fase da conversação culmina com o Dr. A. apresentando um perfil do paciente-doente de AIDS ideal. Fala como se fosse J.: “Olha A, vou cuidar com você, vou fazer o que você mandar e se eu não tiver bem eu vou te avisar”, o que significa “vou me engajar seriamente no tratamento”. O Dr. A. reforça para J. que é seu médico no espaço do ambulatório: “não vou me opor (...) a cuidar de você, a ver você o dia que eu tiver aqui, você vai me achar, com raras exceções, então eu vou ver, eu vou te ajudar, agora, desde que você queira se ajudar, entendeu?” Em resumo, o Dr. A. deixa claro que não deseja ser convocado a exercer o papel de médico no espaço privado de sua casa e sinaliza para J. que o futuro das relações entre eles depende de J. seguir suas ordens: deixar de ser negligente, resistente e inoportuna.

O dilema de J., entretanto, é diverso das preocupações do Dr. A.. Enquanto o Dr. A. realiza o exame físico, a paciente tenta introduzir o tema que a preocupa (turnos 33 a 51). J. gostaria de manter a doença em segredo, entretanto pressente que todos já sabem que ela tem AIDS, embora fale ter apenas tuberculose. J. traz à tona a angústia de uma pessoa desacreditável que desconfia já ter se tornado desacreditada no círculo familiar. A alusão à indiscrição da prima (turno 39), é, nesse sentido, bastante significativa. Mas o que mais parece angustiá-la é tornar-se desacreditada em relação aos filhos, apesar da aparente

aceitação deles. Neste momento, talvez compreendendo o dilema da paciente, talvez conjecturando que para assumir efetivamente o tratamento a paciente precisava assumir a doença, o Dr. A. responde à mudança de tópico. Pela primeira vez, nessa interação (turno 40), reflete junto com a paciente e indaga quais os sentimentos dela em relação àquela situação: “Às vezes, eu não sei, mas tem hora é mais fácil você abrir o jogo. - É muito ruim pra você?”.

O diálogo entre o Dr. A. e a paciente J., aqui examinado, é tipicamente um caso de interação mista entre um estigmatizado e um informado. O primeiro interage com o segundo, como se ele fosse um aliado, como alguém que lhe serve de apoio. A fragilidade orgânica e emocional do estigmatizado, durante o encontro misto, emerge sem censura. O médico informado passa a ser um dos poucos interlocutores com que os portadores de HIV/AIDS podem interagir sem dissimulações. Diante dele, podem tirar suas máscaras, libertar-se de seus escudos, depor suas armas. Afinal, a revelação do diagnóstico pelo médico é sentida por eles como um desvelamento de suas identidades pessoais. Vêm-se passando de desacreditáveis a desacreditados, o que os libera da necessidade de usar estratégias de encobrimento. Muitos pacientes, a exemplo de J., elegem seus médicos como depositários de seus segredos, como confidentes, como cúmplices.

Embora esse estudo, à semelhança de outros, reconfirme que a interação entre médico e paciente é uma forma de interação assimétrica, ele revela também que, no caso específico da interação entre médicos e pacientes com HIV/AIDS, a representação dos papéis não é tão estanque. É comum ocorrer mudança na estrutura organizacional do diálogo com a conseqüente alteração nos processos de figuração. Perdem-se os roteiros dos papéis, desfocam-se as faces com que médico e paciente gostariam de se apresentar um diante do outro. Médico e paciente são impelidos a rever suas fachadas. A assimetria na interação entre infectologista e paciente com HIV/AIDS é menos acentuada, uma vez que o médico não pode agir como se a AIDS fosse um objeto concreto, uma doença delimitada e controlada por uma terapêutica específica que permitiria a ele ser médico por excelência. Em relação a AIDS, o médico não consegue se proteger atrás da couraça da racionalidade científica e da competência técnica. Não há como fugir, em determinados momentos, aos pensamentos e posturas ambíguas que advêm das interações com os pacientes com HIV/AIDS. Diante da sua impotência para curar a doença, o médico de AIDS se vê exercendo o papel de padre, de psicólogo, de assistente social, tarefas para as quais a escola de medicina não os prepara, como desabafa Verghese: “Como nunca antes em minha carreira, eu estava intensamente cômico da relação médico-paciente. Ela estava lá, como uma entidade tangível. Eu podia apalpá-la na primeira consulta, senti-la crescer dali por diante. No encontro único da consulta no hospital, tudo estava a meu favor: eu entrava com os honorários cobrados de antemão, como “o especialista chamado devido à febre”. Encetava a comunicação, obtinha os fatos do paciente e do prontuário, procurava pistas, examinava fluidos corporais, fazia recomendações - por vezes com um tremendo impacto sobre o paciente - e saía de cena. (...)Na ausência de uma poção mágica para curar a AIDS, meu trabalho era cuidar da alma do paciente, de sua psique, prestar atenção em sua família e situação social. Eu teria de fazer mais visitas domiciliares, fazer mais tentativas de entender a pessoa que eu via na clínica, ter certeza de que compreendia a dinâmica familiar

