

# RECORTE - REVISTA DE LINGUAGEM, CULTURA E DISCURSO

Ano 4 - Número 7 - Julho a Dezembro de 2007

[início](#)

## DISCURSO, INTERAÇÃO E PRÁTICAS SOCIAIS: IMPLICAÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL

José Carlos Gonçalves  
UFF

**ABSTRACT** – The article initially delineates the context from the medical practice and presents the symptoms that characterize a time of trouble in the medical service. Attention is given to some possible causes of the problem in the pre-service medical formation, and its deformation based on doctors' and medical researchers' depositions which describe the anatomopathological fragmentary vision from the medical professional practice. A brief incursion is made on the Interactional Analysis of speech from the Doctor-patient conversation, aiming at understanding how the socio-interactional methodology can help to make the doctor-patient interaction less tense, distant and asymmetric, and more meaningful for the involved parts, based on depositions from doctors and researchers from the medical practice. With this objective some studies about approaching strategies are reviewed and some intervention proposals are discussed seeking the establishment of interdisciplinary inquiries by teams of health professionals and interactional discourse analysis researchers.

### O PROBLEMA

Na sinopse do livro *Sintomas de uma época: quando o ser humano se torna um objeto* – escrito pelo médico Luiz Roberto Londres, Diretor da Clínica São Vicente na Gávea, Rio de Janeiro, se delinea o seguinte quadro:

O brasileiro que precisa ir ao médico nos dias de hoje tem três opções: ou paga caro pela consulta particular – o que nem sempre é garantia de um bom atendimento –; ou procura um profissional credenciado pelo plano de saúde, que o atende em poucos minutos e lhe prescreve exames e medicamentos; ou tem de enfrentar filas enormes, e com frequência, um mau atendimento nos postos de saúde e hospitais públicos. Esses problemas do nosso cotidiano caracterizam uma época. Preocupado com esses conflitos relacionados à medicina, o médico Luiz Roberto Londres, diretor

de um dos hospitais mais conceituados do país, escreveu o livro *Sintomas de uma época*. O autor questiona o modelo atual de saúde aplicado no Brasil, que copia o dos Estados Unidos – o mais caro do planeta –, valorizando o comércio em detrimento do paciente. A obra faz um alerta à população e aos profissionais da área: a medicina está trilhando um caminho perigoso, encantando-se com os lucros e os aparelhos, quando deveria ser uma atividade essencialmente humana.

Dois aspectos se ressaltam da fala de Londres: 1) o viés mercadológico da atuação médica; 2) a falta de foco no paciente como objetivo maior da relação médico-paciente. O alerta de Londres faz eco a outro médico pesquisador, Eric Cassel (1985), em *The healer's art*:

O sucesso da medicina criou uma tensão: o doutor conhece o seu papel de curador das doenças e “esquece” o seu papel como “cuidador” dos pacientes. A decisão médica afeta, não apenas o corpo, mas também a vida e o bem-estar do paciente.

Dentre as possíveis causas desse quadro desalentador em que se encontra a saúde no Brasil, nesse caminho perigoso, trilhado pela medicina, a saúde virou infelizmente um mercado, como afirma o Dr. Londres (2007):

É um absurdo, mas quase todas as entidades passaram a tratar de economia médica, não de saúde. O dinheiro está reinando e isso não está correto. Temos que ir contra uma crescente indústria de remédios, de laboratórios de análise, de hospitais que estão querendo que as pessoas adoçam para obtenção maior de lucro, fazendo da saúde um mercado. Doenças são criadas para vender remédios.

Daí a empurroterapia nas revistas, na mídia em geral, principalmente a TV, de plásticas, lipos e tratamentos miraculosos para perder peso e entrar em forma, aparelhos fantásticos que fazem todo o trabalho enquanto você dorme (de fazer inveja ao fantástico na literatura e na ficção científica). Através dessas propagandas desbragadamente enganosas vão se construindo as novas cinderelas, Amélias e mulheres (e homens)-objeto.

Excesso de tecnologização é inversamente proporcional à falta de contato humano, cuidado, interação com o paciente, como afirma Londres (2007): “As máquinas e aparelhos de um hospital tornaram-se mais importantes que os profissionais que trabalham dentro dele”.

A caminhar nessa direção, seria a medicina do futuro totalmente robotizada, como é a tendência da produção no setor industrial, parece ser a preocupação externada por Lain-Entralgo (1988) em *Antropologia medica*:

É certo que a mentalidade técnica imaginou ou sonhou a utopia de um diagnóstico baseado em dados puramente objetivos (cifras analíticas, traçados gráficos) e um tratamento limitado à execução de prescrições escritas e automaticamente derivadas daquele diagnóstico; em suma, a existência futura de uma medicina sem médico.

