



SUS

SEMUSA



RECEITUÁRIO

CENTRO DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
Prefeitura de Nazaré
FONE: (41) 3500-4004-91
RUA DECA MASCIONI, LQS. 1871
NAZARÉ (PR) - CEP: 84.415-000

NOME: Francisco Renato Lima MAT.: 2014103442

ENDEREÇO: UFPA - Campus Ministro Petrônio Portella Bairro: Ininga

PRESCRIÇÃO:

1) Dissertação _____ 254 pag.

Estamentos em contextos de consulta
médica: um estudo sobre a compreensão
na relação médico-paciente

04/03/2016 às 09:00hs

Teresina, 04/03/2016

Maria Angélica Freire de Carvalho

Maria Angélica Freire de Carvalho
Orientadora

Profa. Maria Angélica F. de Carvalho, Dr. Sc.
Departamento de Letras - CCHL - UFPA
SIAPE - 1629569

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS - CCHL
MESTRADO EM LETRAS – ESTUDOS DA LINGUAGEM

FRANCISCO RENATO LIMA

**LETRAMENTOS EM CONTEXTOS DE CONSULTA MÉDICA: UM ESTUDO
SOBRE A COMPREENSÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

TERESINA (PI)

2016

FRANCISCO RENATO LIMA

**LETRAMENTOS EM CONTEXTOS DE CONSULTA MÉDICA: UM ESTUDO
SOBRE A COMPREENSÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras (PPGEL), na área de concentração Estudos de Linguagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), para obtenção do título de Mestre em Letras.

**Linha de Pesquisa: Linguagem e Discurso:
Análise e Variação**

**Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica
Freire de Carvalho**

TERESINA (PI)

2016

FICHA CATALOGRÁFICA
Universidade Federal do Piauí
Biblioteca Comunitária Jornalista Carlos Castello Branco
Serviço de Processamento Técnico

- L7321 Lima, Francisco Renato.
Letramentos em contextos de consulta médica: um estudo sobre a compreensão na relação médico-paciente / Francisco Renato Lima. – 2016.
254 f. : il.
- Dissertação (Mestrado em Letras) – Universidade Federal do Piauí, 2016.
Orientação: Profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho.
1. Médico e Paciente. 2. Evento de Letramento. 3. Consulta Médica. 4. Gênero Textual - Receita Médica. 5. Retextualização.
I. Título.

CDD 372

FRANCISCO RENATO LIMA

LETRAMENTOS EM CONTEXTOS DE CONSULTA MÉDICA: UM ESTUDO
SOBRE A COMPREENSÃO NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras (PPGEL), na área de concentração Estudos de Linguagem, da Universidade Federal do Piauí (UFPI), para obtenção do título de Mestre em Letras.

Linha de Pesquisa: Linguagem e Discurso: Análise e Variação

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho

Aprovada em 04 / MARÇO / 2016

Banca Examinadora:

Maria Angélica Freire de Carvalho

Professora Maria Angélica Freire de Carvalho – UFPI – Orientadora
Doutora em Linguística – UNICAMP

Iveuta de Abreu Lopes

Professora Iveuta de Abreu Lopes – UESPI/UFPI – Membro Interno
Doutora em Letras - UFPE

Anna Christina Bentes

Professora Anna Christina Bentes – UNICAMP – Membro Externo
Doutora em Linguística – UNICAMP

Francisco Alves Filho

Professor Francisco Alves Filho – UFPI – Suplente
Doutor em Linguística – UNICAMP

DEDICATÓRIA

“A Raímundo Chico & Creuza Lima - PAPAI & MAMÃE -, por suas imensas capacidades de me amar e me proporcionar o convívio com uma pluralidade de contextos, eventos e práticas de letramento desde muito cedo. Guardo na lembrança, as leituras à boca da noite, sob a luz e a fumaça da lamparina; as escutas de cantoria no rádio a pilha; as histórias de trancoso; as reescrituras e repetidas releituras de histórias de literatura de cordel; a lista de compras de todo mês; os versos e prosas antes de dormir, ditos na ‘casa aberta’. Foram estes os meus primeiros espetáculos no mundo da escrita, e vocês foram a minha primeira plateia; a mais cuidadosa, criteriosa, amorosa e especial, e também a que mais verdadeiramente me aplaudiu”.

Foi com vocês e por vocês que cheguei até aqui.

AGRADECIMENTOS

O sabor de uma conquista é devidamente sentido quando se tem com quem compartilhá-la. Assim, esta etapa que concluo torna-se mais valiosa e verdadeira, pela certeza de que ela é legitimada pela compreensão, o carinho, o afeto, o companheirismo e a amizade de muitas forças, que às suas maneiras, deram-me o apoio necessário para o desembarque neste porto. Há em mim, o mais verdadeiro sentimento de gratidão, carinho e reconhecimento por tudo isso, de modo que a tarefa de agradecer torna-se árdua e ao mesmo tempo um convite a reviver momentos, histórias e sentimentos, saberes e sabores, que fazem parte de cada um de nós – “NÓS” mesmos, uma vez que atamos nossos “nós” e fizemos essa história. Então, utilizo-me deste espaço para expressar, carinhosamente, o meu reconhecimento e o meu “Muito Obrigado” a todos que olharam por mim e cuidaram para que eu estivesse aqui, pois como diria o poeta mestre com as palavras, Guimarães Rosa (*Grandes Sertões: veredas*, 2001, p. 114): “A lembrança da vida da gente se guarda em trechos diversos, cada um com seu signo e sentimento, uns com os outros acho que nem se misturam”.

Agradeço a *Deus*, força suprema, pelo zelo e presença constante, refúgio infalível, que sempre me guia pelo caminho da coragem e do bem, que nos momentos de dificuldade me unge com sua força e graça, conforta-me nos momentos de desânimo, tristezas, choros, exaustão e esmorecimento, trazendo-me o equilíbrio necessário para prosseguir, “Porque nada podemos contra a Verdade, senão pela Verdade” (CORÍNTIOS, 13:8).

De imediato alguns nomes me são urgentes: *Raimundo Lima Sobrinho* e *Creuza Lima*, ‘Papai’ e ‘Mamãe’ (as mais belas e doces palavras que aprendi; não há dor que elas não amenizem), pessoas a quem devo e dedico tudo o que sou e conquisto e ainda mais, tudo o que serei e conquistarei. Foram, são e sempre serão fontes de toda a minha força, coragem e dedicação, pessoas que mesmo sem uma formação escolar, com muita luta e perseverança, me fizeram estar aqui, incentivando e acreditando em meu potencial, instigando-me a continuar pelo caminho da coragem e do bem, na busca pelos meus ideais. Em especial, a minha amada e saudosa mãe que, agora, caminha longe de meus olhos, mas próxima aos de Deus... Eternamente sua falta será sentida. Muito obrigado pelos momentos de apoio, zelo, carinho, cuidado absoluto e incondicional amor, pelas noites a fio zelando pelo meu sono e saúde.

À minha orientadora, professora Dra. *Maria Angélica Freire de Carvalho*, pela compreensão e generosidade durante todo o meu processo de inscrição no mundo das ciências da linguagem; sendo, ao mesmo tempo, amiga e rigorosa na condução do trabalho.

Às professoras Dra. *Iveuta de Abreu Lopes* e *Anna Christína Bentes*, pelas leituras cuidadosas de meu texto e as interlocuções sempre que possível. De forma muito especial, destaco o meu agradecimento a professora *Anna Christína Bentes*, que além do contato virtual na qualificação, se disponibilizou de forma tão carinhosa, a me receber na UNICAMP, para aprofundarmos a discussão sobre o trabalho.

Aos *professores do MEL*, com os quais pude dialogar e melhor compreender os múltiplos olhares que compõem os caminhos dos estudos da linguagem.

Às colegas de mestrado e, em especial aquelas que se tornaram amigas muito queridas: *Vanessa Raquel (Meu Doce)*, *María Helena*, *Lucínária Lustosa*, *Aliny Cardoso*, *Francísca Gomes*, *Djane Brito*, *Safira Ravenne*, com as quais partilhei experiências únicas, de demonstração de afeto, companheirismo e cumplicidade.

À Secretaria Municipal de Saúde de Nazária (SEMUSA), na pessoa do secretário, Sr. *Adriano Kleiton de Carvalho*; e a toda a equipe de médicos, funcionários e pacientes das Unidades Básicas de Saúde, que colaboraram com a coleta de dados para a pesquisa.

À acolhedora amiga *Jovina da Silva*, uma grande ‘culpada’ por tudo isso.

À querida amiga *Lauriene Matos*, suas aulas de inglês foram imprescindíveis.

Aos muitos e queridos amigos, pela amizade, companheirismo, apoio, incentivo e escuta solidária em todos os momentos em que os recrutei, contribuindo com críticas e sugestões para que eu pudesse prosseguir com o trabalho. Em especial àqueles com os quais convivi nas horas de alegrias, e também nas mais difíceis. Pessoas que por razões diversas, tornaram-se inescindíveis neste processo, dentre elas: *Pedro Ivo*, *Evaldo Araújo*, *Arlete Leal*, *Jair Silva*, entre tantos memoráveis, e não citados. Carinhoso Obrigado!

À *Gerson Félix*, pelo zelo, carinho e paciência da escuta em todos os momentos!

Aos colegas de trabalho e aos meus alunos, por dividirem experiências, compartilharem tarefas, opiniões, pontos de entendimentos e desentendimentos.

À *Tia Anaílda*, por cuidar de mim desde criança. *João Pedro*, meu irmão. E a todos que me acolheram em suas casas, como família e que me ajudaram chegar até aqui.

Enfim, o meu profundo reconhecimento, a todos que colaboraram para a realização deste sonho; e que tiveram a paciência de me ouvir discorrer sobre ele. Gratidão. Sempre!

A Deus:
Obrigado por permitir tudo isso. Haverá sempre gratidão
sem tamanho, por seu excessivo e puro amor!

“Se depender de mim, nunca ficarei plenamente maduro nem nas idéias nem no estilo, mas sempre verde, incompleto, experimental”.

(Gilberto Freyre ¹ [1926], 1975, p. 180)

[ciente de que]

“O que eu vi, sempre, é que toda ação principia mesmo e por uma palavra pensada. Palavra pegante, dada ou guardada, que vai rompendo rumo”.

(João Guimarães Rosa ², 2001, p. 194)

[pois]

“Nasci para escrever. Minha liberdade é escrever. A palavra é o meu domínio sobre o mundo”.

(Clarisse Lispector ³, 1983, p. 10)

[e]

“Hoje, [...] é a [...] hora de fazer e de construir”.

(Chico Xavier ⁴, s.d., p. 19)

[enfim,]

“O mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não são sempre iguais, ainda não foram terminadas - mas que vão sempre mudando. Aífinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou”.

(João Guimarães Rosa ⁵, 2001, p. 24-25)

¹ FREYRE, Gilberto. **Tempo morto e outros tempos**: trechos de um diário de adolescência e primeira mocidade, 1915-1930. Rio de Janeiro: José Olympio, 1975. [anotações de 1926].

² ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão**: Veredas. 19. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

³ LISPECTOR, Clarisse. *Apud*. WALDMAN, Berta. **Clarice Lispector**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

⁴ Trecho do poema ‘*Hoje Sim*’ do espírito Emmanuel, psicografado por Francisco Cândido Xavier (Chico Xavier) /Autores diversos, no livro **Ideal Espírita**, digitado por: Lúcia Aydir. SP/07/2005. Disponível em: <http://livrariaflamarion.com.br/E-Books_Obras_Chico/74.pdf>. Acesso em: 16 out. 2015.

⁵ Op. cit.

[...] *Eu sei da dificuldade que as pessoas têm de entender a minha letra, como a de todos.* (M2/UBS2)

[...] *Se ele falasse igualmente está escrito nessa folha aqui, seria ótimo, mas... [...].* (P37/UBS3)

É, por que às veze a gente, como bem, hoje eu vim pra pedir uns exame, pedi, [...] que eu tô com uma dor assim aqui, mas ele não deu, só deu esse daqui de sangue e outro do coração [...] mais só que ele não deu o que eu pedi, o que eu tava com mais necessidade era esse, ele num deu. (P45/UBS3)

Eu acho que fica difícil de compreender por que eu tenho aquela parte de linguagem que é de cabôco, como eu, que não compreende o que ele passa, aí eu já peço a orientação mais ou menos. (P26/UBS2)

Assim, a linguagem cabôco, por que nós somos cabôco da mata, criado na mata, aí tem linguagem que ele passa que a gente num entende. (P26/UBS2)

Como eu pego em programa de televisão, às veze que eu não sou muito de televisão, por causa do tempo, sou mais pra rádio né? A rádio é 24 hora no ar, rádio comigo né? Eu uso rádio no carro, eu uso rádio em casa, rádio no celular, agora o que eu vejo com relação, o que eu vejo pra isso aí, para os médicos, é ele sabe que tem uma lei, tem uma ordem pra ele prescrever, escrever de uma maneira que todo mundo compreenda a letra, se ele não pode escrever normal, ele fazer letra de forma que todo mundo ler. Aí muitos passam por cima disso aí e não tá obedecendo isso aí. (P39/UBS3) ⁶

⁶ Expressões/Manifestações letradas.

