

**(obs. Este relatório segue o padrão de um artigo, o qual foi submetido à publicação em uma coletânea de artigos em livro submetido à EdUFF, ainda sem resposta.)**

**Título do Projeto:** Linguagem e Trabalho na Contemporaneidade: a Tecnologização do Discurso no contexto de Educação Médica

**Coordenador:** Alexandre José P. Cadilhe de Assis Jácome

**Docentes/Funcionários participantes:**

**Discentes Participantes:**

**Data do início do Projeto:** 01/03/2010 **Data do término:** 31/12/2010

O Projeto foi financiado com recursos próprios do UNIFESO?  Sim  Não

Assinale, se for o caso, o Programa do UNIFESO responsável pelo financiamento:

PIBIC  PICD  PIETRAC  Outro Programa do UNIFESO

Especifique: \_\_\_\_\_

O Projeto foi financiado por agência de fomento externa ao UNIFESO?  Sim  Não

Assinale, se for o caso, a agência financiadora externa que apoiou o Projeto:

FAPERJ  CNPq  INEP  CAPES  FINEP

MS  PROSAUDE  UNESCO  OMS

OUTRA. Especifique: \_\_\_\_\_

**Resumo atualizado:**

Esta pesquisa teve por objetivo investigar de que modo as habilidade de comunicação são construídas através do Laboratório de Habilidades (LH), aqui compreendido como um cenário institucional de aprendizagem. Teve ainda por intuito compreender a relação entre tais habilidades e a construção identitária médica no que tange à humanização profissional. Tal estudo se justifica pela recente implantação do Laboratório de Habilidades no currículo das escolas de medicina brasileiras e a ausência de estudos microanalíticos das práticas de tal cenário. Como embasamento teórico, são utilizados os conceitos de Tecnologia Leve em saúde, apontado por Merhy & Franco (2003) como instrumental facilitador da construção da relação médico-paciente, e o de Tecnologização do Discurso enquanto tendência nas práticas profissionais contemporâneas, como desenvolvido pelo lingüista britânico Fairclough (2001). Para realização de tal estudo, foram transcritos e analisados dados gerados em contexto microinteracional de gravações de encontros dos estudantes do primeiro e do quinto período de graduação em Medicina do UNIFESO no LH. Como

instrumental analítico, foram utilizadas as categorias dos estudos da Análise da Conversa Etnometodológica, corrente da área de Análise do Discurso. Os dados apontam o uso da reflexividade como mecanismo de construção de habilidades de comunicação, a identidade profissional emergente em contexto de simulação e a perspectiva dos estudantes em relação à atividade proposta no Laboratório de Habilidades. Este estudo indica a possibilidade de uma maior inteligibilidade acerca de uma prática pedagógica e profissional contemporânea, que é o trabalho da comunicação em contexto profissional através da metodologia da problematização e o uso do role-play, como ocorre no Laboratório de Habilidades da Instituição.

**Palavras chave:** Interação e Discurso, Formação Profissional em Saúde, Laboratório de Habilidades.

## 1. Introdução

As relações construídas através de contextos sociais parecem ser uma das grandes tendências de reflexão no período contemporâneo. Segundo Giddens (2002), a chamada modernidade, empregada em termos mais amplos, caracteriza-se por uma série de processos que tiveram início com o feudalismo, o industrialismo e o capitalismo, e acarretaram uma série de mudanças nos modos de comportamento humano e nas instituições sociais:

o que distingue as organizações modernas não é tanto o seu tamanho, ou o seu caráter burocrático, quanto o monitoramento reflexivo que elas permitem e implicam. Dizer modernidade é dizer não só organizações, mas organização – o controle regular das relações sociais dentro de distâncias espaciais e temporais indeterminadas (Giddens, 2002, p.22).

Deste modo, o papel desempenhado por sujeitos históricos na construção do mundo social torna-se fator distintivo do contexto atual, partindo do pressuposto que toda relação humana envolve a ação de sujeitos cognoscitivos, que “apresentam considerável conhecimento das condições e conseqüências do que fazem em suas vidas cotidianas” (Giddens, *apud* Fridman, 2000, p.55). Isto afeta também a compreensão do mundo do trabalho, cuja perspectiva não mais focaliza relação homem-máquina, em um posicionamento fordista, e sim as relações humanas e como estas são construídas num contexto institucional singular.

Giddens, ainda numa tentativa de compreender o “caráter peculiar e dinâmico da vida social moderna” (2002, p.22), discute três elementos, dos quais um é fundamental para o estudo a ser desenvolvido aqui: a *reflexividade institucional*, ou “o uso regularizado de conhecimentos sobre as circunstâncias da vida social como elemento constitutivo de sua organização e transformação” (Giddens, 2002, p.26). Em outros termos, reconhecer e refletir sobre como o trabalho é organizado por sujeitos situados constitui um tipo de conhecimento que se tornou necessário para compreender e formar profissionais que dêem conta das demandas de trabalho no período contemporâneo.

Uma ilustração de tal perspectiva é observável no contexto da Saúde, através do que Merhy & Franco (2003) denominaram como Composição Técnica do Trabalho, composta pelo “Trabalho Morto” e “Trabalho Vivo em Ato”. Nas práticas de saúde, o Trabalho Morto é compreendido como centrado nos procedimentos e nas tecnologias ditas “duras”, baseadas nos instrumentos (exames, medicamentos, etc.). O trabalho dito Vivo em Ato é aquele centrado na relação entre o usuário do sistema de saúde e o profissional, fazendo uso do que os autores chamam de tecnologias “leves”, ou aquelas que favorecem a interação e a construção conjunta de práticas de promoção e estabelecimento da saúde.