Em entrevista para a revista *Veja*, intitulada “Médicos ditadores”, Londres (2002) afirma:

*Veja* – Como é possível que, mesmo com todo o aparato técnico, os resultados não sejam melhores?

Londres – Os aparelhos, que deveriam ser coadjuvantes, roubaram a cena principal. A tecnologia, citando o médico americano Eric Cassell, um estudioso do assunto, tornou-se a vassoura da feiticeira: adquiriu vida própria. Os médicos perderam o contato com os pacientes, não os ouvem como deveriam. O quadro tende a piorar porque os novos candidatos a médicos têm características cada vez mais técnicas e menos humanitárias. Um médico de verdade tem de entrar na complexidade psicológica e biológica de seu paciente. E isso não se faz somente com aparelhos.

Para tentar entender como a medicina brasileira chegou a esse estado de coisas, vejamos rapidamente alguns estudos sobre formação médica no Brasil. Dentre os múltiplos estudos disponíveis, Pereira e Almeida (2005), em seu estudo *A formação médica segundo uma pedagogia da resistência*, discutem o estado atual das práticas educativas relativas à saúde e a visão fragmentária que estas têm do ser humano, reduzindo-o a um corpo técnico, passivo, objeto de intervenções invasivas e por medicamentos:

Ao excluírem de seu horizonte de referência a dimensão totalizante do ser humano, tais práticas deixam de abordar as injunções sociais, culturais, políticas e psicológicas presentes no desenvolvimento dos estados de saúde/doença.

Os autores enfatizam que como instituições sociais, as escolas em geral e a escola médica em particular exprimem, historicamente, os valores e os interesses dominantes do grupamento social que as legitima e daí ser compreensível, portanto, que as escolas médicas tenham assumido a tarefa de transmitir o saber médico como um saber sobre as doenças, cuja universalidade seria demonstrável no hospital. Como conseqüência, eles apontam, elaborou-se uma proposta pedagógica

que levava o aluno a se conduzir frente ao objeto de estudo como se fora um cientista frente a uma experiência de laboratório, isto é, buscando controlar as variáveis intervenientes ao processo investigado para evitar “contaminações”.

A conseqüência desse paradigma é uma visão compartimentarizada, fragmentária da medicina, da doença e não do doente, e suas manifestações se evidenciam na atomização das especialidades médicas. Dentro desta visão, afirmam Bastos e Proença (2000): “Tratava-se de ver e tratar a doença expressa da lesão anatomo-patológica. Esse era o trabalho médico e a escola médica deveria preparar os alunos – futuros médicos – para executá-lo”.

O problema, como afirma Canguilhem (1990) em *O normal e o patológico*, é que

É impossível para o médico compreender a experiência vivida pelo doente a partir do relato dos pacientes. Porque aquilo que exprimem por conceitos usuais não é sua experiência direta, mas sua interpretação de uma experiência para a qual não dispõem de conceitos adequados.

Dentro dessa visão distorcida, Cassel (1985), em *The healer's art*, afirma:

O médico tenderá, desde o princípio, a “ver o que ele sabe”: fazer a realidade conforme suas concepções mais do que alargar essas suas concepções quando elas não estão de acordo com a experiência percebida... Mas os médicos foram treinados, na medicina, para crer que a subjetividade é inimiga da ciência – e mesmo da verdade... Dessa maneira, uma forma de raciocínio (analítico-científico) esconde outra (valorativo-conceitual)... Mas, cada vez mais, as respostas são para as patologias, e a patologia não é senão uma parte da doença... Doutores não tratam doença; tratam pacientes que têm doenças.

Uma anedota, depoimento de um colega paciente, ilustra a perversidade dessa visão fragmentária das especialidades médicas. Recentemente ele teve que ir ao médico, para consultar sobre um problema de próstata. Seguindo a recomendação de uma médica conhecida, o paciente marcou consulta com um colega de consultório da médica. Ao iniciar a consulta, após a pergunta inicial de qual era o problema, o paciente começou a narrar os problemas que vinha tendo com sua próstata, ao que o médico inicialmente reagiu com curiosidade. Após alguns minutos de relato, o médico interrompeu o paciente e disse que lamentava informar, mas ele era um proctologista e não um urologista e que próstata era um problema de urologia, não de proctologia. Visivelmente constrangido o paciente tentou argumentar que o médico tinha sido indicado por uma sua colega de consultório, e que, portanto, esperava que ele fosse indicado para tratar do seu problema. O paciente experimentou na pele a afirmação de Cassel (1985) de que “sentimentos de onipotência e onisciência são tão freqüentes como aspecto da personalidade de cada médico que são praticamente uma chancela da profissão”.