Trechos extraídos do *corpus* da pesquisa.

RESUMO

Neste trabalho, apresenta-se uma discussão sobre letramentos sociais, situados em contextos de consulta médica, quando os sujeitos se envolvem em diferentes práticas de letramento, por meio de um movimento dialógico e sociointeracionista da linguagem. O recorte temático dessa discussão é o processamento da comunicação entre médicos e pacientes durante o evento de letramento consulta médica. Teve-se como objetivo geral observar as representações dos médicos e dos pacientes sobre os modos de compreensão do evento de letramento consulta médica. Partiu-se dos seguintes questionamentos: **a)** Como se dá a compreensão na atividade comunicativa entre médico e paciente, a partir do modo como esses sujeitos representam o evento de letramento consulta médica? **b)** Quais as formas ou estratégias de retextualização que os pacientes utilizam para a compreensão da receita médica? Estes questionamentos constituíram as duas categorias de análise. Do ponto de vista metodológico, constituiu-se de uma pesquisa bibliográfica e de campo, de abordagem qualitativa e dialógica. A primeira, parte da concepção dialógica e enunciativa da linguagem proposta por Bakhtin (2009/2011), bem como as argumentações de Koch (2011/2012/2014/2015), Rojo (2010); que se articulam aos *New Literacy Studies* (Novos Estudos do Letramento) (NLS), como prática social, postulados por Street (1984/1995) e com argumentos teóricos de autores, como Barton; Hamilton (1998/2000), Cook-Gumperz (1991), Kleiman (1995/1998), Lopes (2006), Marcuschi (2001/2010a), Soares (1995/2002/2003/2010), Tfouni (1988/2010); e ainda, Adam (1992), Bronckart (2012) e Dolz; Schneuwly (2004), ao tratar dos gêneros discursivos. Na segunda, a coleta de dados realizou-se em três Unidades Básicas de Saúde (UBSs), na cidade de Nazária (PI), constituindo um *corpus* de 48 entrevistas, sendo 3 com médicos e 45 com pacientes, além da observação do contexto, caderno de anotações e fotografias das receitas médicas. As exposições teóricas aliadas à análise do *corpus* orientam algumas conclusões: **i)** os médicos e pacientes representam o evento de letramento de modo distanciado em decorrência das diferenças nos seus níveis de letramento, o que acarreta gradações nos usos da linguagem; **ii)** os pacientes têm uma expectativa dos médicos, que nem sempre é correspondida, e vice-versa; **iii)** o sucesso na compreensão depende de um empenho de ambos e do modo como respondem dialogicamente as estratégias negociadas durante a consulta médica; **iv)** a questão do saber ler é fundamental para a compreensão da receita, o que não exclui a capacidade de compreensão, decorrente do letramento social de cada paciente; **v)** a letra do médico na receita constitui um dos principais *locus* de conflito na comunicação; **vi)** as estratégias e/ou mecanismos de retextualização das receitas médicas que os pacientes se envolvem, constituem um *continuum* ideológico de organização das modalidades de uso da língua (oral ou escrita), mediada pela ação dos gêneros textuais; e **vii)** a compreensão, que engloba todo o processo, tanto durante a consulta, como fora dela, acontece, portanto, por meio de práticas interativas e dialógicas, nas quais os letramentos sociais de cada sujeito lhes possibilitam uma ressignificação dos papéis e práticas sociais no mundo.

Palavras-chave: Médico e paciente. Evento de letramento. Consulta médica. Gênero textual receita médica. Retextualização.

ABSTRACT

This work presents a discussion on social literacies, located in medical consultation contexts, when the people are in different practices of literacy, through a dialogic and sociointeractionist movement language. The focus of this discussion is the process of communication between medical doctors and patients during medical consultation. The main objective was observe the medical doctors and patients about the comprehension of the medical consultation. The questions was: **a)** How is the communication activity between doctor and patient, from the representing of this genre? **b)** How does understanding the communicative activity between doctor and patient, from the way these subjects represent the medical consultation literacy event? Through the questions we have two analysis categories. From a methodological view, it consisted of a field research, qualitative and dialogical approach. The first is connected on the conception dialogic and enunciation of the language proposed by Bakhtin (2009/2011) as Koch (2011/2012/2014/2015), Rojo (2010); that are connected with New Literacy Studies (NLS) as a social practice, based on Street (1984/1995) and also Barton; Hamilton (1998/2000), Cook-Gumperz (1991), Kleiman (1995-1998), Lopes (2006), Marcuschi (2001/2010a), Smith (1995/2002/2003/2010), Tfouni (1988/2010) ; and further, Adam (1992), Bronckart (2012) and Dolz; Schneuwly (2004), about genres. On second part, data collection was obtained in three Basic Health Units (BHU) in the city of Nazária (PI), constituting of 48 interviews, 3 with doctors and 45 with patients, and also, notes and photographs of prescriptions. Based in this work the conclusion is: **i)** the doctors and patients represent the differences in their levels of literacy, which leads to gradations in the uses of language; **ii)** the patients have an expectation of doctors, and is not always supplied; **iii)** the success of the comprehension depends of the both, of communication, of dialogical strategies traded during medical visits; **iv)** To know to read is fundamental to understanding the medical prescription, which does not exclude the ability to understand, due to the social literacy of each patient; **v)** the doctor's letter is a problem for communication; **vi)** the strategies and retextualization mechanisms of prescriptions, constitute an ideological continuum of organization of language usage modes (oral or written), based on the action of genres; and **vii)** understanding that encompasses the whole process, both during the consultation, and outside, happens, so through interactive and dialogical practices, in which social literacies of each subject allows them a redefinition of roles and social practices in the world.

Key-words: Doctor and Patient. Literacy event. Medical appointment. Textual genre prescription. Retextualization.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Língua e linguagem no dialogismo bakhtiniano.....41
- Figura 2.** O quadro situacional de realização das práticas de letramentos.....213

LISTA DE IMAGENS/FOTOGRAFIAS

Imagem 1. Mapa de localização da cidade de Nazária (PI).....	82
Imagem 2. Fachada de entrada da UBS1 (I).....	85
Imagem 3. Fachada de entrada da UBS1 (II).....	85
Imagem 4. Serviços oferecidos na UBS1.....	85
Imagem 5. Sala de vacinação UBS1.....	85
Imagem 6. Fachada de entrada da UBS2 (I).....	85
Imagem 7. Fachada de entrada da UBS2 (II).....	85
Imagem 8. Serviços oferecidos na UBS2.....	86
Imagem 9. SAME/recepção da UBS2.....	86
Imagem 10. Fachada de entrada da UBS3 (I).....	86
Imagem 11. Fachada de entrada da UBS3 (II).....	86
Imagem 12. Serviços oferecidos na UBS3.....	86
Imagem 13. Consultório de enfermagem UBS3.....	86
Imagem 14. Mural de avisos e informativos (UBS1).....	87
Imagem 15. Cartazes na parede da UBS2.....	87
Imagem 16. Cartaz na parede da UBS1.....	87
Imagem 17. Cartazes na parede da UBS2.....	87
Imagem 18. Encontro nas filas de espera (I).....	93
Imagem 19. Encontro nas filas de espera (II).....	93
Imagem 20. Encontro nas filas de espera (III).....	94
Imagem 21. Encontro nas filas de espera (IV).....	94
Imagem 22. Receita médica do Paciente 39/UBS3.....	129
Imagem 23. Receita mostrada pelo Paciente 41/UBS3: exemplo de letra “ <i>miudinha</i> ”.....	172
Imagem 24. Panfleto com orientação para o preenchimento correto da receita médica.....	178
Imagem 25 e 26. Receitas mostradas pelos pacientes P27/UBS2 e P37/UBS3: exemplo de que a fala do médico não corresponde à escrita.....	184
Imagem 27. Texto-base: Receita de P22/UBS2.....	192
Imagem 28 e 29. Textos-base: Receita e Receituário Controle Especial de P40/UBS3.....	193
Imagem 30. Texto-base: Receita de P17/UBS2.....	195
Imagem 31 e 32. Textos-base: Receitas de P24/UBS2.....	197
Imagem 33 e 34. Textos-base: Receitas de P41/UBS3.....	199
Imagem 35. Texto-base: Receita de P2/UBS1.....	206

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Perspectiva sociointeracionista.....	48
Quadro 02	Possibilidades de retextualização.....	72
Quadro 03	Aspectos envolvidos nos processos de retextualização.....	74
Quadro 04	Perfis de todos os sujeitos da pesquisa.....	91-92
Quadro 05	Perfis dos pacientes que representam o evento de letramento consulta médica..	110
Quadro 06	Perfis dos médicos que representam o evento de letramento consulta médica..	143
Quadro 07	Pacientes que apontam a letra do médico como a maior dificuldade na compreensão da receita.....	168-169
Quadro 08	Lista de itens presentes no formulário de análise das receitas médicas.....	173
Quadro 09	Os ‘outros’ sujeitos que auxiliam na solução das dúvidas relativas à letra do médico e à lembrança de seguir a medicação em casa.....	204
Quadro 10	Síntese quantitativa e percentual do número de pacientes que acusaram problemas de compreensão da linguagem médica (oral ou escrita), distribuídos por cada UBS.....	216
Quadro 11	Das dualidades no processo de compreensão das informações médicas, a partir de respostas dadas ao Questionamento 02.....	218-219
Quadro 12	Outras respostas dadas ao Questionamento 02: Compreensão parcial e compreensão contextual e suas justificativas.....	220-221

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

FMS	Fundação Municipal de Saúde de Teresina
UBS	Unidade Básica de Saúde
NLS	<i>New Literacy Studies</i> (Novos Estudos do Letramento)
LPS	Letramento como Prática Social
ISD	Interacionismo Sociodiscursivo
LT	Linguística Textual
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí
SISNEP	Sistema Nacional de Ética em Pesquisa
MS	Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
PAC	Programa de Aceleração do Crescimento
SUS	Sistema Único de Saúde
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde de Nazária
FACID	Faculdade Integral Diferenciada
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
PSF	Programa Saúde da Família
INAF	Indicador Nacional de Alfabetismo Funcional
IPM	Instituto Paulo Montenegro
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
M1 a M3	Médicos
P1 até P45	Pacientes
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
ADD	Análise Dialógica do Discurso
TESD	Teoria da Enunciação Sociodialógica
PISA	<i>Programme for International Student Assessment</i> Programa Internacional de Avaliação de Estudantes
OECD	<i>Organization for Economic Co-operation and Development</i> Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
CFM	Conselho Federal de Medicina
D.O.U	Diário Oficial da União

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	22
1 CAPÍTULO I: PRÁTICAS DE LINGUAGEM E SOCIOINTERAÇÃO	29
1.1 O sujeito e a socioconstrução da linguagem.....	29
1.2 Uma visão dialógica das interações: contribuições dos estudos bakhtinianos.....	37
1.3 A perspectiva socio-histórica (interativo-discursiva) da linguagem.....	42
2 CAPÍTULO II: PRÁTICAS SOCIAIS E CONTEXTOS DE LETRAMENTO	46
2.1 Aspectos sócio-históricos da construção dos processos de leitura e escrita.....	46
2.1.1 Do letramento aos Novos Estudos do Letramento.....	49
2.2 Práticas de letramento social e contextos de interação.....	54
2.3 Letramentos em contextos hospitalares: um olhar para a relação médico e paciente.....	57
2.3.1 Consulta médica: o evento de letramento em observação.....	59
2.4 Gêneros discursivos: receita médica como objeto de interação.....	62
2.4.1 Prescrição escrita e bula de medicamentos: uma visão à luz do estudo dos gêneros.....	65
2.5 A retextualização: atividades de (re) organização da linguagem.....	69
3 CAPÍTULO III: METODOLOGIA: PESQUISADOR E TEÓRICOS NOS LABIRINTOS DA PESQUISA	77
3.1 A propósito da visão de pesquisa em linguagem empreendida no curso deste estudo.....	77
3.2 Mapeando o território da pesquisa: do contexto social de produção dos discursos.....	79
3.3 Da constituição e caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	89
3.4 Métodos, técnicas, procedimentos e instrumentos de coleta dos dados.....	94
3.5 O <i>corpus</i> da pesquisa: da apresentação, catalogação e transcrição dos dados.....	102
3.6 A operacionalização da análise dos dados: métodos e procedimentos.....	105
4 CAPÍTULO IV: ENUNCIANDO MÚLTIPLOS LETRAMENTOS DOS DIÁLOGOS ENTRE MÉDICO E PACIENTE: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	108
4.1 ANÁLISE 01: Representações em jogo	109
4.1.1 O evento de letramento consulta médica sob a ótica dos pacientes.....	105
4.1.1.1 Um fator favorável à compreensão e à lembrança para seguir a medicação.....	136
4.1.1.2 Experiências vivenciadas em outros contextos de consulta médica.....	140
4.1.2 O evento de letramento consulta médica sob a ótica dos médicos.....	143
4.1.2.1 Compreensão vs Alfabetização/Escolarização: há uma relação?.....	151
4.1.2.2 Estratégias de comunicação com os pacientes.....	155
4.1.3 Algumas considerações (parciais) sobre a Análise 01.....	165