Na análise de Merhy & Franco, ambas as tecnologias são necessárias para a produção da saúde; contudo, historicamente, recaiu, nas diversas práticas, uma ênfase no trabalho através das tecnologias duras, sendo relegado às tecnologias leves um papel secundário. Daí um trabalho na saúde centrado em procedimentos hospitalares, acompanhados de todos os custos de medicamentos, exames e tratamentos. Em alguns contextos, a relação médico-paciente, por exemplo, foi substituída por essas tecnologias, desconsiderando todo o contato e relação profissional e social estabelecida entre estes sujeitos, produzindo, portanto, um Trabalho Morto. Isso, contudo, parece não resolver os males que assolam a população quanto à saúde pública – sendo proposto, então, pelos autores, que a formação profissional na saúde dê conta da produção efetiva de um Trabalho Vivo em Ato, em que, através da relação entre os sujeitos envolvidos, a saúde seja estabelecida, fazendo uso das tecnologias leves e duras.

Nesta perspectiva, segundo os mesmos autores, assume importância o espaço da micropolítica do processo de trabalho como “um lugar por excelência de encontro entre os sujeitos trabalhadores e usuários; portanto, onde se dá o agir no cotidiano do cuidado à saúde” (Merhy & Franco, 2003, p. 11). A formação de uma profissional da saúde deveria, deste modo, levar em consideração a relação construída em contextos micropolíticos.

Tal posicionamento ecoa a proposta de Giddens ao apontar a reflexividade institucional como fator distintivo dos processos de trabalho no período contemporâneo, para quem “o estudo da vida cotidiana é essencial para a análise da reprodução de práticas institucionalizadas” (Giddens, *apud* Fridman, 2000, p. 55).

Efeitos de uma reflexão sobre o trabalho e o uso de diferentes tecnologias, com uma maior concentração sobre a importância de uma chamada tecnologia “leve” ou relacional, já são observáveis no contexto de educação em saúde: a formação de profissionais – médicos, em especial – tem sido repensada, num esforço conjunto entre Ministério da Saúde e Ministério da Educação, através da reformulação das Diretrizes Curriculares para formação superior em saúde, ocorrida em 2001, e o Programa Ministerial Pró-Saúde, de incentivo à mudança curricular dos cursos de graduação, implantado sem seguida, sendo favorecidas as propostas que considerassem a humanização do profissional de saúde no trato com o usuário do sistema como fator importante na formação em nível superior. Tais mudanças perpassam a questão metodológica na educação em saúde, bem como uma construção identitária profissional humanizada e o favorecimento do desenvolvimento de competências que pudessem levar a fazer uso de tecnologias leves.

Situado neste contexto, este estudo tem por intuito construir uma maior inteligibilidade acerca de como um curso de graduação em medicina tem instituído uma prática pedagógica que venha a favorecer uma formação do futuro médico de forma reflexiva, humanizada e competente no uso de tecnologias leves, as quais, como será indicado, perpassam o uso do discurso para fins específicos, através de uma concreta “tecnologização do discurso” (cf. Fairclough, 2001).

Para tal, este trabalho segue com uma fundamentação acerca da tecnologização do discurso e da importância da linguagem em contextos de

trabalho, com ênfase na saúde. Em seguida, será apontada a metodologia e o contexto de geração de dados, bem como a análise e discussão destes, com base nos fundamentos da Análise da Conversa Etnometodológica, com intuito de compreender a fala construída em interação em contexto micropolítico.

## **2. Linguagem e práticas sociais na contemporaneidade: a tecnologização do discurso**

Conforme indicado na Introdução, a reflexividade institucional e a construção das relações humanas em contextos micropolíticos constituem fatores que permitem construir uma compreensão mais apurada do contexto contemporâneo. Contudo, para que isto ocorra, parte-se do pressuposto que o discurso assume um papel fundamental: “os discursos não apenas refletem ou representam entidades e relações sociais, eles as constroem ou as constituem” (Fairclough, 2001, p.22).

O discurso, neste sentido, é compreendido como “um modo de ação, uma forma em que as pessoas podem agir sobre o mundo e especialmente sobre os outros, como também um modo de representação” (idem, p. 91). Ainda segundo o linguista britânico Norman Fairclough,

o discurso contribui para a constituição de todas as dimensões da estrutura social que, direta ou indiretamente, o moldam e o restringem: suas próprias normas e convenções, como também as relações, identidades e instituições que lhes são subjacentes. O discurso é uma prática, não apenas de representação do mundo, mas de significação do mundo, constituindo e construindo o mundo com significado (2001, p. 91).

Em sua proposta de compreensão do discurso, o mesmo linguista enfatiza o caráter tridimensional deste, a saber: o *texto*, ou a materialidade lingüística do discurso; a *prática discursiva*, ou os sistemas de produção, distribuição, interpretação discursiva; e a *prática social*, ou “as circunstâncias institucionais e organizacionais do evento discursivo e como elas moldam a natureza da prática discursiva e os efeitos constitutivos/construtivos” (Fairclough, 2001, p.22). O intuito do autor, ao indicar este modelo tridimensional para a análise do discurso, é justamente relacionar mudanças sociais e relações de poder a mudanças nos diferentes usos da linguagem, de modo a considerar tanto o aspecto social do

discurso quanto o aspecto lingüístico (o que leva tal pressuposto teórico ao caráter de “análise do discurso textualmente/linguisticamente orientada”, diferente de outras abordagens que fazem análises sem aferir a materialidade lingüística dos textos, sejam estes orais ou escritos).