conhecendo todos os membros. Parte disso eu já vinha fazendo, porque me interessava pelos pacientes. Dali por diante, teria de fazê-lo por necessidade. Mas eu pagaria um preço por isso. Meu treinamento não me preparara de fato para ser esse tipo de médico. Éramos treinados em hospitais, não em casas de pacientes; éramos predispostos a intervenções tecnológicas sob a forma de drogas e agulhas; palavras como alma, espírito eram consideradas palavões. Havia pouca ou nenhuma remuneração para o tipo de medicina não tecnológico: segurar mãos, visitas à família, visitas domiciliares não tinham tabelas de honorários; broncoscopias, colonoscopias e esfregaços de Papanicolaou, sim. Praticar o tipo de medicina popular necessário não só me custaria monetariamente, mas teria de ser feito às custas do tempo para a minha família e do tempo para mim” (Verghese, 1995:312-313).

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ASSIS, A. A. de. Hearings and Mishearings: A Case Study of Brazilian Doctor-Patient Communication. In *Polifonia*. Ano 2., n.1, v.1, Cuiabá, Editora da UFMT, 1994, p. 39-54.
- BONANO, M. Women's Language in the Medical Interview. In Di Pietro, R. J. (ed), *Linguistics and the Professions*, Norwood, N.J., Ablex Publishing Corp., 1982, p.27-38.
- CICOUREL, A. Hearing is not Believing; Language and Structure of Belief in Medical Communication. In Fischer, S. and Todd, A. D. (eds) *The Social Organization of Doctor and Patient Communication*. Washington, Center for Applied Linguistics, 1983, p.221-265.
- COX, M. I. P. A persona do Médico. *Diário de Cuiabá - Suplemento de Cultura*, 10/10/93, p. 35.
- FARIA, Ana M. C.; VAZ, Nelson. Aids: sintomas de uma crise médica. In *Aids, Medicina e Biotecnologia*. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1995, p. 101 - 135.
- FISHER, S. The Decision-making Context: How Doctors and Patients Communicate. In Di Pietro, R. J. (ed) *Linguistics and the Professions*. Norwood, N.J., Ablex Publishing Corp., 1982, p. 51-81.
- GOFFMAN, E. *Ritual de la Interacion*. Buenos Aires, Tiempo Contemporaneo, 1970.
- GOFFMAN, E. *Estigma - Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada*. Rio de Janeiro, Zahar, 1982.
- GOFFMAN, E. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis, Vozes, 1989.
- JEAMMET, P.; REYNAUD, M.; CONSOLI, S. *Manual de Psicologia Médica*. Rio de Janeiro, Masson/Atheneu, 1991.
- MISHLER, E. G. *The Discourse of Medicine: Dialects of Medical Interviews*. Norwood, N.J., Ablex Publishing Corp., 1984.
- PAGET, M. A. On The Work of Talk: Studies in Misunderstandings. In Fischer, S. and Todd, A. D. (eds) *The Social Organization of Doctor and Patient Communication*. Washington, D. C., Center for Applied Linguistics, 1983, p. 55-75.
- TODD, A. D. A Diagnosis of Doctor-patient Discourse in the Prescription. In Di Pietro, R. J. (ed) *Linguistics and the Professions*. Norwood, N.J., Ablex Publishing Corp., 1983.
- VERGHESE, A. *Minha Terra*. São Paulo, Companhia das Letras, 1995.

POSTER*

* Sessão de Posteriores Coordenados "Linguagem nas Relações de Trabalho".