4.2 ANÁLISE 02: Analisando a compreensão do gênero receita no evento de letramento consulta médica.....	168
4.2.1 Um fator que dificulta a compreensão da letra do médico na receita.....	179
4.2.2 Diferenças entre o oral e o escrito na construção da receita.....	181
4.2.2.1 O lugar da bula de medicamentos na relação comunicativa.....	187
4.2.3 Processos de retextualização da receita médica por parte dos pacientes.....	189
4.2.3.1 Estratégias e/ou mecanismos verbais.....	191
4.2.3.1.1 Textos dos pacientes para compreender a receita.....	191
4.2.3.1.2 Textos de ‘outros’ para os pacientes compreenderem a receita.....	195
4.2.3.1.2.1 Os ‘outros’ presentes no processo de retextualização das informações médicas..	200
4.2.3.2 Estratégias e/ou mecanismos não verbais.....	205
4.2.3.2.1 Ações descritas pelos pacientes para entender a receita.....	206
4.2.4 Algumas considerações (parciais) sobre a Análise 02.....	208
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	211
REFERÊNCIAS.....	225

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Confidencialidade da Pesquisa

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Secretário Municipal de Saúde de Nazária

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pacientes

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Médicos

APÊNDICE E – Instrumento de coleta de dados: roteiro de questões para os sujeitos da pesquisa

APÊNDICE F – *Corpus* da Pesquisa em CD-ROM – áudio, transcrições das entrevistas e registro fotográfico das receitas médicas

ANEXOS

ANEXO A – Normas para transcrição (KOCH, 2012, p. 82-85)

ANEXO B – Autorização Institucional para Pesquisa Científica

ANEXO C – Parecer de Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI



PRÓLOGO: Alguns pontos de partida, afinal “...toda caminhada começa no primeiro passo...”⁷

Por empréstimo, tomam-se dois diálogos – um de Alice em uma das suas incursões fantásticas pelo *País das Maravilhas*, e outro do Pequeno Príncipe nas areias do deserto do Saara – para ‘dizer’ um pouco, das primeiras sensações, daquilo que primeiro inquietou a cabeça, bagunçou e fez fervilhar as ideias do pesquisador em suas interlocuções iniciais e arguições teóricas com a orientação, na busca pela definição de um objeto de pesquisa, que resultaria na realização deste trabalho:

- Por favor, poderia me dizer qual o caminho para eu sair daqui?
- Depende muito de para onde você quer ir – disse o Gato.
- Não importa muito para onde... – disse Alice.
- Então não importa muito o caminho – disse o Gato.
- ...desde que eu chegue *a algum lugar* – Acrescentou Alice, explicando.
- Ah, mas com toda a certeza, você chega – disse o Gato – se caminhar bastante.
- Alice sentiu que não dava para negar isso, [...]
(CARROLL, 1999, p. 66)

- Mas aonde pensas que [...] vai?
- Não sei... Por aí... Andando sempre em frente.
Então o pequeno príncipe disse, muito sério:
- Não faz mal, é tão pequeno onde moro!
E depois, talvez com um pouco de tristeza, acrescentou ainda:
- Quando a gente anda sempre em frente, não pode mesmo ir longe..
(SAINT-EXUPÉRY, 2009, p. 16)

E começou-se, então, a delinear-se, a ‘expor no papel’ as primeiras ideias, um rascunho inicial, que precisaria de muitos ‘desvios’ para poder ‘ir mais longe’ e chegar aqui.

⁷ Trecho da música “*A natureza das coisas*”, composta por Accioly Neto, e interpretada por Flávio José.

Na busca por encontrar caminhos que possibilitem chegar onde quer, vão-se ultrapassando barreiras e desafios que, ao final, acaba-se percebendo que, na verdade, são barreiras necessárias para que se colham os méritos de uma tarefa árdua, como pode ser a realização de uma pesquisa. E, assim, foi a construção desta; de modo que é conveniente mencionar algumas questões que, de alguma forma, contribuíram para o presente resultado. Justifica-se isto, partindo da ideia de que:

A contextualização do pesquisador é também relevante: ele não é um ser humano genérico, mas um ser social, faz parte da investigação e leva para ela tudo aquilo que o constitui como um ser concreto em diálogo com o mundo em que vive. Suas análises interpretativas são feitas a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e dependem das relações intersubjetivas que estabelece com os seus sujeitos. É nesse sentido que se pode dizer que o pesquisador é um dos principais instrumentos da pesquisa, porque se insere nela e a análise que faz depende de sua situação pessoal-social (FREITAS, 2002, p. 29).

Para dizer o porquê foi e o quê é; precisa-se também saber o porquê de não ter sido de outro modo, considerando-se que tenham sido dispensados esforços para isso. O começo de tudo foi exatamente por onde ela não aconteceu; não se desenvolveu e, portanto, não teve o seu fim. Explica-se: o objetivo inicial da pesquisa era *“analisar a interação entre o médico e paciente, assinalando como se dá o processo de compreensão e de cooperação entre esses sujeitos no contexto comunicativo, considerado os níveis de letramentos, os contextos e as práticas sociais nas quais eles estão envolvidos”*. Porém após a defesa do projeto, percebeu-se de que não seria possível alcançar tal objetivo pelo método então proposto, que consistia em assistir e gravar o evento de letramento consulta médica, tendo em vista a dificuldade que seria em conseguir a autorização legal de todas as instâncias as quais tal tarefa exigia, preferiu-se, ainda assim, manter o mesmo caminho de estudo e objetivo, mas apenas conversar com os pacientes saindo da consulta e, em seguida, com os médicos.

Resolvido esse primeiro impasse, eis que surge o segundo: esse projeto propunha que a pesquisa ocorresse no município de Teresina (PI), porém isso não foi possível, devido a questões burocráticas, uma vez que não se conseguiu a autorização (legal, e por escrito) por parte da Fundação Municipal de Saúde (FMS) para que se tivesse acesso ao campo de coleta de dados da pesquisa de

campo, conforme os trâmites legais exigidos para a realização de uma pesquisa científica envolvendo seres humanos.

Com o novo impasse, foi preciso, mais uma vez, replanejar, desviar um pouco do caminho primeiramente traçado. Aliás, ‘desvios’ sempre foi uma etapa inerente à realização desta pesquisa, e foram nesses ‘desvios’, por ‘encontros e desencontros’, ‘idas e vindas’, ‘erros e acertos’, que ocorreu a ideia de realizar a pesquisa em uma cidade do interior do Estado. Foi então que os caminhos se abriram para se chegar à cidade de Nazária (PI), a qual se fará conhecida ao longo das páginas que compõem este texto, o qual busca trazer o leitor para o universo do planejamento, execução e registro escrito de uma pesquisa acadêmica.

Este cenário – no qual os sonhos de um pesquisador encontraram lugar para fazer dialogar teoria e prática – abrigou todas as etapas de coleta de dados, e também, onde a proposta foi aceita com um excelente acolhimento por àqueles que fazem parte do quadro da saúde no município. Todos foram sabedores da realização da etapa da pesquisa e contribuíram para a sua concretização, de modo que se lhes dispensa o mais caloroso dos agradecimentos.

Deste modo, para tornar mais tangível os propósitos do estudo que ora apresenta-se, convida-se o leitor a enveredar-se por suas páginas; e que nessa leitura, haja um equilíbrio entre aquilo que representa as ideias e as intenções do ‘projeto de dizer’ de seu autor, mas também, os interesses particulares de cada leitor, uma vez que, concorda-se com Boff (2012, p. 15), quando diz que: “cada um lê com os olhos que tem. E interpreta de onde os pés pisam. Todo ponto de vista é a vista de um ponto. Para entender como alguém lê, é necessário saber como são seus olhos e qual é sua visão de mundo. Isso faz da leitura sempre uma releitura”. Que muitas (re) leituras então, sejam feitas da leitura aqui proposta!



INTRODUÇÃO

Toda palavra serve de expressão a *um* em relação ao *outro*. Através da palavra, defino-me em relação ao outro, isto é, em última análise, em relação à coletividade.

A palavra é uma espécie de ponte lançada entre mim e os outros. Se ela se apoia sobre mim numa extremidade, na outra apoia-se sobre o meu interlocutor. A palavra é o território comum do locutor e do interlocutor.

(MIKHAIL BAKHTIN, 2009 [1929], p. 117)

‘Toda escrita encontra-se atravessada por outras’. Assim orienta o pensamento de Bakhtin (1981a, p. 288-296), ao designar que a linguagem é a “concreta concepção heteroglota do mundo”, pois repleta de subjetividades e intenções, “repousa nas margens entre o eu e o outro. Metade de uma palavra, na linguagem, pertence a outra pessoa”. Desse modo, a escrita que se propõe nesta dissertação de mestrado reflete, tanto as perspectivas teórico-metodológicas de autores que fundamentam a relação com o objeto de estudo, concebendo a linguagem em uma perspectiva dialógica; quanto as definições de seu próprio autor, pois “escrevo, e creio que este é o meu aparelho de controle” (ROSA, 1994, p. 35); e ao escrever tal trabalho, inscreve-se também, nele, um pouco de si; colocando-o como um espelho protótipo de sua visão sobre os fatos da linguagem, os quais são constituídos por sujeitos, pessoas, gente, seres humanos, espécie da qual faz parte, e acredita ser, ainda conforme a poesia de Guimarães Rosa: “o eu que ainda não encontrou o tu ⁸” (p. 51).

Neste ínterim, partindo do desejo de seu autor e do propósito acadêmico a que este trabalho se propõe, essa discussão volta-se sobre a linguagem. Mais precisamente, o sujeito na linguagem, como este se constrói discursivamente a partir das práticas de letramento social nas quais se envolve, construindo e constituindo os sentidos por meio da escrita, em diferentes contextos enunciativos, nos quais a compreensão dialógica torna-se fator fundamental para a efetiva comunicação dos sujeitos. Pressupõe-se, de antemão, que no processo comunicativo a compreensão é inerente à enunciação.

O estudo da compreensão compreende as variáveis socioculturais e históricas dos sujeitos do discurso, os quais ao enunciarem, produzirão, a seu modo particular, redes inferenciais de sentido e articulação com o mundo, desvelados pela forma como organizam seus modos de dizer. A linguagem, nesta perspectiva, constitui-se como uma forma de manifestação do pensamento e da organização das interações sociais no mundo.

⁸ Guimarães Rosa ao tempo que define o homem; define a si mesmo, em entrevista a Günter Lorenz, em janeiro de 1965, em Gênova.

A compreensão na linguagem pressupõe uma articulação entre o contexto enunciativo dos interlocutores e o envolvimento com as práticas de letramento, uma vez que a comunicação não se reduz ao que expressa o texto verbalizado, mas considera as múltiplas relações de sentidos como, por exemplo, o estabelecimento de pontes de significação entre o simbólico e o real. Assim, a interação discursiva e a construção de sentidos acontecem a partir da ação recíproca dos sujeitos, que imprimem seu lugar social no mundo com ações e manobras com a linguagem.

Desse modo, a negociação entre os sujeitos do discurso em processo comunicativo pressupõe que haja entre eles um acordo de cooperação, em que ambas as partes busquem ao máximo, construir e assimilar significados, seja através da leitura das palavras, da postura, do olhar, dos gestos e de todo o contexto que está sistematicamente organizado para promover um entendimento e uma interação entre os sujeitos engajados na comunicação: oral e escrita.

No cerne organizacional dessas atividades comunicativas, consideram-se, principalmente, as diversas maneiras como esses sujeitos lidam com a leitura e a escrita em seu cotidiano, que, em termos práticos, representam a riqueza dos universos socioculturais e ideológicos de usos efetivos da língua. Com isso, reconhece-se, a natureza dos letramentos sociais, os quais fundam essa discussão, que tem como objeto de investigação: a compreensão oriunda da comunicação entre médicos e pacientes, a partir da visão que esses agentes de letramento têm sobre as práticas vivenciadas no evento de letramento consulta médica.

É possível, a partir deste entendimento, propor uma discussão acerca da compreensão oriunda do processo comunicativo estabelecido entre médico e paciente⁹, considerando-se a perspectiva bakhtiniana de que na interação há uma constituição de ideias conjuntamente (compreende quem fala e quem escuta), que, em sua natureza, são dialógicas. A noção de sujeito e linguagem, proposta por Bakhtin, a qual contempla o conceito de interação dialógica, torna-se importante para essa discussão, pois embora não se tenha observado diretamente as interações entre médicos e pacientes, ao narrarem ou relatarem suas percepções ou representações sobre o evento de letramento consulta médica, eles estão, na verdade, discorrendo sobre o modo como aconteceu a interação entre eles durante o referido evento.