O médico, então, do alto de sua cátedra de oni-sapiência e onipotência disse que deveria se tratar de um equívoco, um mal entendido do paciente, pois a médica sua colega tinha muitos anos de formação e sabia muito bem o que era do âmbito da proctologia e da urologia, conhecimento que, por inferência, ele concluía que o paciente não tinha. Nessa situação tragicômica, talvez para justificar a consulta, o médico procurou fazer umas perguntas sobre a sua área de abrangência anatomo-patológica, perguntando se o paciente tinha algum problema de intestinos, reto e ânus, ao que o paciente respondeu que não, que essas partes todas funcionavam direitinho. E a consulta terminou com o paciente visivelmente frustrado.

Mas essa postura nos levou a um dilema retratado por Pereira e Almeida (2005):

O curso médico se constitui, assim, nessa dupla vertente: de um lado, disciplinas que reúnem o saber sobre as dimensões físico-químicas da realidade biológica do adoecer e, de outro, o treinamento constante de uma postura científica frente ao adoecer do paciente.

Isso é a base do modelo clínico, organicista e tecnicista – a cultura da medicina científica resultante da formação anatomo-patológica proporcionada pelas escolas de medicina, que retirou da formação médica a maneira humanística de ver os seus pacientes. Tal modelo, porém, não é suficiente para dar conta do que se passa na prática médica. No momento em que o aluno é exposto à complexidade do momento assistencial, o modo singular de cada paciente adoecer e a maneira singular com que cada profissional realiza a sua prática se impõem, pois como observa King (1982), em *Medical thinking* :

“Mesmo que os médicos cientistas estudem os aspectos da doença, seu interesse está mais nas inter-relações entre os fenômenos do que na imediata conexão com o paciente enfermo”.

A questão que se coloca é: onde estariam as causas da postura cautelosa, distante, fria, profissional do atendimento médico? Pereira e Almeida (2005), em *A formação médica segundo uma pedagogia da resistência*, explicam como:

Vários autores (4–14) consideram que o estímulo à “postura desumanizadora” do médico é primordialmente estabelecido na prática pedagógica da dissecação de cadáveres. Nesse sentido, a relação estudante-cadáver precederia e organizaria, como modelo, a relação médico-paciente. A revisão da literatura médica e psicanalítica dos últimos 20 anos aponta alguns trabalhos relativos à importância que o encontro com o cadáver representa para o estudante de medicina na sua formação e posterior exercício profissional. Kasper (4) chama o cadáver de primeiro paciente do estudante e se preocupa com o efeito negativo dessa prática educacional médica sobre a adoção de uma atitude humanística no exercício profissional futuro... Shalev e Nathan (9) trabalham com o pressuposto de que a dissecação de cadáveres gera ansiedade e se constitui em uma fonte de estresse psicológico. Consideram o padrão de defesa contra a ansiedade, estruturado durante a dissecação, como potencialmente capaz de se constituir em uma atitude cristalizada de comportamento profissional. O recurso predominante a defesas do tipo rígido, esvaziando e anulando o conteúdo emocional (“não sinto nada”), ou a defesas do tipo onipotente, por ter sido legitimada a transgressão do tabu da violação dos corpos, podem preparar o caminho para atitudes semelhantes em situações de prática assistencial que podem gerar ansiedade.... de forma a produzir um modelo de distanciamento que se repete posteriormente na prática clínica, levando o médico a perceber seus pacientes não como seres humanos em sofrimento, mas como abstrações.

Em síntese, a conclusão do estudo de Bastos e Proença (2000), “A prática anatômica e a formação médica”, resume essa faceta negativa da formação médica:

A análise crítica das instituições de ensino médico revela o comprometimento de sua prática pedagógica com a instalação de um modelo de assistência distante e impessoal. Tal comprometimento se evidencia na adoção de uma metodologia de ensino que estimula o aluno a se destacar do seu objeto de trabalho e em uma noção de saber calcada nos critérios de cientificismo estabelecidos no século XVIII.

O que a Análise Interacional do discurso/conversa da prática profissional médica revela? Muitos estudos de comunicação médico-paciente têm sido feitos, sob as mais diversas abordagens metodológicas, tais como a análise da conversação etnometodológica, a análise crítica do discurso, a micro-etnografia, etc, o que seria além das pretensões deste artigo resenhar. Apresento aqui, de forma resumida, algumas considerações excertas de meus próprios estudos, como ilustração.