Pensar as práticas de linguagem em relação ao mundo social é justamente o que a linguista Deborah Cameron ilustra ao pensar os processos de comunicação no contexto atual. Ao fazer uma análise do slogan “It’s good to talk”, de uma empresa de telefonia americana, a pesquisadora aponta o papel que a comunicação oral passou a assumir no contexto da modernidade reflexiva (cf. Giddens, [1989] 2002, ed. brasileira) e da cultura empreendedora (cf. Cameron, 2000).

Em suma, Cameron discute o lugar dado à comunicação oral enquanto uma competência técnica, cujo objeto são modelos de uso da fala em contextos interativos. Como efeito, corre o risco de a fala ser colonizada por “sistemas peritos” (Cameron, 2000, p.3, com base em Giddens), através dos quais a fala é trabalhada de forma descontextualizada, com a possibilidade de seu uso sem sua autenticidade.

Tal projeção é corroborada pela interpretação dada por Fairclough ao uso da linguagem no contexto da modernidade recente, o qual indica três tendências de mudança discursiva relacionada a práticas sociais: a democratização, a comodificação e a tecnologização (cf. Fairclough, 2001).

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). Efeitos discursivos são observáveis 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.

A comodificação é 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). Efeitos, por sua vez, são observáveis nos discursos da educação e da saúde,

quando do uso de estratégias de “marketing” para atração de diferentes tipos de “clientes”.

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” (idem, p.264). São exemplos de tal tecnologização a entrevista, o ensino, o aconselhamento e a publicidade, segundo o linguista.

Como principais características desta tendência, podemos enumerar: (a) a sua adoção em locais institucionais, com seus próprios especialistas; (b) o trabalho, em alguns contextos, 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).

Em síntese, a compreensão apontada por Fairclough acerca das relações entre discurso e práticas sociais, bem como seus efeitos em tendências como a democratização, comodificação e tecnologização, ao lado do exercício feito por Cameron ao analisar a comunicação oral em relação ao conceito de modernidade reflexiva e cultura empreendedora, nos permite situar de forma mais inteligível o que foi apontado, na Introdução, como “tecnologias leves”, ou relacionais, no trabalho em contextos de saúde e educação médica, em particular.

O contexto da educação médica torna-se bastante ilustrativo por beneficiar propostas curriculares cuja metodologia favoreça o trabalho de desenvolvimento de uma competência comunicativa tida como necessária ao desenvolvimento profissional, com todo o risco, como indicado por Cameron, em tornar esse tipo de aprendizado descontextualizado e inautêntico. É com este viés que os dados gerados para esta pesquisa serão situados.

Por fim, tendo explicitado a importância do discurso na construção das práticas sociais, bem como seus efeitos, torna-se necessário indicar, então, possibilidades de análise de tal discurso, com ênfase no contexto institucional. É sobre este tema que a próxima sessão aborda.

### **3. A fala-em-interação em contextos institucionais: categorias de análise do discurso**

A compreensão de uma tecnologização do discurso como uma tendência discursiva no período contemporâneo aponta para uma necessidade de reflexão sobre em qual contexto isto ocorre. Como indicado anteriormente, o contexto institucional parece ser o mais recorrente quando o discurso é utilizado enquanto uma tecnologia.

É válido, ainda, lembrar que tal contexto institucional não é caracterizado (somente) pelo local físico de sua ocorrência – na verdade, o que o torna possível é justamente uma série de ações de diferentes sujeitos, materializada em práticas comunicativas, que incluem a fala, o texto, o uso do espaço social, além de outros artefatos, como equipamentos (cf. Sarangi & Roberts, 1999). Isto leva a uma compreensão do contexto institucional imbuído de uma singular ordem interacional, a qual o papel desempenhado pelos seus participantes – ou, em outros termos, a situação social (cf. Goffman, 2002) – não pode ser negligenciado. Neste sentido, “uma situação social emerge a qualquer momento em que dois ou mais indivíduos se encontram na presença imediata um do outro e dura até que a penúltima pessoa tenha se retirado” (Goffman, 2002, p.17).

Quando indivíduos estão envolvidos numa situação social, o contexto é ativamente produzido por estes participantes (e não “dado”), que assim fazem através da fala, a qual é “socialmente organizada, não apenas em termos de quem fala para quem em que língua, mas também como um pequeno sistema de ações face a face que são mutuamente ratificadas e ritualmente governadas” (idem, p.19).

Para que haja uma compreensão, então, da ordem interacional, da situação de fala, do contexto institucional, é necessário que o pesquisador faça uma verdadeira “descrição densa” (cf. Geertz, 2008) do evento social em análise. Tal descrição, através dos pressupostos da etnografia, apresenta três características: “ela é interpretativa; o que ela interpreta é o fluxo do discurso social e a interpretação envolvida consiste em salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis” (Geertz, 2008, p.15).

Neste contexto, a Análise da Conversa Etnometodológica parece indicar instrumentos de grande valia para a descrição e interpretação de dados gerados através da fala em uma determinada situação social. Tal estudo busca justamente descrever como as pessoas agem através das ações concretizadas em turnos de falas sequencialmente construídos e negociados em uma situação interacional (cf. Heritage, 1997).

Na perspectiva da Análise da Conversa (doravante, CA), o contexto interacional é projetado e produzido pelas ações dos participantes. Tal contexto constitui-se como institucional quando convergem as seguintes características: (a) ao menos um dos participantes é orientado por objetivos ou metas ou tarefas específicos, emergindo neste contexto determinadas identidades sociais – exemplos: professor, estudante, médico, paciente; (b) envolve determinados constrangimentos do que é mais adequado ou admissível ao que está sendo tratado na agenda do encontro; (c) associa-se a uma estrutura inferencial acerca dos procedimentos específicos peculiares à interação (cf. Heritage, 1997).