Nos desdobramentos desse processo comunicativo, consideram-se como fatores relevantes para a compreensão, – e que também são considerados fundamentais para esse

⁹ Destaca-se que, apesar de no campo das ciências médicas, a nomenclatura ‘paciente’ está sendo substituída por ‘cliente’, neste estudo ainda será adotada a primeira denominação, por considerá-la mais usual e do reconhecimento das implicações de sentidos que ele representa dentro dessa discussão. O fato de esses sujeitos serem considerados como ‘clientes’ parte do entendimento de que a pessoa está pagando pelo serviço, seja ele na esfera privada ou na pública, atendido pelo Serviço Único de Saúde (SUS).

estudo –: **a)** o contexto comunicativo mais amplo, que inclui as Unidades Básicas de Saúde (UBSs), os médicos e os pacientes; **b)** as formas como médicos e pacientes representam o evento de letramento consulta médica; e **c)** as estratégias ou processos de retextualização que os pacientes utilizam para compreender o gênero discursivo receita médica. Essa proposta leva em consideração, portanto, o contato com esses dois sujeitos, buscando perceber como eles representam o evento de letramento consulta médica.

As motivações para a realização da pesquisa, que consiste basicamente em investigar os descompassos de compreensão na interação médico-paciente, partem do fato de se reconhecer um “abismo” em relação à comunicação entre esses pares. Os sujeitos, médico e paciente assumem lugares sociais distintos na escala hierárquica das representações socioculturais mediadas pela linguagem, considerando-se as diferenças entre seus níveis de letramento, o que lhes confere graus nos posicionamentos discursivos.

Os diferentes modos de posicionar-se discursivamente e os exercícios de poder¹⁰ advindos dessas práticas languageiras interferem diretamente na comunicação (principalmente escrita – a letra na receita). Essa é uma questão que de certa forma, é reconhecida, mantida e até considerada natural por parte de alguns pacientes, conforme apontam pesquisas¹¹ na área de linguagem em uma perspectiva crítica e interacional (MARTINE (1989) / MAGALHÃES (2000) / ALBUQUERQUE (2002) / ZACARIOTTI (2003) / VAN DIJK (2010)), e também pode ser verificado nas falas de alguns dos pacientes pesquisados, as quais são apresentadas, a seguir, com o propósito de contextualizar a problemática tratada neste estudo:

P9/UBS1: *É, porque sempre letra de médico a gente falta num entender [...].*

¹⁰ No contexto da sociedade atual, as manifestações do poder são inerentes a todas as relações sociais dos sujeitos em suas atitudes e práticas cotidianas, existindo, conforme a perspectiva foucaultiana, diferentes formas de manifestação de poder entre os sujeitos, pois ele funciona “como uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação” (FOUCAULT, 1998 [1979], p. 295), e, portanto, independente dos níveis de escolarização dos sujeitos.

É importante destacar a este respeito que, embora se reconheça essa questão do poder presente na relação médico-paciente, ela não será aprofundada neste trabalho, uma vez que a orientação teórica se enveredará por outras categorias analíticas, que dizem respeito, basicamente, a compreensão na relação comunicativa entre médicos e pacientes, a partir das categorias ‘eventos de letramento’ e ‘retextualização de gêneros textuais’, tendo por base, os baldrames teóricos dos Novos Estudos do Letramento e da Linguística Textual.

¹¹ Ressalta-se que, em suas pesquisas, esses autores observaram diretamente as interações entre médicos e pacientes durante as consultas médicas, ao contrário desta, em que se têm apenas as representações sobre as consultas, expressas tanto pelos pacientes, como pelos médicos. A referência a estes autores faz parte das leituras de reconhecimento de algumas pesquisas já realizadas sobre o tema, dentro dos estudos da comunicação e da linguagem. Desses autores, apenas Martine (1989) é citada diretamente dentro do texto, entretanto, todos estão na lista de referências bibliográficas.

P17/UBS2: [...] *não entendo e é de medico nenhum. É geral. Isso é geral, por que eu também faço tratamento no médico lá no CAPS e eu também não entendo a letra dele [...].*

P19/UBS2: [...] *tem muito pouco pessoa que às vezes entende letra de doutor mermo [...].*

P20/UBS2: [...] *médico mesmo tem a letra complicada [...].*

P32/UBS3: *Geralmente letra de médico é tão ruim da gente entender [...].*

P33/UBS3: [...] *a gente num entende bem letra de medico.*

P38/UBS3: *Não se entende letra de médico.*

É, a questão da letra de médico sempre foi complicada né? (risos) [...]

[...] Por que o pessoal sempre fala que letra de medico é complicada de entender.

De imediato, as falas desses pacientes ilustram a questão das dificuldades de compreensão da letra do médico, processos de semantização, conforme será analisado com mais afinco ao longo da análise dos dados, à luz da orientação teórica empreendida.

Partindo dessas considerações, este estudo tem como objetivo geral:

I) observar as representações dos médicos e dos pacientes sobre os modos de compreensão do evento de letramento consulta médica.

E objetivos específicos:

i) analisar os modos de compreensão por parte dos pacientes sobre o evento de letramento consulta médica a partir de observação das representações por eles construídas sobre os médicos e suas orientações;

ii) analisar os modos de compreensão dos médicos sobre o evento de letramento consulta médica, a partir da observação de suas representações sobre o grau de letramento dos pacientes e suas dificuldades de compreensão das interações/orientações médicas;

iii) analisar os modos de compreensão por parte dos pacientes sobre o evento consulta médica, a partir de observação e de retextualização de suas ações sociais na (re) leitura do gênero textual receita médica.

No entendimento do valor social desse objeto de estudo, a pesquisa desenvolveu-se a partir dos seguintes problemas:

a) Como se dá a compreensão na atividade comunicativa entre médico e paciente, a partir do modo como esses sujeitos representam o evento de letramento consulta médica?

b) Quais as formas ou estratégias de retextualização que os pacientes utilizam para a compreensão da receita médica?

Consideram-se ainda, duas hipóteses:

(i) o distanciamento físico, linguístico, cultural e a dificuldade em ouvir (o espaço da voz) podem ser fatores de interferência na compreensão, embora isso não venha significar que o paciente não tenha o seu espaço de participação;

(ii) as práticas sociais e os distintos níveis de letramento desses sujeitos, bem como o fator escolarização e/ou sua ausência, podem ocasionar possíveis impactos para compreensão.

Diante dessa problemática, considera-se que a discussão deste tema em âmbito acadêmico-científico reveste-se da maior importância para o avanço dos estudos linguísticos, uma vez que se investiga a comunicação entre médico e paciente, a partir de olhares específicos da área da Linguística, sob uma perspectiva de linguagem sociointeracionista e dialógica, aliada aos estudos do letramento enquanto prática social, na qual o indivíduo participa e constrói significados a partir de suas interações com o mundo da escrita.

Para a elucidação teórica dos propósitos deste trabalho, interessam particularmente, os princípios bakhtinianos sobre linguagem em uma perspectiva dialógica (2009[1929] / 2011[1979] / 1981a / 2014[1975] / 2013[1929] / 1993[1929] / 1981b[1926]), conjugados a leituras de diferentes autores, de linhas teóricas conciliáveis, como Koch (2011/2012/2014/2015) e Rojo (2010). Para tratar de práticas sociais e contextos, eventos e práticas de letramento, recorre-se a Street (1984/1993/1994/1995/2001/2003/2006/2012/2014), Barton; Hamilton (1998/2000), Cook-Gumperz (1991), Kleiman (1995/1998), Lopes (2006), Marcuschi (2001/2010a [2001]), Scribner; Cole (1981), Soares (1995/2002/2003/2010), Tfouni (1988/2010); sobre retextualização, em Marcuschi (2010a [2001]) e Dell’Isola (2007); e sobre gêneros do discurso, além de Bakhtin, recorre-se a Adam (1992), Bronckart (2012), Dolz; Schneuwly (2004), Marcuschi (2010b/2011). Todos esses autores, entre outros, são postos em diálogo, respeitando seus limites e divergências argumentativas.

Essa discussão teórica repousa na prática, a partir da realização de uma pesquisa de campo, de abordagem sócio-histórica e caráter qualitativo no tratamento dos dados, realizada em três Unidades Básicas de Saúde (UBSs), na cidade de Nazária (PI), localizada a cerca de 30 km da capital, Teresina (PI). Na coleta de dados, além da observação direta dos fatos, utilizou-se do instrumento entrevista, por meio da formulação de perguntas abertas, em que os sujeitos apresentaram suas respostas, de forma oral e livre, o que permitiu constituir um *corpus* de 48 entrevistas, sendo 3 com médicos Clínicos Gerais e 45 com pacientes; assim como a fotografia das 45 receitas médicas, cedidas pelos pacientes, ao saírem do consultório. Todo o percurso metodológico de construção da pesquisa é apresentado no terceiro capítulo.

Importante frisar que, ao longo do texto, desde esta introdução e no capítulo de metodologia, com o propósito de validar a teoria defendida, serão utilizados trechos das

entrevistas com os sujeitos da pesquisa (médicos e pacientes), o que não se configurará como uma análise dos dados (esta será feita em duas etapas, no capítulo 04), mas como uma argumentação contextualizada, e quando for pertinente à elucidação da proposta. Os sujeitos serão identificados conforme a apresentação do **Quadro 04**, (págs. 91-92) no capítulo metodológico.

Traçados esses pontos, parte-se a seguir para a organização das ideias apresentadas nesta dissertação, que além dessa *'INTRODUÇÃO'*, segue uma estrutura textual distribuída em quatro capítulos, que se entrelaçam conforme a leitura que se propõe a seguir.

No primeiro capítulo: *'PRÁTICAS DE LINGUAGEM E SOCIOINTERAÇÃO'*, apresenta-se a concepção de linguagem que norteia o estudo, tendo por base a noção dialógica das interações, apoiada em Bakhtin, quando defende que todas as interações são construídas pelo entrelaçamento de vozes 'outras' presentes no discurso do enunciador. Essa concepção se alinha às perspectivas dos estudos do letramento, que reconhecem e valorizam as diferentes formas como o sujeito interage no mundo por meio da leitura e da escrita.

O segundo capítulo: *'PRÁTICAS SOCIAIS E CONTEXTOS DE LETRAMENTO'* acolhe essa perspectiva dialógica; e aprofunda a discussão, considerando a natureza das práticas sociais de escrita com as quais os sujeitos se envolvem, construindo-se assim, os letramentos sociais, os quais legitimam sua ação no mundo por meio da linguagem. Dessa forma, as atividades discursivas que acontecem em diferentes contextos de interação, são arquitetadas a partir da manifestação desses letramentos, os quais são múltiplos e heterogêneos, construídos pela força ideológica das relações culturais que o circundam. Neste capítulo, de modo articulado, são definidos os pontos teóricos fundamentais para a análise dos dados da pesquisa, a saber: **a)** o letramento, como prática social, com foco na unidade básica: evento de letramento; e **b)** os processos de retextualização do gênero receita médica.

A despeito da necessidade de explicitar os caminhos pelos quais a pesquisa foi construída, apresenta-se o terceiro capítulo, intitulado: *'METODOLOGIA: PESQUISADOR E TEÓRICOS NOS LABIRINTOS DA PESQUISA'*, no qual se descrevem as particularidades da pesquisa de campo, o que inclui as etapas de planejamento, construção dos instrumentos de coleta de dados, contato com o contexto e os sujeitos da pesquisa, tratamento do *corpus* e recorte dos dados apresentados nas análises.

No capítulo quatro, intitulado: *'ENUNCIANDO MÚLTIPLOS LETRAMENTOS DOS DIÁLOGOS ENTRE MÉDICO E PACIENTE: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS'*, parte-se para a análise dos dados, objetivando principalmente, mostrar como os conceitos teóricos defendidos podem ser mobilizados para essa análise. E a partir disso, construir uma

coerência entre os eixos: teoria e prática, tendo em vista o alcance dos objetivos da pesquisa. Assim, esse capítulo divide-se em duas etapas que se complementam:

a) *ANÁLISE 01: Representações em jogo*: em que se apresentam as (re) leituras ou os modos como médicos e pacientes representam discursivamente, o evento de letramento consulta médica.

b) *ANÁLISE 02: Analisando a compreensão do gênero receita no evento de letramento consulta médica*: na qual se destacam os processos de retextualização da receita médica por parte dos pacientes, identificando as estratégias e/ou mecanismos tanto verbais, como não verbais, que eles utilizam para a compreensão das informações contidas no gênero.