Gonçalves (1993) analisa como o médico e o paciente encaram o encontro médico sob enquadres referenciais conflitantes. Os pacientes encaram a interação em um esquema de referência personalizada, experiencial, quase de narrativa. Eles subjetificam a consulta, relatando vários tipos de problemas, queixas somáticas, dores em diferentes partes do corpo, perturbações do funcionamento normal. Essas queixas vagas, difusas e desfocadas de problemas da vida são pedidos de ajuda para a saúde e para vida. Os médicos, por outro lado, encaram a consulta objetivamente, como uma atividade de rotina.

O seu objetivo principal é obter informação adequada e suficiente para um diagnóstico e tratamento adequados. Desta forma sua atenção aos aspectos orgânicos das queixas do paciente, sua paráfrase técnica da narrativa do paciente, seu uso recorrente de perguntas para elicitir informação específica são estratégias pelas quais a consulta é objetificada e enquadrada no modelo biomédico da doença. Esta abordagem clínica ou orgânica distante, objetiva, “cautelosa” do médico e de muitos outros profissionais é resultado do treinamento profissional. No caso dos médicos, em seu treinamento pré-serviço é-lhes ensinado que o envolvimento com o paciente deve não só ser evitado mas é quase proibido e anti-ético. Porque eles vão ter que enfrentar a dor, o sofrimento e a morte dos seus pacientes, é-lhes ensinado que trabalhando neste esquema institucional eles vão ficar protegidos dos perigos do envolvimento e da compaixão e desta forma permanecerão mais livres para agir e tomar decisões que às vezes podem ir contra seus sentimentos e emoções.

Drew e Heritage (1992), em uma coletânea de artigos sobre comunicação no trabalho que reúne estudos de interação profissional-cliente em variados contextos (médico-paciente, jurídico, serviços, jornalístico etc), enfatizam que esta cautela profissional, caracterizada por uma atitude impessoal, objetiva, de rotina, conflita diretamente com a atitude pessoal, subjetiva, dos clientes e é fruto de diferentes enquadres interacionais. Diferentes estudos em sociolinguística interacional, e.g., Shultz, Florio e Erickson (1982), no domínio discursivo dos contextos de comunicação escolar, sugerem que haja o mínimo de adaptação pelos professores na direção das estruturas de participação que são culturalmente congruentes com a tradição comunicativa das crianças fora da sala de aula. Para isso eles têm de tomar conhecimento da existência e legitimidade de diferentes sistemas aprendidos de etiquetas interacionais que não estão ligados apenas à cultura escolar.

O apelo dos autores a uma pedagogia culturalmente sensível aos diferentes atores dos encontros interacionais se torna igualmente relevante à interação médico-paciente, pois, como afirma Ladd (1983), em “The internal morality of medicine”:

O paradoxo de haver um problema que é diferente para médico e paciente cria não apenas a dificuldade de se reconciliar os interesses de paciente e médico, mas também uma perplexidade filosófica no que concerne a qual o tipo de problema que fornece a racionalidade para a transação médico-paciente e que, mais genericamente, define a meta da medicina.

A habilidade de ouvir, para entender e negociar o significado da interação, é ferramenta imprescindível para a formação médica, pois, como afirma Cassel (1979), em “The subjective in clinical judgement”:

A maior queixa das pessoas a respeito de seus médicos é de que

eles não as ouvem. Ouvir significa não apenas quais os seus sintomas, mas também o que eles significam para os pacientes... Não apenas os sintomas, mas também a totalidade dos significados e a ação que segue esses significados são a doença.... Mas, para que a informação seja útil, o médico precisa compreender as preocupações do paciente – compreender não apenas qual é a questão, mas o que a questão significa.

Daí a necessidade de transformar a natureza da interação tensa e focada da comunicação médico-paciente através de estratégias de aproximação. Estratégias de aproximação estão entre os fenômenos e mecanismos conversacionais e interacionais que Gumperz (2002) denomina “pistas de contextualização”. Gumperz mostra como as convenções de contextualização são pistas de três naturezas: **1 – pistas lingüísticas** (alternância de código, de dialeto ou de estilo); **2 – pistas paralingüísticas** (pausas, tempo da fala, hesitações); **3 – pistas prosódicas** (entonação, acento, tom, ritmo, entre outros). Além dessas pistas, podem ocorrer também pistas não-verbais (direção do olhar, distância entre os interlocutores, postura, gestos). Essas pistas possibilitam aos participantes fazer a inferência conversacional no discurso situado das interações. As pistas de contextualização são recursos lingüísticos, paralingüísticos e prosódicos empregados pelos participantes ao longo da interação. Sinalizam as pressuposições contextuais (tipo de inferência ativada pelo uso de determinadas expressões lingüísticas, sensíveis ao contexto) e operam mudanças de enquadres e alinhamentos. São imprescindíveis, portanto, para definir e negociar “o que está acontecendo aqui e agora”.