A AC, bem como outras vertentes de Análise do Discurso, propõem diversas categorias analíticas que permitem uma maior compreensão do uso da linguagem em foco. Para análise da fala em contexto institucional, Heritage (1997) aponta seis básicos elementos que, quando analisados, colaboram para uma maior inteligibilidade sobre o que há de institucionalizado numa interação. São eles:

1) **A organização do turno de fala:** relaciona-se ao modo como os sujeitos participam da interação no que concerne à oportunidade de ação através da fala. A tomada de um turno de fala, em determinadas situações, aponta para que tipo de relação é estabelecida entre os participantes de uma interação. A sala de aula constitui uma ilustração para isso: uma classe dita “tradicional” tende a diferenciar-se de uma outra “informal” de acordo com a estrutura de participação dos estudantes e do professor: quem tem a vez de falar, quando fala, quem regula, etc.

2) **A estrutura organizacional da interação:** refere-se ao todo, a um “mapa” interacional subdividido em fases ou sessões. O modo mais amplo de analisar tal tópico é apontando como um determinado encontro inicia, como se desenvolve e como é finalizado pelos participantes. Em consultas médicas, por exemplo, há tradicionalmente uma agenda interacional de como iniciar uma consulta, o que fazer

durante e quando finalizá-la. Quando tal estrutura é corrompida, pode haver um estranhamento por parte do participante no papel de “paciente”, o que o leva a sentir-se satisfeito ou não com o atendimento. Contudo, isso ocorre não somente pela correspondência ou não a uma tal estrutura, e sim *como* esta é co-construída – como o médico, neste exemplo, age durante a abertura: faz perguntas, estabelece contato visual, permite espaços para escuta do paciente? E como o paciente age: responde prontamente ou com hesitações, fala pausadamente ou de forma rápida, atende aos pedidos do profissional ou não? Tais questões, dentre outras, fazem parte de uma descrição da estrutura organizacional de uma interação em contexto institucional.

3) **A organização da sequência:** neste tópico, a ênfase recai sobre as ações específicas iniciadas, desenvolvidas e concluídas por cada participante, ou como cada um gerencia a sua fala, de modo a construir uma sequência de participação na agenda interacional. É através desta que relações consensuais ou dissensuais são estabelecidas numa interação.

4) **O “design” do turno:** refere-se a que performances são construídas na fala e que efeitos de sentido apresentam na interação. Em um contexto empresarial, por exemplo, é através dos atos de fala apresentados pelos participantes que se pode caracterizar a gestão como sendo participativa ou hierarquicamente centrada nas decisões de um único gestor – ainda que tais atos, através de diferentes performances no uso da linguagem, tenham determinados efeitos que podem não existir em termos práticos. Em um ato de fala em que um gestor pergunta a um funcionário se ele pode executar uma tarefa, dependendo do tipo de relação estabelecida, tal fala pode ser interpretada como um pedido que pode ser recusado ou uma ordem que, se não cumprida, terá sanções negativas. De todo modo, diferentes performances podem ser construídas através da fala.

5) **A escolha lexical:** relaciona-se a que elementos de uma língua são selecionados em termos descritivos. O uso de uma linguagem mais formal ou informal, num contexto institucional, materializa-se com o uso de pronomes de tratamentos, jargões técnicos, adjetivos e advérbios como modalizadores, etc.

6) **As assimetrias interacionais:** este último aspecto, segundo Heritage (1997), é um indicador fundamental em se tratando de interação em contexto institucional.

Envolve o tipo de relação estabelecida entre os participantes, o tipo de relação estabelecida entre a instituição e o outro (por exemplo, diferenças entre atendimentos em instituições públicas ou privadas, de venda ou de prestação de serviços, etc), e a “cautela epistemológica” estabelecida entre sujeitos com diferentes tipos ou níveis de conhecimento, como ocorre em cortes jurídicas, hospitais, escolas, etc., onde algumas relações assimétricas são estabelecidas pela relação de poder-saber.

Diversos estudos no âmbito da linguagem e análise do discurso tem sido produtivos ao analisar a fala em contextos institucionais. Somente para citar alguns exemplos no âmbito da educação médica, tais estudos têm indicado diferentes modos de como a rotina interacional pode ser gerenciada num contexto de consulta, bem como diferentes identidades profissionais e institucionais são performaticamente construídas por estudantes de medicina (cf. Sarangi, 2001; Sarangi & Roberts, 2005; Thomassen, 2009).

Partindo do contexto de mudanças em implementação na educação médica, cujo intuito abarca o trabalho em saúde de modo humanizado, com a ciência da necessidade de uso de tecnologias leves/relacionais na interação entre profissional e usuário do sistema de saúde, como já discutido; e tendo também o campo micropolítico do trabalho como lugar privilegiado para tal tipo de relação profissional, estudos da Análise do Discurso, como a Análise da Conversa Etnometodológica, mostram-se, então, produtivos para uma maior compreensão de como o contexto de saúde é construído pelos seus participantes, de modo a explicitar caminhos escolhidos que levam a determinados modelos assistenciais mais humanizados ou não.

Este referencial teórico-analítico será utilizado, portanto, para análise de um evento social no contexto da educação médica, onde estudantes simulam consultas e discutem, em grupo e com orientação docente, que caminhos tomar para um atendimento condizente com a cultura médica projetada pelas Diretrizes Educacionais, através de habilidades de comunicação.

#### **4. Metodologia e contexto da pesquisa**

O estudo aqui apresentado é desenvolvido no âmbito da microanálise etnográfica, compreendida como uma abordagem cujo foco está na ecologia e na micropolítica das relações sociais entre pessoas engajadas em situações de comunicação face a face (cf. Erickson, 1996). Como instrumentos de geração de dados, são tradicionalmente usadas gravações orais e em vídeos que, por sua vez, são transcritas para análise. Em conjunto com notas de campo e outros documentos, inclusive institucionais, tais dados permitem a produção de uma “descrição densa”, composta pela “nossa própria construção das construções de outras pessoas, do que elas e seus compatriotas se propõem” (Geertz, 2008, p.7).