Da articulação entre as filiações teórico-metodológicas, e os resultados da pesquisa de campo, traçam-se algumas *CONSIDERAÇÕES FINAIS*, nas quais se postulam algumas questões centrais observadas ao longo da pesquisa, com destaque especial para as interações dialógicas construídas a partir das práticas de letramentos situadas em contextos específicos, os quais conjugam saberes ideológicos e experiências individuais dos sujeitos da *inter-ação*.

Nos contextos observados, médicos e pacientes desvelam posturas muito específicas e estratégicas no uso da linguagem, o que ficou evidente a partir das diferentes formas como eles buscaram reconstruir o evento de letramento consulta médica – (re) leituras, (re) apresentações e retextualizações, ou seja, a reconfiguração do gênero receita médica.

Com essas considerações, espera-se que os resultados dessa pesquisa possibilitem uma reflexão mais aprofundada sobre o assunto, tanto entre os estudiosos da linguagem, quanto os profissionais da saúde, uma vez que as discussões aqui propostas se lançam diretamente sobre sua ação cotidiana com a linguagem, vivenciada no espaço profissional (consultório médico) na relação com o ‘outro’ (paciente). Importante ressaltar ainda, que as questões aqui tratadas, não buscam nem generalizar e nem esgotar o tema; muito pelo contrário, as observações são feitas a partir de recortes muitos específicos de uso contextual da linguagem. E assim, ciente do não esgotamento da discussão, espera-se que esses resultados possam servir como válvulas instigadoras do pensamento e da reflexão sobre a natureza heterogênea e dialógica da linguagem, manifestada em diferentes contextos e práticas de letramento social.

CAPÍTULO I: PRÁTICAS DE LINGUAGEM E SOCIOINTERAÇÃO

A língua constitui um *processo de evolução ininterrupto*, que se realiza através da *interação verbal social dos locutores*. [...] O diálogo, no sentido estrito do termo, não constitui, é claro, senão uma das formas, é verdade que das mais importantes, da interação verbal. Mas pode-se compreender a palavra “diálogo” num sentido amplo, isto é, não apenas como a comunicação em voz alta, de pessoas colocadas face a face, mas toda comunicação verbal, de qualquer tipo que seja.

(BAKHTIN, 2009 [1929], p. 132; 127) (Grifos do autor)

A escolha da denominação “*práticas de linguagem e sociointeração*” para este primeiro capítulo, parte da abordagem geral de linguagem adotada para o estudo, que a concebe como prática social mediada pelos sujeitos em situações de interação, em processos socioculturais e históricos de organização do discurso, em situações nas quais, por meio do diálogo, intercambiam e reformulam os sentidos da língua; perspectiva que se entrelaça à ideia dos letramentos sociais, na construção de sentidos sobre o mundo. Neste processo, o sujeito assume papéis na negociação de sentidos, que envolve a troca e o diálogo entre os interlocutores, constituindo assim, uma “*forma de interação social*” (KOCH, 2012, p. 128).

Desse modo, o objetivo deste capítulo é trazer uma contextualização sobre a noção de interação, a partir da concepção dialógica de linguagem proposta por Bakhtin, buscando situar o sujeito e a sua socioconstrução na e pela linguagem. Essa fundamentação será importante para a elucidação dos dados, uma vez que os sujeitos da pesquisa (médicos e pacientes) ao trazerem suas representações e percepções sobre o evento de letramento consulta médica, eles estão, na verdade, envolvidos em uma reflexão contínua sobre uma interação muito específica: a consulta médica – na qual eles constroem significação para as coisas por meio do uso dialógico da linguagem.

1.1 O sujeito e a socioconstrução da linguagem

Para evidenciar o lugar do sujeito no processo de construção de si mesmo mediado pela linguagem é preciso, antes, compreender que essa é uma prática interativa estabelecida entre sujeitos pensantes, que, ao comunicarem-se, buscam colaborativamente construir os significados no mundo. Nesta instância, a relação entre linguagem e pensamento é determinante para que este sujeito construa uma concepção de mundo, elaborada

discursivamente pelos fatos sócio-históricos e ideológicos dos quais faz parte; pois “entre a língua e o mundo aparece o “pensamento” como elo intermediário” (ROJO, 2010, p. 35), e desse modo, o sujeito toma consciência de si e do outro, por meio de discursos que se enveredem pelo individual e o social, situando seu lugar social no mundo.

A noção de linguagem empreendida nesse estudo baseia-se, principalmente nas perspectivas teóricas de Bakhtin (2009 [1929] / 2011 [1979]) e Vygotsky (2008 [1934]), os quais concebem a linguagem e o pensamento como elementos centrais para que o homem se construa como sujeito, produzindo significados, crie e recrie o mundo pela linguagem. Conforme essa percepção, os sujeitos enunciadore, a partir de suas interações, produzem e atribuem sentidos que são oriundos da articulação entre a materialidade do discurso e os saberes socialmente produzidos nas experiências culturais de cada um em seus contextos reais de produção de conhecimentos de modo que assim, acontece a socioconstrução da linguagem.

Partindo desse entendimento, a perspectiva de língua que funda esta ideia também parte de Bakhtin (2011 [1979], p. 261) quem defende que usar a língua não é empregar palavras ou orações, e sim estabelecer diálogos, “enunciados”, os quais “refletem as condições específicas e as finalidades de cada referido campo” da atividade humana, situados em contextos concretos e historicamente construídos, e desse modo, “cada campo de utilização da língua elabora seus tipos *relativamente estáveis* de enunciados, os quais denominamos *gêneros do discurso*” (p. 262), os quais apresentam-se por meio de textos, entendido como um ato comunicativo e que para sua construção e compreensão pressupõe uma “reação-resposta ativa responsiva” (2009 [1929]) entre os interlocutores.

Bakhtin (2009 [1929]) propõe uma filosofia da linguagem, na qual o homem é considerado em sua essência, um ser ativo e operante no meio em que se situa. A linguagem neste espaço seria então, a mais próxima e legítima possibilidade de interação entre ele e o mundo, conforme as condições sócio-históricas que o influenciam e sobre a qual, ele também exerce influência. Daí, a emergência do reconhecimento das relações de plurivocalidade dos sujeitos do discurso, a dialética e a alteridade nas relações humanas, legitimando o fato de que a língua é viva e mantém-se assim, pelas interações que se estabelecem discursivamente.

Nas ações com e sobre a linguagem, os interlocutores utilizam-se das múltiplas formas de expressão possibilitadas pela língua, considerando a mobilidade dos significados das palavras e os ajustes, intencionais ou não, que constroem os sentidos do discurso, de modo único e irrepitível, em situações discursivas determinadas, principalmente, pelas circunstâncias sociais e culturais do contexto de produção, de modo que há aí, uma inevitável interação entre sujeito e mundo. Nesse entremeio interlocutivo, as formas de “dizer”, que

singularizam o sujeito na enunciação, organiza-se através da palavra, que “enquanto signo ideológico [...] penetra literalmente em todas as relações entre indivíduos, nas relações de colaboração, nas de base ideológica, nos encontros fortuitos da vida cotidiana, nas relações de caráter político, etc.”, uma vez que elas “são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais, em todos os domínios” (BAKHTIN, 2009 [1929], p. 42).

Sendo assim, as palavras funcionam como fio condutor de encadeamentos discursivos que transplantam a materialidade do código linguístico e imputam no discurso uma carga conceitual, valorativa e ideológica, e por isso, pode-se dizer que elas abrem veredas para o diálogo e a “ativa compreensão responsiva” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 279), uma vez que os interlocutores saem de lugares estanques e direcionam-se a processos de simbolização e apresentação de ideias ou mesmo, representação de situações, como é o caso apresentado neste estudo, no qual os médicos e os pacientes fazem (re) leituras sobre as experiências vivenciadas durante o evento de letramento consulta médica, e ao fazerem isso, eles singularizaram-se nos discursos e constroem pontes de significação entre si, a partir da natureza eminentemente interativa e dialógica da linguagem.

Sobre essa perspectiva de estudos da linguagem, Rojo (2010, p. 40-41) apresenta uma reflexão que se alinha à proposta de estudar representações de interações, conforme se propõe neste estudo. Para a autora, Bakhtin,

[...] desenvolve uma visão do funcionamento da linguagem, onde, dentro de determinada situação sócio-histórica de produção, os interlocutores interagem enunciando discursos constituídos por um ecoar de vozes alheias ou anônimas. Todo discurso é citação, é já dito. E é assim que a língua cristaliza-se historicamente. [...] Assim, **não há “comunicação de representações” dadas, mas (re) reconstrução, a cada discurso, de interpretações de mundo, historicamente situadas**, que são únicas pelo processo interpretante de réplica ativa, mas que estão em permanente diálogo com os muitos já-ditos. (Grifos meus)

Esse propósito reconhecido pela autora firma-se, principalmente pela compreensão de Bakhtin acerca da linguagem como possibilidade de interação e singularização do sujeito no ato enunciativo, em perspectiva dialógica, visto que a interação verbal não se dá em um plano vertical de concepção de linguagem, centrada em um emissor que fala, um receptor que escuta e um código fechado, pronto e acabado; mas que essa ação se dá pela alternância dos sujeitos nos discursos, considerando-se o contexto que o circunda.

Dessa forma, a linguagem representa *lócus* de mediação entre os sujeitos, que realizam ações linguageiras específicas e socio-historicamente construídas, a partir de um plano arquitetônico de seus atos de fala que os situa como os protagonistas dos construtos linguísticos dos quais participam socialmente. A enunciação, nesse contexto, define-se como fundamento teórico-epistemológico, contemplando as situações interacionais de falas entre os sujeitos, de modo que ela se dá no plano de ‘enunciações’, ou seja, no reconhecimento do outro, como elemento necessário para a construção do sujeito, considerando que “[...] eu tomo consciência de mim através dos outros: deles eu recebo as palavras, as formas e a tonalidade para a formação da primeira noção de mim mesmo” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 373), pois “como sujeito, jamais coincido comigo mesmo: eu sou o sujeito do ato de autoconsciência, vou além dos limites do conteúdo desse ato [...]” (p. 100).

Também, é relevante para a compreensão dessa relação entre o sujeito e a socioconstrução da linguagem a perspectiva da abordagem histórico-cultural proposta por Vygotsky (2008 [1934]), e desenvolvida por seus seguidores, principalmente, Bronckart (2012), dos quais, busca-se, em diálogo com Bakhtin, fundamentar a ideia de um sujeito sócio-historicamente construído por meio das relações sociais mediadas pela linguagem.

Vygotsky (2008 [1934]) considera a linguagem como resultado de uma criação viva, que acontece em momentos históricos, determinados, muitas vezes, pelas relações estabelecidas entre os sujeitos da interação comunicativa, os quais elaboram suas operações mentais com a linguagem, por meio da combinação entre diferentes experiências de sua realidade sócio-histórica. Para ele, a relação entre os sujeitos se dá mediante uma arquitetura do pensamento que possibilita a construção de si mesmo e da realidade que o circunda. Por isso, é possível falar em socioconstrução da linguagem.

Dessa maneira, Vygotsky (2008 [1934]) desenvolve a teoria sociointeracionista ou sócio-histórica; ou sócio-cultural, como também é chamada, uma vez que aproxima no âmbito teórico-conceitual aquilo que o sujeito vivencia em suas práticas sociais, durante todo o seu processo de desenvolvimento, tendo em visto que ele não é apenas ativo, mas interativo, uma vez que forma conhecimentos e se constitui a partir de relações intra e interpessoais, estabilizadas através de trocas com outros sujeitos e consigo mesmo, e durante esse processo, vai internalizando conhecimentos, papéis e funções sociais, os quais possibilitam a formação de conhecimentos e da própria consciência individual e social.

Nessa linha de pensamento, as relações de ordem cultural e social as quais os sujeitos participam, possibilitam que eles se construam, mutuamente, por meio da relação entre o pensamento e a linguagem, estabelecendo rede de interações diversas, que apresentam,

produzem e atribuem sentidos às suas experiências de vida, articulando tanto, as estruturas de circulação social coletivas, como os saberes advindos das experiências culturais individuais. Tem-se, assim, o enfoque em um sujeito sociocultural, situado em contextos específicos, nos quais ele se coloca como figura ativa em seu processo de desenvolvimento, ultrapassando a noção individual e isolada de agir com e sobre o mundo, e assume o papel de construtor e reconstrutor de conhecimentos sobre si e sobre os outros, a partir da troca de palavras e da articulação entre vozes múltiplas no discurso, que legitimam as relações de interação mediadas pelo pensamento e pela linguagem.

No caso apresentado nesta pesquisa, esse processo de ‘reconstrutor de conhecimentos sobre si e sobre os outros’ se dá na medida em que os médicos e os pacientes refletem sobre uma situação vivenciada e representam, por meio de suas memórias, aquilo que consideram como relevante para construir um retrato da interação estabelecida durante a consulta.