Cassel (1985), em *The healer's art*, afirma:

Mas, enquanto a avaliação do estado de uma doença é uma parte aberta e manifesta de seu trabalho, a avaliação da pessoa do paciente é geralmente uma parte latente e desconhecida da função do médico. Desta forma, a capacidade do médico vem não de um treinamento específico, mas de uma experiência crescente com as pessoas e com o mundo.

Geralmente os profissionais não têm consciência dessas escolhas, no entanto, são esses aspectos da linguagem e do comportamento verbal e não verbal que relacionam o que é dito às **pressuposições contextuais**, ou seja, ao conhecimento prévio que permite **inferências situadas** sobre o significado da interação para os participantes. Gumperz (2002) evidencia como essas pistas de sinalização podem afetar o sentido básico das mensagens. Compartilhar as pistas de sinalização é, portanto, de crucial importância para o sucesso das interações, pois a habilidade de reconhecer e entender as pistas de contextualização faz parte da competência comunicativa dos interlocutores. Essa competência, segundo a sociolingüística interacional, é adquirida através de processos e procedimentos interacionais (co-operação, ação conjunta em nível micro); inclui o conhecimento lingüístico e as respectivas convenções comunicativas (domínio das regras interacionais) que os participantes necessitam para manter a cooperação conversacional. Assim, ser competente comunicativamente é ter a habilidade para produzir e entender as pistas contextuais enquanto elas ocorrem e compreender como elas são determinadas pelo contexto local.

## AS ESTRATÉGIAS DE APROXIMAÇÃO

Entre as pistas de contextualização, as estratégias de aproximação que constituem recursos lingüísticos verbais e não-verbais dos profissionais na direção dos seus clientes são ocorrências que estrategicamente podem conduzir a uma diminuição do afastamento, da distância e da diferença entre os interlocutores.

Através dessas estratégias de aproximação, cria-se um entendimento que poderá ajudar a construir uma ponte entre o mundo dos profissionais e o mundo dos clientes, isto é, ajudará os profissionais, como detentores do poder hegemônico de controlar a interação, a mudar as suas atitudes objetivas, distantes, de rotina, e a adotar uma atitude mais personalizada, envolvida, de atenção ao cliente.

Gonçalves (2007) examina com um olhar interdisciplinar, derivado da teoria da administração, da educação compensatória e dos movimentos de direitos iguais ( *equal rights amendment* ), as várias acepções de aproximação, no Inglês “*accommodation*”:

Em um breve resumo, acomodação (= aproximação) envolve “**adaptar** as estruturas cognitivas existentes para se tornar consistente com novas percepções”, fazendo “**ajustes**, incluindo **modificações** razoáveis em regras, políticas ou práticas **interacionais** (grifo nosso), ajustes ambientais (= contexto), tais como a remoção de barreiras arquitetônicas, **comunicativas** e de transporte, ou outros recursos auxiliares, bem como **serviços**”. Acomodação envolve, então, “uma **modificação ou ajuste a um novo emprego**, ao ambiente do trabalho, ou **ao modo como as coisas são geralmente feitas**, para empoderar os empregados (= os participantes nas interações) a fazer o seu trabalho mais eficaz e produtivamente”.

Silveira (1996) alega que as estratégias de aproximação

contribuem para eliminar as diferenças na comunicação médico-paciente. Este aspecto interativo sinaliza as tentativas do médico de chegar mais próximo do paciente, evitando problemas interpretativos e proporcionando um diagnóstico mais adequado e realizável, contribuindo desta forma para assegurar adesão ao tratamento.

Como parte do projeto de pesquisa coordenado por Gonçalves (2005), *Comunicação é saúde: transformando encontros de serviços de saúde em contextos para a cura* – iniciado no Programa de Mestrado em Letras da Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR) e agora retomado no Programa de Pós-graduação em Estudos Lingüísticos da UFF –, a dissertação de mestrado de Camargos (2005) foi um primeiro fruto desta proposta interdisciplinar. O objetivo da pesquisa era descrever os processos, pistas de contextualização, estratégias comunicativas e mecanismos lingüísticos verbais e não verbais utilizados pelos interlocutores na produção das trocas conversacionais para a negociação do significado da interação em contextos de saúde. A pesquisa de Camargos (2005) descreve e analisa as **estratégias lingüísticas** (aumentativos e diminutivos, adjetivos e formas de tratamento) e