Os dados aqui analisados provêm de um estudo de cunho etnográfico mais amplo, cujo intuito é compreender como o conhecimento é construído e como identidades profissionais são estabelecidas em um curso de graduação em Medicina de uma cidade da região serrana do Rio de Janeiro. Neste curso, um novo projeto político-pedagógico encontra-se em implementação desde 2005, quando a instituição optou por um currículo integrando teoria e prática, fazendo uso de metodologias ativas de aprendizagem, como a Aprendizagem Baseada em Problemas. Tal mudança é subsidiada financeiramente pelo Programa Ministerial Pró-Saúde de inovação do currículo na formação em Medicina e outros cursos da área, após aprovação do projeto pedagógico em edital de seleção.

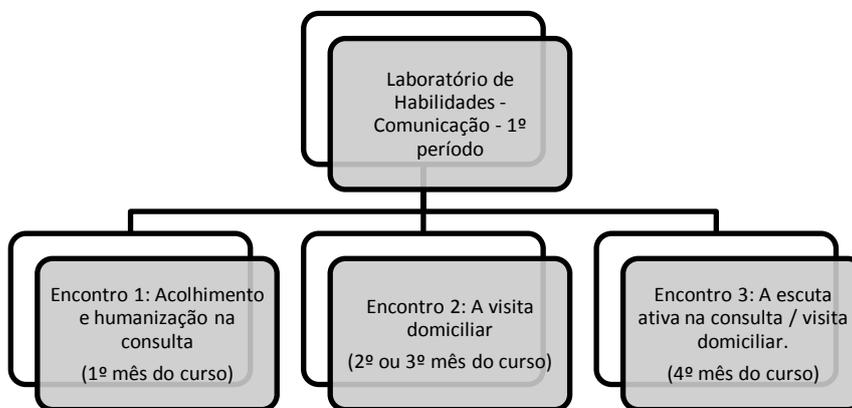
A sala de aula tradicional, na instituição pesquisada, é substituída por cenários de aprendizagem, como a tutoria (encontro entre um professor-tutor e estudantes para discussão de situações-problema norteadoras da aprendizagem no período), o laboratório de habilidades (onde os estudantes desenvolvem habilidades de comunicação e de exame clínico, entre outras), os laboratórios morfo-funcionais (para pesquisas em anatomia, biologia, genética, etc.) e os cenários de prática (posto de saúde e hospital universitário, entre outros).

Como o foco da pesquisa está na construção do conhecimento e da identidade profissional no que concerne à humanização e integralidade na relação com o sujeito no contexto médico, o estudo mais amplo abarca dados gerados a partir dos encontros tutoriais e laboratório de habilidades. Através de gravações orais e em vídeo, os dados foram gerados no segundo semestre de 2009, nos períodos de

agosto a novembro, com a turma do primeiro e do quinto período do curso, e teve o projeto antes aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição, bem como conta com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos participantes – estudantes e professores. Neste trabalho, são analisados os dados a partir do laboratório de habilidades, no que concerne à comunicação.

A prática da comunicação com o paciente é trabalhada na instituição pelo laboratório de habilidades no primeiro e no quinto período do curso – razão da escolha de tais grupos para a pesquisa. No primeiro período, são tratados temas de acolhimento, humanização, visita domiciliar e escuta ativa no Programa de Saúde da Família. No quinto, são tratados problemas relacionados à saúde da mulher: como comunicar boas e más notícias, e como lidar com a depressão pós-parto.

No primeiro período, o estudante participa de três encontros no laboratório de habilidades, agendados durante o decorrer do semestre, e conta com a orientação de uma professora cuja formação é em psicologia social. Os encontros são organizados do seguinte modo:



Cada encontro tem a duração de cerca de duas horas, e ocorrem em grupos de no máximo 10 estudantes. O espaço físico do laboratório conta com duas salas: em uma, o grupo é disposto em semicírculo, voltado para frente da sala, que contém uma tela de TV 29 polegadas e um computador, onde a professora posiciona-se. A outra sala, ao lado, constitui um consultório simulado, composto por um leito, mesa, cadeiras, pia, balança, e uma câmera, cuja imagem é projetada e gravada na TV da sala ao lado.

A metodologia adotada na atividade é a de “role-play”: estudantes fazem simulações de consultas de acordo com o tema em foco e a orientação da professora. Após as encenações gravadas, o grupo assiste e discute os tópicos selecionados para o encontro.

Neste trabalho, é analisado um vídeo de uma das simulações gravadas no primeiro encontro dos estudantes do primeiro período neste laboratório, com o intuito de compreender de que modo tal trabalho é realizado.

### 5. Análise e discussão dos dados

O evento aqui analisado teve a duração de cerca de duas horas, e sua organização ocorreu do seguinte modo:

<b>Abertura</b>	Apresentação da professora e dos objetivos do encontro; sensibilização com a exibição de um trecho do filme “Pach Adams”.
<b>Desenvolvimento</b>	<p>1 – discussão sobre o vídeo e a questão da relação médico-paciente.</p> <p>2 – sorteio de três duplas (A, B e C) que farão uma simulação de primeiro atendimento, no papel de médico e paciente, de acordo como considerarem melhor.</p> <p>3 – encenação e filmagem das três duplas, cada uma por vez.</p> <p>4 – exposição de tópicos teóricos pela professora: o acolhimento, o uso do tempo, o nível de atenção, o contato visual, o calor humano, a linguagem verbal e não-verbal.</p> <p>5 – análise dos vídeos dos três grupos, relacionando aos temas pesquisados.</p> <p>6 – sorteio de mais três duplas (D, E e F), contendo papéis a serem simulados (como falta de atenção, agitação, desinteresse, etc.) pelo médico e paciente, e desconhecidos pelo grupo – caberá a este identificar as expressões das duplas.</p> <p>7 – encenação e filmagem das duplas.</p> <p>8 – o grupo assiste aos vídeos e a professora comenta-os.</p>
<b>Fechamento</b>	1 – a professora faz indicações de leitura sobre o tema.