Ao considerar essa relação entre pensamento e linguagem, Vygotsky (2001 [1934], p. 412) diz que esta “não é um simples reflexo especular da estrutura do pensamento” uma vez que “o pensamento não se exprime na palavra, mas nela se realiza” (p. 409), posto que “a palavra consciente é o microcosmo da consciência humana” (p. 486), e assim ela constitui-se como elemento que media e formaliza a evidente relação entre pensamento e linguagem, pois:

O significado das palavras é um fenômeno de pensamento apenas na medida em que o pensamento ganha corpo por meio da fala, e só é um fenômeno da fala na medida em que esta é ligada ao pensamento, sendo iluminada por ele. É um fenômeno do pensamento verbal, ou da fala significativa – uma união da palavra e do pensamento. [Assim] O significado de uma palavra representa um amálgama tão estreito do pensamento e da linguagem, que fica difícil dizer quando se trata de um fenômeno da fala ou de um fenômeno do pensamento. Uma palavra sem significado é um som vazio; o significado, portanto, é um critério da “palavra”, seu componente indispensável. (VYGOTSKY, 2008 [1934], p. 151-150)

A reflexão proposta pelos teóricos possibilita que se pense, portanto a questão do sujeito e socioconstrução da linguagem, a partir de sua dimensão histórico-cultural, uma vez que ele constitui essa cultura e é ao mesmo tempo constituído por ela, a partir de processo de maturação e desenvolvimento que estão para além da dimensão biológica e orgânica, insere-se no campo da interação social, sendo nesta dimensão onde se constituem as relações de subjetividade e interacionistas, as quais possibilitam pensar a construção do sujeito por meio da linguagem e da organização discursiva das relações com o outro no mundo.

Seguindo essa mesma linha de raciocínio, Bronckart (2012), seguidor de Vygotsky, ao tratar dos processos de organização do discurso, nos quais se considera o sujeito como partícipe do ato de linguagem, remete ao interacionismo sociodiscursivo (ISD), o qual sugere que as relações de cooperação entre os indivíduos na atividade de linguagem se dão de forma regulada e mediada pelas interações sociais, e, principalmente, verbais, e pelas atividades que Habermas (1987 *apud* BRONCKART, 2012), associou ao “agir comunicativo”. Esse “agir comunicativo” constitui “a atividade de linguagem em funcionamento nos grupos humanos” (2012, p. 30). É desenvolvido por meio de um engajamento do sujeito nas formas do discurso e nas práticas sociais, orientado por “um modo de confrontação entre os elementos do mundo vivido que direcionam, primariamente, esse engajamento e os sistemas de conhecimentos formais, a partir dos quais se desenvolvem as avaliações sociais (as contestações e as justificativas) desse agir” (BRONCKART, 2008, p. 28). Para o autor “seria na cooperação ativa que se estabilizariam as relações designativas, como *formas comuns* de correspondência entre representações sonoras e representações sobre quaisquer aspectos do meio, isto é, como **signos**, na acepção saussureana [...]” (BRONCKART, 2012, p. 33) (grifos do autor).

Desse modo, ao propor uma discussão que envolve o sujeito com e na linguagem, Bronckart (2012), aproximando-se das leituras de Bakhtin e Vygotsky, principalmente; defende sua concepção dentro dos estudos da linguagem considerando que sua

[...] posição epistemológica é interacionista, no sentido de que rejeita qualquer determinismo exclusivo das capacidades próprias do agente (tese que - de *facto* – é defendida pela posição cognitivista), ao mesmo tempo que recusa qualquer determinismo exclusivo dos pré-constitutos sociodiscursivos [*langagières*] (tese que aflora principalmente em alguns textos de Bakhtin). (BRONCKART, 2012, p. 338) (Grifos do autor)

Nossa própria abordagem, que classificamos de interacionismo sociodiscursivo [...], inscreve-se no esquema vygotskyano evocado anteriormente, integrando, porém, ao esquema, ao mesmo tempo, de maneira mais determinada e técnica, o papel e as propriedades da atividade da linguagem. (BRONCKART, 2006, p. 104)

Assim, Bronckart (2006/2012) em sua abordagem, dá continuidade aos princípios vygotskyanos, porém amplia a discussão, na medida em que concebe a linguagem como um instrumento fundador dos processos biológicos superiores, como a percepção, a cognição, as emoções e os sentimentos; uma vez que considera a linguagem, as condutas ativas e o pensamento consciente, como parte da gênese da constituição da consciência humana. Por isso, as práticas de linguagem estão no centro da organização do desenvolvimento humano.

A projeção teórica apresentada pelo autor evidencia os necessários diálogos acerca do fenômeno da linguagem em sua dimensão mais ampla; e principalmente, em espaços localizados de interação discursiva, como se propõe neste estudo, no qual se tem diferentes sujeitos (médicos e pacientes) apresentando visões ou representações sobre uma mesma situação de interação (o evento de letramento consulta médica).

Esse recorte situa-se dentro de uma perspectiva dialógica de linguagem e das concepções de letramento social desses sujeitos. Essa questão é tratada por Bakhtin (2009 [1929], p. 126), quando diz que a enunciação é fruto da interação social, “quer se trate de um ato de fala determinado pela situação imediata ou pelo contexto mais amplo que constitui o conjunto das condições de vida de uma determinada comunidade linguística”.

Dessa relação entre o contexto social e a enunciação individual, constitui-se a dimensão das práticas sociais nas quais os sujeitos estão envolvidos e os mecanismos de emprego da linguagem em suas formas específicas de ‘dizer’, por meio de diálogos responsivos, que evidenciam a marcas desse sujeito no discurso, e também, a significação da língua posta em ação, através das realizações argumentativas específicas do ato enunciativo.

Esse caráter interacionista, designativo e estratégico da linguagem permite que ao enunciarem, os sujeitos organizem formas específicas de dizer, de acordo com as funções específicas de cada esfera da comunicação. Essas formas – “os gêneros, como *formas comunicativas*” (BRONCKART, 2012, p. 15), se tornam semanticamente significativos à medida que as possibilidades de uso da língua são extrapoladas, reinventadas e transformadas no ato de linguagem, pois

A atividade de linguagem é, ao mesmo tempo, o lugar e o meio das interações sociais constitutivas de qualquer conhecimento humano; é nessa prática que se elaboram os mundos discursivos que organizam e semiotizam as representações sociais do mundo; é na intertextualidade resultante dessa prática que se conservam e se reproduzem os conhecimentos coletivos e é na confrontação com essa intertextualidade sócio-histórica que se elaboram, por apropriação e interiorização, as representações de que dispõe todo agente humano, representações *in fine* individuais, no sentido de que se organizam em função das características específicas do percurso experiencial de cada agente, erigindo-o, desse modo, em uma pessoa irredutivelmente singular. (BRONCKART, 2012, p. 338-339) (Grifos do autor)

Desse modo, a socioconstrução da linguagem é, ao mesmo tempo, um processo no qual o sujeito envereda-se por caminhos de descoberta de si mesmo, dispondo para isso, do outro;

mas não como um espelho no qual buscará uma ‘imagem e semelhança’¹², mas reconhece no outro um parceiro possível de equilíbrio na ação enunciativa, por meio da alteridade que possibilita o ecoar de múltiplas vozes no discurso; e com isso, elabora enunciados repletos de intenções e de encadeamentos ideológicos na cadeia discursiva.

Essa concepção vai justamente ao encontro dos propósitos deste estudo, o qual concebe práticas de letramento social de sujeitos que se constroem na interação e colaboração entre o ‘eu’ e o ‘outro’, por meio de práticas de linguagem e de entendimento sociológico prático, que independem do saber escolar e do domínio do código alfabético formal (a alfabetização) para compreender os sentidos nos contextos concretos no qual se inserem e constroem significado a partir da relação com o mundo escrito.

Sobre essa intrincada relação entre o ‘eu’ e o ‘outro’, Bakhtin (2011 [1979], p. 342) menciona que “eu não posso passar sem o outro, não posso me tornar eu mesmo sem o outro; eu devo encontrar a mim mesmo no outro; encontrar o outro em mim (no reflexo recíproco, na percepção recíproca)”. Porém, esse ‘reflexo’ como aludido anteriormente, não é o buscar-se assemelhar-se esteticamente com alguém ou construir uma aparência possível, mas construir, por meio do diálogo, relações de equilíbrio, de autoconhecimento e conhecimento compartilhado e o aprender a conviver, por meio do envolvimento em práticas de linguagem, que tornem esse homem, o sujeito de sua própria ação no mundo. Nesse processo, o diálogo é fundamental, constituindo o centro das interações humanas, de tal modo, que Bakhtin (2013 [1929], p. 292) o considera “não como meio, mas como fim”, de modo que “não é o limiar da ação, mas a própria ação”; e por conta disso, “o homem não apenas se revela exteriormente como se torna, pela primeira vez, aquilo que é, [...] não só para os outros, mas também para si mesmo”. Assim, sua ação no mundo é eminentemente marcada pelo diálogo; e nesta medida, “ser significa comunicar-se pelo diálogo. Quando termina o diálogo, tudo termina. Daí o diálogo, em essência, não poder nem dever terminar” (p. 293).

A interação vivenciada durante o evento de letramento consulta médica, conforme é representada pelos sujeitos se realiza, portanto, pelo dialogo, como edificação da língua, que pelo uso da fala, possibilita ao homem ‘ser’ sujeito no mundo, através da realização de ações com a linguagem. E assim, o homem é o construtor de si mesmo, um agente de

¹² O termo faz uma intertextualidade com uma passagem bíblica, sobre a origem do mundo, da humanidade e a criação em que diz: “Deus disse: “Façamos o homem à nossa imagem, como nossa semelhança. Que ele domine os peixes do mar, as aves do céu, os animais domésticos, todas as feras e todos os répteis que rastejam sobre a terra”” (GÊNESIS 1,26).

autotransformação, capaz de organizar seu espaço social no mundo por meio da apreensão de sentidos, pela qual constrói sua identidade de sujeito de ação, e por meio da interação, de maneira a individualizar-se sociodiscursivamente, através das possibilidades de dinamismo e mudança de *status* social, possibilitadas pela ação dialógica com a linguagem.

Dessa forma, a discussão sobre sujeito e linguagem (BAKHTIN, 2009 [1929]) correlacionadas ao sociointeracionismo ou interacionismo social de Vygotsky (2008 [1934]), aprofundado por Bronckart (2008/2012) ao ampliar a discussão, tratando do interacionismo sociodiscursivo (ISD), permite um entendimento da linguagem como meio de entrelaçar e de construir sentidos entre o mundo e o homem. Ainda, permite entender que ao apropriar-se da língua de forma individual (locutor) e agir discursivamente com a ela, o sujeito opera mecanismos cognitivos de escolhas e propósitos comunicativos, os quais atualizam o sistema linguístico, nas diversas práticas de linguagem que interage, e a partir dessa leitura, pode-se considerar, conforme as palavras de Rojo (2010, p. 41) que

Tanto para Vygotsky quanto para Bakhtin, o pensamento propriamente humano (o pensamento verbal/discurso interno) não pode ser visto como representação do mundo, mas como linguagem ou discurso interno, réplica ativa, dialogismo apropriado e, logo, interpretação. Por outro lado, não há propriamente “comunicação” de mensagens que expressam representações, mas o pensamento se realiza (tem existência) na e pela linguagem (interior ou externalizada) e o que há é um eterno diálogo do humano com outro humano ou consigo mesmo.

Estes teóricos operam, portanto, com uma concepção interacionista de linguagem, na qual há marcada a presença da interação, da mediação simbólica entre o ‘eu’ e ‘outro’, do diálogo como mecanismos de construção do sujeito. E é partindo desse entendimento que se discute especificamente, a seguir, uma visão dialógica das interações, com base nas contribuições dos estudos bakhtinianos, buscando situar como se dá o fenômeno da interação verbal e o reconhecimento do outro no discurso, tendo um ‘eu’ e o ‘tu’ que se reconhecem na enunciação, a partir do jogo de palavras que são postas em ação no ato enunciativo.

1.2 Uma visão dialógica das interações: contribuições dos estudos bakhtinianos

Todo o discurso que permeia a obra de Bakhtin apresenta caminhos e possibilidades para um estudo da linguagem como atividade sociointeracional, a qual se insere na dinâmica

social dos discursos que interligam sujeito e mundo. Esta perspectiva é cara a esse estudo, posto que o objeto de investigação é a compreensão oriunda da relação médico e paciente, sujeitos que interagem durante o evento de letramento consulta médica, cuja representação é aqui observada. Ressalva-se, pois, que são vistos os modos como eles reapresentam uma determinada interação (entre médicos e pacientes durante o evento de letramento consulta médica), e por conta disso, é preciso situar aquilo que se entende por essa interação, conforme a visão dialógica entre o ‘eu’ e o ‘outro’, proposta por Bakhtin.