**extralingüísticas** , (tais como entonação, cinésica, proxêmica), e também **estratégias discursivas** , entre as quais se destacaram a **mudança de tópico** e o uso do **baby talk** (maternalês), **os marcadores conversacionais verbais e não verbais** , além do **footing** e os **diferentes alinhamentos** , que ajudam a tornar a relação profissional/cliente mais simétrica. Neste estudo, o foco da análise foi colocado nas estratégias conversacionais, que entre outras englobam as estratégias de aproximação. As estratégias de aproximação constituem recursos lingüísticos verbais e não-verbais e se definem, segundo Silveira (1996), como “a relação que se estabelece entre os recursos interpretativos dos médicos e os elementos lingüísticos, prosódicos e cinésicos dos textos produzidos por médicos e pacientes”. Representam ainda uma tentativa do profissional de se aproximar do seu cliente, tornando assim a relação mais simétrica, além de promover um conhecimento mais interativo e participativo.

Ainda segundo Silveira (1996), é possível verificar tais estratégias nos momentos em que o médico desvia o curso normal da consulta, quando rompe o script estabelecido para a consulta médica, nas etapas: história do paciente, exame diagnóstico e receituário; se caracterizando assim pelo rompimento do quadro de expectativas, em termos de determinados efeitos de sentido.

O trabalho de Gonçalves (2007), com base na pesquisa de Camargos (2005), evidencia que, além das estruturas lingüísticas, outros mecanismos extralingüísticos, tais como entonação, recursos cinésicos e prosódicos, gestos receptivos e postura, também contribuíram para quebrar a assimetria do contexto e diminuir a distância interpessoal na comunicação médico-paciente. Entre as estratégias discursivas discutidas na dissertação, a autora evidencia como a gestão do tópico e a mudança de tópicos sancionados pelos profissionais em sua agenda oculta para tópicos transicionais e fáticos ajudam a minimizar a tensão e o excessivo foco da interação, tornando-a mais descontraída e humanizada. Em conseqüência, há um aumento na satisfação dos participantes.

A pesquisa também mostra que, embora seja natural e esperado que os profissionais mantenham o controle durante a interação, direcionando a progressão temática da conversa e coordenando as estruturas de participação, a flexibilização da gestão do tópico contribuiu para tornar a interação nos encontros de serviços de saúde menos crítica e tensa.

Entre os mecanismos e estratégias interacionais estudados, o uso do *baby talk* (ou maternalês), também comum na fala de professores ( *teacherese* = professorês), se mostrou como uma estratégia de aproximação muito eficaz, ajudando a mitigar e modalizar a diretividade da fala do profissional. O uso do “nós” inclusivo e de outros atos de fala indiretos contribuiu para tornar a interação mais simétrica e menos coerciva, reduzindo o grau de imposição do discurso do profissional.

Entre os resultados da pesquisa, há evidências de como diferentes enquadres e alinhamentos também ocorreram, principalmente nas consultas de crianças e idosos, que geralmente têm a presença de co-participantes, na forma de acompanhantes ou babás. Nesses contextos pode-se notar como os profissionais sinalizavam que sua fala era direcionada para um ou outro participante. No caso das crianças, a fala é muitas vezes dirigida às mães, mesmo quando aparentemente dirigida à criança como ouvinte ratificado.

Estratégias de acomodação (ou aproximação) tiveram, então, um uso muito produtivo ao criar solidariedade, demonstrar afeto, ternura, sinalizando uma preocupação sincera com o bem-estar do paciente, e criar o *rapport* necessário para o resultado positivo da tarefa e a satisfação interacional dos participantes. Estratégias de acomodação representam tentativas dos profissionais de quebrar a assimetria da interação, removendo a tensão desnecessária e o foco excessivo

do contexto, além de criar um contexto propício para maior cooperação e compartilhamento de conhecimentos.

Partindo desta abordagem **tripartite** ao estudo da interação profissional-cliente, que envolve: 1) identificação do problema; 2) recurso à pesquisa interdisciplinar para a descrição e análise; 3) proposta de encaminhamento e solução; este estudo pretendeu demonstrar que com o conhecimento do que está implícito na vida comum dos encontros de serviços de saúde, através da identificação e registro dos processos através dos quais os resultados são obtidos, e com base em pesquisa, é necessário criar subsídios para a aplicação dos resultados à formação pré-serviço e em-serviço de profissionais, com vistas a promover a qualidade do serviço.

Desta forma, a pesquisa sociolinguística interacional da interação profissional-cliente em encontros de serviços de saúde vislumbrada neste artigo viria contribuir para a transformação dos profissionais de saúde em agentes de sua própria prática social, visando à qualidade da comunicação e à melhoria dos serviços de saúde à população.