	<p>2 – o grupo avalia oralmente o desenvolvimento da atividade.</p> <p>3 – a professora sugere que dois voluntários (dupla G) faça uma simulação de um primeiro atendimento “ideal”.</p> <p>4 – a simulação é gravada e discutida.</p> <p>5 – os estudantes esboçam uma idéia de acolhimento na consulta.</p>
--	---

Para fins de análise, segue a transcrição (cujas convenções estão descritas ao final deste trabalho) da encenação filmada pela dupla F (item seis do desenvolvimento do encontro). Na atividade, a dupla 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 (ambos os nomes são fictícios, de forma a resguardar o anonimato dos participantes, como indicado no Termo de Consentimento por eles assinado). Com os papéis sorteados, a dupla passou para o consultório simulado e, de forma improvisada, deram início à simulação. Esta era gravada pela professora, na outra sala, para que o grupo pudesse analisar em seguida.

**Tabela 1 - Transcrição - Vídeo F**

1	((Paulo bate à porta))
2	<b>Maria:</b> pode entrar
3	(4.0)
4	<b>Paulo:</b> pode entrar?
5	<b>Maria:</b> pode entrar, fica a vontade
6	<b>Paulo:</b> dá licença
7	<b>Maria:</b> toda
8	(7.0)
9	<b>Maria:</b> então, qual que é teu problema?
10	<b>Paulo:</b> °é que eu to::°
11	<b>Maria:</b> não to te ouvindo,DESCULPA
12	<b>Paulo:</b> °é que é qeu eu to com (.) dor na
13	perna°
14	<b>Maria:</b> dor na perna?
15	<b>Paulo:</b> é
16	<b>Maria:</b> faz tempo?
17	(.)
18	<b>Paulo:</b> faz
19	<b>Maria:</b> faz tempo quanto? assim data me fala
20	qual período
21	<b>Paulo:</b> ah: uns, uns, uns
22	<b>Maria:</b> uns o que?
23	<b>Paulo:</b> uns três meses
24	<b>Maria:</b> TRÊS MESES E CÊ AINDA NÃO
25	PROCUROU UM MÉDICO? faz três meses
26	que cê tá com dor na perna e não procurou
27	um médico?

28	<b>Paulo:</b> é(.) eu acho que sim=
29	<b>Maria:</b> =é (.) e você não fez nada?
30	<b>Paulo:</b> eu fiz=
31	<b>Maria:</b> =nenhum exame não tomou nenhum
32	remédio nada
33	(.)
34	<b>Paulo:</b> °tomei água benta°
35	<b>Maria:</b> ÁGUA BENTA?
36	<b>Paulo:</b> é, minha mãe disse que ia melhorar
37	<b>Maria:</b> ah, tá, e sua mãe é formada em
38	medicina agora né?
39	(.)
40	<b>Paulo:</b> °não, né não senhora°
41	(.)
42	<b>Maria:</b> olha, você vai ter que fazer exame,
43	porque não é certo água benta
44	(2.0)
45	<b>Paulo:</b> °é ela mandou botar a perninha no sal
46	também°
47	<b>Maria:</b> perninha no sal?
48	<b>Paulo:</b> é que falam que ajuda=
49	<b>Maria:</b> =ah claro claro olha não vai adiantar
50	vai ter que fazer exame, vai ter que tomar
51	remédio, porque faz três meses- não tá certo
52	isso não
53	<b>Paulo:</b> vai ter que tomar injeção?
54	<b>Maria:</b> vai ter que tomar injeção
55	(.)
56	<b>Maria:</b> não, não tem, não tem- ficou três

57	meses sem ir no médico agora aguenta as
58	consequências, ninguém mandou botar a
59	perninha no sal e jogar água benta não
60	<b>Paulo:</b> °mas ajuda, senhora°
61	<b>Maria:</b> não, não ajuda nada, se ajudasse, cê
62	não tava aqui, se ajudasse cê tava em casa,
63	bem
64	<b>Paulo:</b> °é verdade, desculpa°
65	
66	
67	
68	
69	

Como pode ser observado, os estudantes do primeiro período do curso construíram a simulação com base no que poderíamos chamar de uma consulta médica “padrão” (cf. Fairclough, 2001): a médica detém o controle interacional, sendo quem dá início ao encontro e, através de perguntas, direciona o turno seguinte. A organização do turno de fala é, então, caracterizada por perguntas feitas pela médica e respostas atendidas pelo paciente.

A estrutura organizacional da interação (ou o “mapa” do encontro como um todo) também segue um padrão: a médica pergunta ao paciente a respeito de seu “problema” (linhas 9/10), 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 (linhas 11/51). O encontro encerra-se com a Maria indicando a necessidade (obrigação?) 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.