Para o teórico essa relação dialógica mundo-discursivo é construída a partir de uma ocupação social de espaços de interação, tanto no plano da textualidade como da discursividade, na qual os sentidos são construídos, criados e recriados pelas diferentes capacidades e maneiras de ver e ‘dizer’ o mundo por cada sujeito enunciador, constituindo assim, pela relação do ‘eu’ e do ‘outro’ o fenômeno da alteridade, que segundo Bakhtin (1992, p. 35-36) *apud* Barros (2005, p. 28) “define o ser humano, pois o outro é indispensável para sua concepção: é impossível pensar no homem fora das relações que o ligam ao outro”.

É na, e pela linguagem, que o homem vai se construindo, ao tempo que constrói o mundo a sua volta, assumindo assim, uma condição de ‘ser’ ao comunicar-se com o ‘outro’. Essa interação verbal se dá por meio da elaboração de atividades mentais que constituem o discurso interior, as quais dependem de uma articulação entre o sujeito e o contexto social que o circula, os discursos do ‘outro’, constituindo assim, a dinâmica da interação verbal.

Nessa perspectiva, a linguagem como forma de interação é repleta de intenções de dizer; ao enunciar, o sujeito imprime em seu discurso suas experiências linguísticas, sociais, contextuais, culturais e cognitivas delineadas por meio de marcas linguísticas. Nessa ação, ele estabelece a interação com o outro, vivenciando um acordo no qual a atividade de linguagem é o elemento oficializador dos propósitos da comunicação.

Esses propósitos e os modos como os interlocutores organizam seus discursos parte das condições individuais e dos contextos socioculturais de cada sujeito, que ao utilizarem-se da palavra, imprimem seus papéis sociais no mundo, reconhecendo-se e valorizando a vertente ideológica dos usos da escrita, os quais constituem os letramentos sociais (STREET, 1995/2014), expressos pelos diferentes modos como médicos e pacientes representam a interação vivenciada durante o evento de letramento consulta médica. Ao fazerem isso eles utilizam-se da ‘palavra’ como forma de estruturar esse dizer situa o homem como um arquiteto da enunciação. Essa palavra possibilita sua inscrição e individualização no discurso, está repleta de sentidos, significados e negociações argumentativas no ato comunicativo.

A cada palavra da enunciação que estamos em processo de compreender, fazemos corresponder uma série de palavras nossas, formando uma réplica. Quanto mais numerosas e substanciais forem, mais profunda e real é a nossa compreensão. [...] A compreensão é uma forma de *diálogo*; ela está para a enunciação assim como uma réplica está para a outra no diálogo. Compreender é opor a palavra do locutor uma *contrapalavra*. (BAKHTIN, 2009 [1929], p. 137) (Grifos do autor)

Desse modo, a compreensão, conforme discutida nesse estudo pressupõe uma identificação e construção de significados da enunciação, que se dá a partir “de uma situação histórica concreta que deu origem” (BAKHTIN, 2009 [1929], p. 133) na qual se encontram os interlocutores no ato comunicativo (médicos e pacientes), que organizam seus modos de dizer, redizer ou (re) apresentar o mundo, a partir das circunstâncias sociais e culturais, dos contextos, das práticas socioculturais e dos eventos de letramento que os circunda.

As formas como os discursos e os contextos desses sujeitos se entrelaçam e se coadunam convergem para que se compreenda as relações dialógicas e de sentido entre os sujeitos, a linguagem e o mundo, uma vez que “a orientação dialógica é naturalmente um fenômeno próprio a todo o discurso. [...] Em todos os seus caminhos até o objeto, em todas as direções, o discurso se encontra com o discurso de outrem e não pode deixar de participar, com ele, de uma interação viva e tensa” (BAKHTIN, 2014 [1975], p. 88).

Nessa perspectiva dialógica das interações, Bakhtin (2009 [1929], p. 117) aponta que no espaço da voz, entre o locutor e o interlocutor, há um diálogo e uma alternância de sujeitos; e assim, a palavra funciona como uma ponte que intercambia os sentidos na interação discursiva, sendo “determinada tanto pelo fato de que precede de alguém, como pelo fato de que se dirige *para* alguém. Ela constitui justamente o produto da interação do locutor e do ouvinte”. Esse locutor, ao enunciar, tem sempre um discurso que o antecede¹³, que o motiva a dirigir-se a um interlocutor. Este, por sua vez, em atitude de “ativa compreensão responsiva”

¹³ Bakhtin justifica este entendimento quando diz que: “O objeto do discurso do falante, seja esse objeto qual for, não se torna pela primeira vez objeto de discurso em um dado enunciado, e um dado falante não é o primeiro a falar dele. O objeto, por assim dizer, já está ressaltado, contestado, elucidado e avaliado de diferentes modos; nele se cruzam, convergem e divergem diferentes pontos de vista, visões do mundo, correntes. O falante não é o Adão bíblico, só relacionado com objetos virgens ainda não nomeados, aos quais dá nome pela primeira vez”. (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 299-300).

Em alusão bíblica, o teórico diz então, que o discurso primeiro seria o de Adão, no Paraíso. Ressalva que recorre a este exemplo, pois “as concepções simplificadas sobre comunicação como fundamento lógico-psicológico da oração nos lembram obrigatoriamente esse Adão bíblico” (BAKHTIN, 2011, p. 300). Essa ideia de que a linguagem é dialógica e que todo discurso é vivo, orientado por uma resposta é tão marcada em sua teoria, que ele reforça: “Apenas o Adão mítico que chegou com a primeira palavra num mundo virgem, ainda não desacreditado, somente este Adão podia realmente evitar por exemplo esta mútua-orientação dialógica do discurso alheio para o objeto” (BAKHTIN, 2014 [1975], p. 88).

(BAKHTIN, 2011 [1979], p. 279), responde ao primeiro, e assim, acontece a interação verbal entre os parceiros do ato comunicativo. Nesta dimensão, o teórico considera que:

O mais alto princípio arquitetônico do mundo real do ato realizado ou ação é a contraposição concreta e arquitetonicamente válida ou operativa entre *eu* e o *outro*. A vida conhece dois centros de valor que são fundamental e essencialmente diferentes, embora correlacionados um com o outro: eu e o outro; e é em torno desses centros que todos os momentos concretos do Ser se distribuem e se arranjam. Um único e o mesmo objeto (idêntico em seu conteúdo) é um momento do Ser que se apresenta diferentemente do ponto de vista valorativo, quando correlacionado comigo ou quando correlacionado com o outro. E o mundo que é unitário em conteúdo, quando correlacionado comigo ou com outro, está impregnado com um tom emocional-volitivo completamente diferente, é valorativamente operativo ou válido de uma maneira diferente no sentido mais vital, essencial. Isso não quebra a unidade de significado do mundo, mas antes o eleva ao nível de um evento único. (BAKHTIN, 1993 [1919-1921], p. 91-92) (Grifos do autor)

Considera-se ainda, a partir de Bakhtin (2009 [1929] / 2011 [1979] / 1993 [1919-1921]), que os enunciados particulares de cada sujeito enunciadador fazem parte de um discurso maior, oriundo da esfera social na qual eles estão inseridos. Em suas profundas reflexões sobre a filosofia da linguagem, considerando as relações entre linguagem, sociedade e a natureza social da enunciação, ele “valoriza justamente a fala, a enunciação, e afirma sua natureza social, não individual: a fala está indissolúvelmente ligada às condições da comunicação, que, por sua vez, estão sempre ligadas às estruturas sociais”, diz Yaguello (2009, p. 14), no prefácio de *Marxismo e Filosofia da Linguagem*.

Inferre-se, a partir dessa reflexão que o processo comunicativo perpassa pela ocupação de espaços compartilhados no discurso. Estes espaços são construídos a partir da fala de cada sujeito, que entrelaçam suas vozes por meio de palavras, que representam “verdades ou mentiras, boas ou más, importantes ou triviais, agradáveis ou desagradáveis,” como diz Bakhtin (2009 [1929], p. 98-99); mas, para além disso, pois cada uma dessas palavras é repleta de um conteúdo ou de um sentido ideológico ou vivencial, ao qual tem um poder de despertar nos interlocutores “ressonâncias ideológicas ou concernentes à vida” (2009 [1929], p. 99). Ou seja, estas palavras carregam, muitas vezes, sentidos de mundo.

As interações constituem, assim, uma força abstrata que se presentifica na atividade de linguagem, fazendo-se marcar pela ação compartilhada de vozes dos sujeitos. Há entre os falantes, uma forma de acordo que medeia, no curso natural de suas falas, a alternância das vozes. O locutor, por exemplo, não diz ao interlocutor, até onde vai sua fala; mas essa ação

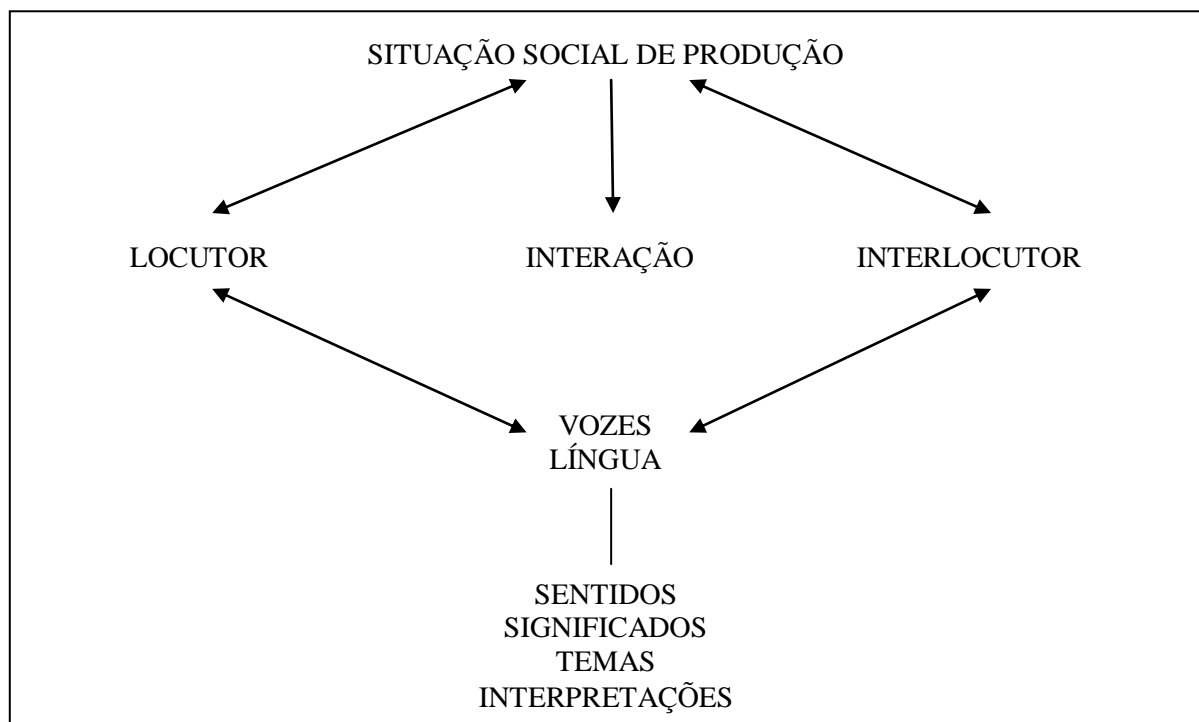
acontece de forma espontânea e responsiva, posto que uma palavra, ou até mesmo o silêncio, chama outra palavra, ou outro silêncio; e assim, constroem os sentidos durante a interação.

Essa construção de sentidos nos processos de interação entre os sujeitos do discurso é oriunda, em grande parte, da bagagem cultural e vivencial de cada locutor, dos seus letramentos sociais, que no ato enunciativo, expressam verbalmente, construindo assim, uma interação com o outro. E desse modo, para Rojo (2010, p. 23):

O sujeito se constitui como desdobramento do O/outro e essa é a gênese social do indivíduo, da consciência e do inconsciente. Sou capaz de me perceber conscientemente porque tenho uma imagem interna do outro e de suas atividades e com ela me ponho em diálogo, em réplica. Isso se dá por meio de processos internos de retomada e réplica da (inter) ação sobre objetos sociais.

Em leitura bakhtiniana, a autora propõe o seguinte quadro, no qual apresenta o dialogismo nas interações sociais mediadas pela linguagem, e do qual se busca o fundamento para discutir a interação estabelecida entre médico e paciente apresentada neste estudo.

Figura 1: Língua e linguagem no dialogismo bakhtiniano



FONTE: ROJO (2010, p. 41)

Tem-se nessa figura (Figura 1), a partir da leitura de Rojo (2010) uma referência da forma como essas relações entre os interlocutores se dão no âmbito da estrutura social de interação pela linguagem, de modo que retrata especificamente a visão dialógica das interações, conforme a abordagem bakhtiniana, a qual tem grande relevância para a elucidação dos dados dessa pesquisa, pois através das formas como os sujeitos médico e paciente representam o evento de letramento consulta médica, percebe-se que há, entre eles, uma atitude responsiva no processo comunicativo, o qual se realiza por meio do diálogo e da alternância de ecos de outros enunciados, no movimento retórico da comunicação.