Isso nos remete a uma outra definição de acomodação, derivada da teologia cristã:

Acomodação é um princípio teológico ligado à revelação divina dentro da igreja Cristã. Também denominada condescendência, o princípio da Acomodação é que Deus, enquanto um ser de natureza inconhecível e inatingível, comunicou-se com a humanidade de uma forma em que os humanos podem entender e responder.

Talvez, uma forma de os médicos atenuarem a diferença discursiva que existe entre eles e seus pacientes, rompendo o script da agenda interacional oculta, seria através de estratégias de acomodação, sintonizando e sincronizando seus esquemas interacionais e cognitivos com os dos pacientes. Assim, como Deus, na definição teológica acima, eles mudariam seu discurso inconhecível e inalcançável, de forma a se comunicarem com a humanidade (seus pacientes) de uma forma que os humanos possam entender e responder.

Para realizar tal tarefa, é necessário ter a consideração dos pacientes como parceiros conversacionais reais, não um objeto e/ou um corpo para ser consertado. Desta forma, os médicos estariam praticando a medicina da pessoa, não a medicina da doença.

Isso envolve empreender uma profunda transformação da cultura médica, a partir de sua formação pré-serviço. Como nos alerta Pellegrino (1979), em *Humanism and the physician* :

Com a desumanização do aluno e a despersonalização do paciente a arte médica corre perigo de ser engolfada pelo seu aparato tecnológico. Eles (os estudantes) precisam compreender a gênese de seus próprios sistemas de valores. Ensina-mos nós, aos alunos, as questões fundamentais das quais cada paciente gostaria de ter as respostas?. Mais atenção deve ser dada ao crescimento do médico como pessoa. Suas idéias pessoais a respeito da natureza do homem podem, seriamente, ajudar ou impedir o seu contato com a pessoa por trás do complexo de sintomas que ele encontra na sala de consultas.

Pois, como afirmam Pellegrino e Thomasman (1981), em *A philosophical basis of medical practice* : “As ações da medicina ligam essas duas pessoas

(médico e paciente). É a natureza dessa ação na presença da relação de cura que dá à medicina um caráter especial dentre as atividades humanas.” Para que isso ocorra, como muito bem caracteriza Balint (1975), em *O médico, seu paciente e a doença*, “devemos todos ter em mente que o remédio mais usado em medicina é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos, precisa ser conhecido em sua posologia, reações adversas e toxicidade”.

Para evitar que a total despersonalização do atendimento médico ocorra, Illich (1975), em *A expropriação da saúde*, nos alerta:

O paciente é reduzido ao papel de objeto que se conserta, mesmo que não tenha qualquer possibilidade de sair da oficina – esqueceram-se de que ele poderia ser uma pessoa a quem se ajudaria a curar, ou a capengar a seu modo na natureza. Quando os cuidados médicos e a cura tornam-se monopólios de organizações ou de máquinas, a terapêutica transforma-se inevitavelmente em ritual macabro.

Samora (1961) sintetiza as preocupações da análise interacional da comunicação médico-paciente na seguinte citação:

Talvez, se o objetivo da medicina for a diagnose e o tratamento da doença, a qualidade da comunicação entre o médico e o paciente faz pouca diferença, conquanto se obtenha um histórico médico adequado e a necessária cooperação do paciente, para fazer ou deixar de fazer certas coisas. Mas se o objetivo da medicina for interpretado mais amplamente, se a preocupação for com a pessoa que está doente, e o objetivo for aliviar, reassegurar e restaurar o paciente – como parece que deve ser o caso – então a qualidade da comunicação assume uma importância instrumental e tudo o que interferir com ela precisa ser observado, e se possível, removido.

Com isso a análise interacional do discurso/conversa da prática profissional médica estaria dando sua pequena contribuição para resgatar os objetivos essenciais da prática médica, como nos sugere Pellegrino (1979), em *The anatomy of clinical judgement* :

medicina, então, é todas as três – ciência, arte e virtude sinérgica –, integralmente unidas nas atividades diárias do médico. Desarticular um dos membros dessa tríade dos outros é desmembrar a medicina – cuja característica essencial é a relação especial que une ao outro. Quando isso acontece, aí pode existir um cientista, um artista ou um prático, mas não um médico.

Enfim, como afirma Gonçalves (2007b), uma forma de o médico atenuar a diferença discursiva existente entre ele e o paciente, rompendo o script da agenda interacional, é mediante estratégias de aproximação, sintonizando e sincronizando os esquemas operacionais entre eles. Para isso, é necessário ter a consideração do outro como verdadeiro sujeito, e não como objeto e/ou um corpo a ser tratado, isto é, fazer a medicina da pessoa, e não a medicina da doença. E não se esquecer do preceito de Hipócrates: “curar quando possível, aliviar quase sempre, consolar sempre”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BALLINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Trad. R. Musachio. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975.