A organização seqüencial das perguntas, principalmente no desenvolvimento, é feita de forma que a médica não abre espaço para que outros tópicos sejam discutidos: de forma objetiva, com poucas palavras, ela pergunta sobre há quanto tempo, de forma exata, sentia a dor, e surpreende-se quando o paciente indica estar nesta situação há três meses, sem procurar um médico. Com o aumento do tom da voz, representado em caixa alta, a médica parece intimidar o paciente, que a responde em tom mais baixo. Ao final de cada resposta do paciente, neste trecho, a médica, contiguamente, retoma o turno e continua as perguntas, novamente aumentando seu tom de voz, na linha 36:

**Maria:** faz tempo quanto? assim data me fala qual período

**Paulo:** ah: uns, uns, uns

**Maria:** uns o que?

**Paulo:** uns três meses

**Maria:** TRÊS MESES E CÊ AINDA NÃO PROCUROU UM MÉDICO? faz três meses que cê tá com dor na perna e não procurou um médico?

**Paulo:** é(.) eu acho que sim=

**Maria:** =é (.) e você não fez nada?

**Paulo:** eu fiz=

**Maria:** =nenhum exame não tomou nenhum remédio nada

(.)

**Paulo:** °tomei água benta°

**Maria:** ÁGUA BENTA?

A médica, 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 idéia veio de sua mãe, a qual a médica pergunta, ironicamente, se ela haveria cursado medicina. Ressalta-se, aqui, o valor atribuído ao conhecimento científico – Medicina – em detrimento ao saber popular trazido pelo paciente. A mesma ironia é notada na resposta dada pela médica na linha 52, 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).

Através do seu discurso construído ironicamente (enquanto um “design”), a médica realiza uma performance de uma profissional que desconsidera o paciente enquanto um sujeito histórico, o qual trás 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. O discurso do paciente, por sua vez, marcado pelas pausas, hesitações e tom baixo na sua fala, indica o desconforto por estar naquela situação. Na simulação registrada em vídeo, estas 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 neste discurso, revelam, por sua vez, a assimetria entre os participantes: a médica o trata repetidamente pelo uso do “você” (no caso, a variante “cê”), enquanto o paciente refere-se a ela pelo uso do pronome “senhora”, como na linha 42.

A assimetria interacional é também marcada pela situação em que ocorre o evento: a simulação parece indicar um tipo de relação de “subserviência” pelo paciente estar sendo atendido pela médica (razão que a faz culpá-lo por estar ali, nas linhas 60 a 68; 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, como ocorre as linhas 54 a 59, através das diversas asserções sobre tomar remédio, fazer exames, tomar injeção.

Nesta breve análise, a situação construída pelos sujeitos participantes da

interação corresponde ao que havia sido designado a encenar. As performances foram construídas pela troca de turnos marcada pelas perguntas incisivas e comentários irônicos por parte da médica e pelo tom baixo e hesitante tido pelo paciente. A médica parece privilegiar o saber científico, típico dos que constituem as chamadas “tecnologias duras” (exames, medicamentos, procedimentos médicos, etc.), relegando a um segundo plano o tipo de relação que estava sendo estabelecido ali, no ato do encontro, o que seria uso de uma “tecnologia leve”, a qual se espera que seu uso seja para a promoção da saúde em ato, no próprio encontro. Como pode ser observado, não houve promoção de saúde neste encontro: este somente foi feito para um encaminhamento a um tratamento com base nos exames e medicamentos citados. É válido observar que tal encenação teve por intuito representar o que não deve ser feito pelos futuros médicos.

Ao retornarem para a sala, o vídeo foi discutido, sendo apontado pela professora o caráter “inquisidor” da forma de atendimento da médica, e o quanto isso afasta o paciente de aderir a um tratamento. Tais idéias foram também brevemente comentadas e concordadas pelos colegas da turma.

Na parte de encerramento do encontro, os estudantes indicaram, em sua avaliação, a validade de tal atividade, apesar de nem todos sentirem-se à vontade para serem filmados. Indicaram também a necessidade de se repensar a forma como o atendimento na área de saúde ocorre – alguns chegaram a relatar casos reais por eles vivenciados ou presenciados em que um médico não tratava de forma respeitosa e humanizada ao seu paciente, principalmente em contexto de serviço público.

Em suma, a atividade relatada compreende uma tecnologização discursiva, nos termos de Fairclough (2001), por apresentar as suas características básicas, enumeradas anteriormente: o uso do discurso em habilidades profissionais, o direcionamento dado por um psicólogo social, o planejamento e reflexão (através da discussão dos vídeos pela turma), etc.

A fala institucional é também marcada, segundo a proposta de Heritage (1997), pelo encontro apresentar objetivos definidos, por emergirem identidades institucionais específicas, e por envolver inferências contextuais (como a expectativa de a médica apresentar resolutividade ao “problema”)

Com estas discussões em foco, paro para as considerações finais e encaminhamentos deste estudo.

## **6. Considerações finais e encaminhamentos**

No início deste trabalho, enfatizou-se o contexto de mudança na forma de pensar o mundo social, com ênfase em particular no mundo do trabalho no contexto da saúde. Brevemente discutiram-se também as relações entre tais mudanças e o discurso, no sentido de como aquelas se materializam nos micro contextos políticos de interação. Ilustrou-se também o papel atribuído à comunicação, enquanto uma tecnologia discursiva, neste contexto em transformação no período contemporâneo.

A análise de um evento interacional no contexto de educação médica permite uma outra ilustração sobre de que forma a tecnologia discursiva pode ser utilizada a favor de uma transformação no trabalho em saúde para que esta ocorra de forma mais humanitária. Nos encontros acompanhados na instituição pesquisada, não foram encontradas propostas de modelos de como fazer a consulta clínica, e, sim, reflexões sobre situações simuladas pelos estudantes (uma concreta “reflexividade institucional”, conforme apontado por Giddens).

O uso das simulações, também conhecidas como “role-play”, são largamente utilizadas por escolas de formação médica, principalmente em países da Europa, como uma metodologia para construção de uma competência comunicativa que se afaste justamente de modelos pré-estabelecidos (como pode ocorrer uma aula tradicional de Psicologia Médica, centrada no trabalho do docente, expondo seus conhecimentos a grandes grupos de estudantes). Contudo, faltam ainda mais análises de cunho microetnográfico que permitam um maior reconhecimento das potencialidades e fragilidades deste tipo de atividade, como apontado por Thomassen (2009). Em seu estudo, a linguista norueguesa indica, por exemplo, problemas relacionados aos enquadres construídos pelos estudantes quando estes encenam não com seus colegas, mas com pacientes simulados, pelo próprio fato de o enquadre “aula” ou “consulta” não estar claro para os participantes. Tal noção de construção de enquadres é proposta, pela autora, como uma possibilidade de tornar mais potente e efetivo o uso do role-play como forma de interligar a competência

clínica e o desempenho discursivo.

O role-play, aqui compreendido como uma tecnologia discursiva, é também utilizado em contextos de avaliação prática de estudantes, como assinalado por Sarangi (2001). No estudo descrito pelo sociolinguista, os conhecimentos de diferentes categorias analíticas dos estudos do discurso constituem potenciais instrumentos para compreender como os futuros médicos constroem sua identidade profissional e realizam diferentes performances no atendimento clínico. Tais categorias são também descritas didaticamente ao público da área médica em Sarangi & Roberts (2005), com base nos estudos da Sociolinguística Interacional e Análise da Conversa.

A análise aqui realizada, ainda que breve, buscou indicar de que forma categorias analíticas da Análise da Conversa podem contribuir para uma maior inteligibilidade na construção de uma leitura crítica dos eventos simulados, de modo que as performances de uma consulta mais humanizada, ou não, não seja marcada somente por impressões abstratas ou com base no senso-comum, como ressaltado no estudo mais amplo apresentado por Ostermann & Souza (2009). Nesta pesquisa, as autoras fundamentam de que forma a humanização e o cuidado materializam-se nos micro contextos de consultas, a partir da fala de pacientes em consultas ginecológicas.

Tais categorias de análise aqui aplicadas não fazem parte do escopo do currículo médico na Instituição pesquisada; contudo, acredito que este pode facilitar a construção da competência comunicativa proposta pelo curso, de modo que as discussões tenham uma maior fundamentação aos seus participantes, instrumentalizando-os para o uso de uma tecnologia leve, que é, se não, o próprio discurso posto em funcionamento nos diferentes contextos de vida no mundo social.

Como encaminhamentos, serão analisados outros segmentos de vídeos e atividades no laboratório de habilidades, de forma a compreender os padrões interacionais estabelecidos pelos grupos como sendo mais humanizados ou não, bem como relacioná-los às análises dos encontros tutoriais, onde tal tema emerge em alguns encontros enquanto um tipo de conhecimento técnico-científico. Por fim, espero que o estudo venha a contribuir para uma maior reflexão sobre a mudança curricular e metodológica e seus efeitos na construção do conhecimento e

identidade profissional dos futuros médicos.

## Referências

CAMERON, D. **Good to talk? Living and working in a communication culture.** London: Sage Publ., 2000.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e Mudança Social.** Brasília: Ed.UnB, 2001.

FRIDMAN, L.C. **Vertigens Pós-Modernas: configurações institucionais contemporâneas.** Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LCT, 2008.

GIDDENS, A. **Modernidade e Identidade.** Rio de Janeiro: J. Zahar Editora, 2002.

GOFFMAN, E. A situação negligenciada. *In* RIBEIRO, B.T. & GARCEZ, P.M. (org.). **Sociolinguística Interacional.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.

HERITAGE, J. Conversation Analysis and Institutional Talk: analyzing data. *In* SILVERMAN, D. (ed.). **Qualitative Research: theory, method and practice.** London: Sage Publications, 1997.

MERHY, E.E. & FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. *In* **Saúde em Debate**, v.27, n.65, 2003.

OSTERMANN, A.C.; SOUZA, J. Contribuições da análise da conversa para os estudos do cuidado em saúde: reflexões a partir das contribuições feitas por pacientes. *In* **Caderno de Saúde Pública**, n.25(7). Rio de Janeiro: Fiocruz, jul. de 2009.

SARANGI, S. & ROBERTS, C. The dynamics of interactional and institutional orders in work-related settings. *In* \_\_\_\_\_ (eds.). **Talk, Work and Institutional Order.** Berlin: Mouton de Gruyter, 1999.

SARANGI, S. Discourse Practitioners as a Community of interprofessional practice: some insights from health communication research. *In* CANDLIN,

C.N.(ed.).**Research and Practice in Professional Discourse**. Hong Cong: City University of Hong Kong Press, 2001.

SARANGI, S. & ROBERTS, C. Theme-oriented discourse analysis of medical encounters. *In* **Medical Education**, v. 39. Blackwell Publishing, 2005.

THOMASSEN, G. The role of role-play: managing activity ambiguities in simulated doctor consultation in medical education. *In* **Communication & Medicine**, v. 6(1), 83-93. London: Equinox Publishing, 2009.

ANEXO – Convenções utilizadas para a transcrição dos dados orais (adaptado do modelo Jefersoniano de transcrição):

<b>Símbolo</b>	<b>Uso</b>
((palavra))	Comentários do transcritor.
=	Eloquções contíguas.
MAIÚSCULA	Fala em voz alta ou com ênfase.
°palavra°	Fala em voz vaixa.
(.)	Micro pausa (até 0.3 milésimos de segundo).
(número)	Pausa em segundos.
?	Entonação indicando pergunta.
,	Entonação indicando continuidade de fala no mesmo turno.
-	Parada súbita