BASTOS, L. A. M; PROENÇA, M. A. A prática anatômica e a formação médica. *Revista Panam Salud Publica (Panam. J. Public Health)*. Washington, v. 7, n. 6, 2000, p. 395-402.

CAMARGOS, M.C. *Estratégias de aproximação na interação profissional-cliente em contextos de saúde*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-graduação em Letras da Universidade Vale do Rio Verde (UNINCOR), Três Corações, MG, 2005.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Trad. Maria Thereza R. C. Barrocas. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1990.

CASSEL, E. *The nature of suffering and the goals of medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2004. Disponível em: <http://books.google.com.br/>

CASSEL, Eric. *The healer's art*. Cambridge : MIT Press, 1985.

CASSEL E. The subjective in clinical judgment. In: ENGELHARDT Jr, TRISTRAM H, SPICKER, S. F. *Clinical judgment : a critical appraisal* [in the Philosophy and Medicine series]. vol 6. Boston : D. Reidel Publishers, 1979.

DREW, P. e HERITAGE, J. *Talk at work: interaction in institutional settings* . Cambridge : Cambridge University Press, 1992.

GONÇALVES, J. C. Doctor-patient communication: training medical practitioners for change. In: SCHAFFNER, C. & WENDEN, A. (eds.) *Language and peace*. Aldershot, England: Dartmouth Publishing Co., 1993.

GONÇALVES, J. C. *Comunicação é saúde: transformando encontros de serviços de saúde em contextos para a cura*. Projeto de pesquisa em análise do discurso/conversa em interação. Programa de pós-graduação em Estudos Lingüísticos, Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói/RJ, 2005.

GONÇALVES, J. C. Discurso, interação e práticas sociais: implicações para a formação profissional. *III Encontro de Ciências da Linguagem Aplicadas ao Ensino*. Grupo de Estudos Lingüísticos do Nordeste (GELNE), Faculdade de Letras, Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Maceió/AL, dezembro 2007, p. 5-12.

GONÇALVES, J. C. Análise interacional do discurso e comunicação profissional–cliente em contextos de saúde: quando a conversa é parte da cura. Trabalho apresentado no V Congresso Internacional da ABRALIN, Faculdade de Letras, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte/MG, fevereiro de 2007. A ser publicado na *Revista da ABRALIN* (no prelo). 2007b

GUMPERZ, J. J. Convenções de contextualização. In: RIBEIRO, Branca Telles e GARCEZ, Pedro M. (Orgs). *Sociolingüística Interacional*. São Paulo: Loyola, 2002.

ILLICH, I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina*. Trad. José Kosinski Cavalcanti. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KING, L. S. *Medical thinking: a historical preface*. Princeton: Princeton University Press, 1982.

LADD J. The internal morality of medicine: an essential dimension of the physician-patient relationship. In: SHELP E. (Ed.) *The clinical encounter: the moral fabric of the physician-patient relationship*. Dordrecht : D. Riedel, 1983, p. 209-231.

LAIN-ENTRALGO, P. *Antropologia medica*. Milano: San Paolo Edizioni, 1988.

Londres, L. R. *Sintomas de uma época: quando o ser humano se torna um objeto*. Bom Texto Editora. Sinopse disponível em: [http://www.luizrobertolondres.com.br/biblioteca/publicados\\_saibamais.asp?id=3](http://www.luizrobertolondres.com.br/biblioteca/publicados_saibamais.asp?id=3)

LONDRES, L. R. Médicos ditadores. *Veja*, 11 set. 2002.

LONDRES, L. R. *Folha Gávea Leblon*. Rio de Janeiro, ano 6, nº. 43, 2007, p.12-14.

PEREIRA e ALMEIDA. *A formação médica segundo uma pedagogia da resistência*. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a06.pdf>

SAMORA, J., SAUNDERS, L., and LARSON, R. F. *Medical vocabulary knowledge among hospital patients*. *J. Health & Hum. Beh.* 2: 83, 1961.

SILVEIRA, J. O. Estratégias de aproximação na comunicação médico-paciente. In: MAGALHÃES, Izabel. *As múltiplas faces da linguagem*. Brasília: UNB, 1996.

SHULTZ, Jeffrey J., FLORIO, Susan e ERICKSON, Frederick. Aspects of the cultural organization of social relationships in communication at home and in school. Where's the floor? In: GILMORE, Perry e GLATTHORN, Allan A. *Children in and out of school. Ethnography and Education*. Washington DC: Center for Applied Linguistics, 1982.