A atitude de cada um desses sujeitos será sempre em resposta a do outro, de modo, que nessa relação dialogal, eles constroem-se na enunciação. Desse modo, essa discussão se complementa a seguir, quando se aponta para a perspectiva socio-histórica (interativo-discursiva) da linguagem, considerando-se, principalmente, os aspectos de argumentatividade, inerentes ao ato comunicativo.

1.3 A perspectiva socio-histórica (interativo-discursiva) da linguagem

A linguagem é parte constituinte e, ao mesmo tempo, construidora do sujeito social, histórico e cultural em seu processo de construção de significados. As infinitas possibilidades dessa construção por meio das práticas interativo-discursivas de linguagem se dão a partir de uma noção de homem que “aplica-se totalmente na palavra, e essa palavra entra no tecido dialógico da vida humana, no simpósio universal” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 348). Este homem é um ser que nunca se fecha, é incompleto, inconcluso; considerando-se a natureza infinita, inconclusa do diálogo, que segundo Bakhtin (2009 [1929], p. 127), “no sentido estrito do termo, não constitui, é claro, senão uma das formas, é verdade que das mais importantes da interação verbal”. É justamente essa natureza dialógica e interativa da linguagem, que possibilita ao homem estar sempre (des) construindo e reconstruindo sentidos sobre o mundo, por meio de palavras compartilhadas do seu dizer e do dizer do outro; que, juntas, instauram-se nos processos sócio-históricos de construção do sujeito.

É um desses processos de ‘reconstrução de sentidos sobre um mundo’ que é identificado nessa pesquisa, quando durante a coleta de dados, nas entrevistas, os médicos e os pacientes, organizam seus discursos, de modo estratégico para representar ou recriar, por meio da linguagem as experiências vivenciadas durante o evento de letramento consulta

médica. Neste sentido, Rojo (2010, p. 93), pactuando do pensamento bakhtiniano acerca da perspectiva socio-histórica das interações e das atividades de linguagem, aponta que:

[...] investigar o ponto de interseção entre o individual e o social é refletir sobre como as formas de ação e interação social humanas (atividades de linguagem ou discursos) são capazes de multiplicar e reproduzir temas e formas discursivas que refratam e refletem formas possíveis em situações sócio-históricas dadas; em momentos sócio-político-ideológicos determinados.

As práticas discursivas constituem-se como formas de ação e participação no mundo, e ao tratar da perspectiva socio-histórica (interativo-discursiva) da linguagem, considera-se esta como uma atividade realizável pela efetiva interação entre os sujeitos enunciadoreis. Para Bakhtin (1993 [1929], p. 227), a linguagem é “o produto da atividade humana coletiva e reflete em todos os seus elementos tanto a organização econômica como a organização sócio-política da sociedade que o tem gerado”. E, portanto, as práticas de linguagem caracterizam-se pelas especificidades das relações entre os sujeitos, que considerando o tempo e os espaços em que enunciam, nomeiam, de diferentes modos, os objetos do discurso com os quais se relacionam, ou se relacionaram, conforme são analisadas as representações neste estudo.

Para o teórico, “os indivíduos não recebem a língua pronta para ser usada; eles penetram na corrente da comunicação verbal” (BAKHTIN, 2009 [1929], p. 111), e assim, a cada prática de interação – única e irrepitível -, os sujeitos produzem significados diversos sobre o mundo, utilizando-se da língua, de modo, a constituí-la e transpor os limites do código e situá-la na esfera da vida humana, pois “a vida é dialógica por natureza. Viver significa participar de um diálogo. Nesse diálogo, o homem participa inteiro e com toda a sua vida” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 348), e construí-lo e constituir-se nele.

O discurso é como o “cenário” de um certo acontecimento. A compreensão viva do sentido global da palavra deve reproduzir esse acontecimento que é a relação recíproca dos locutores, ela deve “encená-la”, se se pode dizer; aquele que decifra o sentido assume o papel de ouvinte; e, para sustentá-lo, deve igualmente compreender a posição dos outros participantes. (BAKHTIN, 1981b [1926], p. 199)

Não se trata somente de decifrar os sentidos, conforme trata Bakhtin (1981b [1926]), mas construí-los a partir da interação, como se esta fosse uma refacção de elementos de

ordem cognitiva e social, que se constitui pelos laços estabelecidos entre os sujeitos da ação comunicativa. Esse sujeito, que se constrói por meio do discurso é, portanto, uma ‘parte’ que vai sendo formado a partir da relação que estabelece com as ‘partes’, ou seja, os ‘outros’, que constituem também, elementos individuais, porém, situados em uma esfera social mais ampla, que lhes possibilita realizar ações de forma dialógica e responsiva.

Para o autor, “a maneira individual pela qual o homem constrói seu discurso é determinada consideravelmente pela sua capacidade inata de sentir a palavra do outro e os meios de reagir diante dela” (BAKHTIN, 2013 [1929], p. 225). Essas relações no mundo, possibilitadas pela linguagem, representam uma forma de situar os entremeios entre os fluxos da ação humana entre o contexto social por meio de enunciados, uma vez que

O enunciado nunca é apenas um reflexo, uma expressão de algo já existente fora dele, dado e acabado. Ele sempre cria algo que não existia antes dele, absolutamente novo e singular, e que ainda por cima tem relação com o valor (com a verdade, com a bondade, com a beleza, etc.). Contudo, alguma coisa criada é sempre criada a partir de algo dado (a linguagem, o fenômeno observado da realidade, um sentimento vivenciado, o próprio sujeito falante, o acabado em sua visão de mundo, etc.). Todo o dado se transforma em criado (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 326).

Ou seja, os enunciados não são dados prontos e acabados, mas são manifestações individuais da comunicação verbal, e variam conforme os espaços e contextos em que são produzidos pelos sujeitos em diálogo, constituindo assim, o princípio do dialogismo na linguagem, que permeia toda a obra de Bakhtin, possibilitando uma discussão sobre linguagem, alicerçada principalmente na compreensão de sua natureza socio-histórica e interativo-discursiva, em que as relações entre os sujeitos são fiadas e endereçadas por palavras, que pronunciadas por meio de movimentos de alternância de vozes, constituem e tornam possível, a ação humana na e sobre a linguagem.

A linguagem, além de possibilitar a interação, é ela mesma, geradora de interações, ou seja, na proporção que o sujeito fala e escuta, ele opera mecanismos de representação do mundo (do evento de letramento consulta médica, neste caso) que lhe permite apresentar este mesmo mundo, a partir daquilo que lhe é conveniente e acessível, tanto por meio das palavras, ou mesmo pelo silêncio que muitas vezes se apresenta como réplica ao discurso do outro no processo comunicativo. Com isso, Bakhtin (2013 [1929], p. 47), defende que: “as relações dialógicas – fenômeno bem mais amplo do que as relações entre as réplicas do diálogo expresso composicionalmente – são um fenômeno quase universal”, e por conta de sua

dimensão, “penetra toda a linguagem humana e todas as relações e manifestações da vida humana, em suma, tudo o que tem sentido e importância”.

A compreensão que decorre destas relações constitui aquilo que é objeto de análise neste estudo, uma vez que se investiga a compreensão da interação entre médico e pacientes, a partir do modo como eles representam o evento de letramento consulta médica, considerando-se a questão do letramento social como referencial para melhor compreender a forma como estes sujeitos expõem seus discursos. Assim, têm-se diferentes manifestações e modos de dizer de um mesmo fato, dependendo do nível de instrução, leitura formal, ou modo como os sujeitos, médicos e pacientes, relacionam-se socialmente com o mundo.

E, portanto, não há como pensá-los como sujeitos passivos, inoperantes no uso da linguagem, mas como partícipes desta, que atuam de forma a atualizá-la e ressignificá-la em cada situação que são desafiados a utilizarem-na como forma de acenar para seu lugar social no mundo, configurado por meio de suas práticas de letramento nos eventos de letramento social. Sobre este, discute-se no próximo capítulo, partindo dessa concepção de língua, linguagem e sujeito, explorados neste capítulo, conceitos que subsidiarão o entendimento de como homem e mundo se embrenham mutuamente, por meio dos usos específicos da língua.

CAPÍTULO II: PRÁTICAS SOCIAIS E CONTEXTOS DE LETRAMENTO

O sentido da palavra é totalmente determinado por seu contexto. De fato, há tantas significações possíveis quantos contextos possíveis. No entanto, nem por isso a palavra deixa de ser una. Ela não se desagrega em tantas palavras quantos forem os contextos nos quais ela pode se inserir.

(BAKHTIN, 2009 [1929], p. 109-110)

A discussão sobre letramentos torna-se imprescindível para este estudo, uma vez que ao investigar a interação comunicativa entre o médico e o paciente é preciso considerar os contextos sociais em que seus discursos se constroem, as conexões entre os níveis de letramentos e as práticas sociais nas quais esses sujeitos se envolvem, considerando-se a variedade cultural e social da linguagem e a maneira como eles usam a leitura e a escrita nas práticas cotidianas – modelo ideológico de letramento, independente da interferência da escola – modelo autônomo, que considera o letramento apenas relacionado às práticas de uso da escrita na escola (STREET, 1984/1995).

É pensando a questão sob essa perspectiva, que neste capítulo busca-se situar as práticas sociais e os contextos de letramentos nos quais os sujeitos se envolvem em suas interações, referindo-se, especificamente, ao evento de letramento, aos gêneros discursivos e aos processos de retextualização da linguagem oral e escrita. Para tanto, além de Bakhtin, mantendo a linha teórica; partem-se das incursões teóricas possibilitadas, principalmente, pelas leituras de Street (1984/1995/2003/2012/2014), Marcuschi (2010a [2001] /2010b) e demais autores, que concebem a linguagem como forma de interação social.

2.1 Aspectos sócio-históricos da construção dos processos de leitura e escrita

Desde os tempos mais remotos da humanidade, o homem buscou expressar suas ideias, construir uma identidade e demarcar seus territórios de ocupação social. E isso aconteceu pelas diversas maneiras como traduziu seu pensamento, seja através da representação artística, como a pintura, a gravura, o teatro, a dança etc. e, principalmente através das palavras. Esta, primeiramente, em sua manifestação oral, uma vez que, naquela época, a fala carregava certo poder e significado quando pronunciada; e, mais posteriormente, com o surgimento da escrita, que remete ao final do período neolítico, por volta do ano 3.000 a. C., quando os Sumérios, povos que viviam na Mesopotâmia, criaram alguns pictogramas

organizados em sílabas, com o intuito de representar os sons da fala, chamada de “escrita cuneiforme” (signos cunhados em peças de argila). Estes recursos possibilitaram que, posteriormente, no Oriente Médio, os fenícios criassem o alfabeto fonético simplificado, com 22 letras, que ao longo do tempo foi sendo aperfeiçoado pelos gregos, romanos e latinos (ROJO, 2006).

A civilização criada pelos gregos e romanos foi a primeira na superfície da terra a basear-se na atividade do leitor comum; a primeira dotada de meios de expressão adequados na palavra escrita; a primeira capaz de pôr em circulação de maneira geral a palavra escrita; a primeira, em suma, a tornar-se letrada no sentido pleno do termo e a transmitir-nos o uso das letras (HAVELOCK, 1982, p. 40).

É possível perceber, com essa breve anotação histórica, a importância da escrita para o progresso da civilização; e o modo como ela se constituiu como superior em relação à fala, mesmo sendo posterior a esta. Segundo Marcuschi (2010a [2001], p. 17), “a oralidade tem uma “primazia cronológica” indiscutível sobre a escrita”, embora “os usos da escrita, no entanto, quando arraigados numa dada sociedade, impõem-se com uma violência inusitada e adquirem um valor social até superior à oralidade” (p. 17).

Desse modo, por muitos anos se perpetuaram ideologias dicotômicas e polarizadas sobre a fala e a escrita, atribuindo a esta grande prestígio, uma vez que foi responsável até mesmo por delimitar o período histórico da pré-história e simbolizar a civilização; ao passo que aquela teve o privilégio de ser pioneira na representação linguística, podendo variar, em formas de manifestação e registros de linguagem. O fato é que não lhes foi dado um tratamento analítico sobre os usos nas práticas sociais. Contemplou-se um estudo da língua baseado no código, em exploração e apreensão de regras, marginalizando os eventos sociais em que fala e escrita, principalmente, se manifestam de forma complementar.

Essa discussão perpassa todos os períodos formais dos estudos da linguagem e faz parte, segundo Marcuschi (2010a [2001]), de um período histórico que prevaleceu até meados da década de 1980, quando o estruturalismo saussuriano atribuía à língua, especialmente à escrita, *status* de autonomia, baseado no princípio da imanência, do qual a noção que se tinha de língua estava baseada na análise de um sistema organizado e homogêneo, além de previsível. E, assim, a escrita encontrava supremacia, pois era através dela que o indivíduo se tornava civilizado e adquiria conhecimento.

O autor, em crítica a esse modelo de análise linguística, centrado exclusivamente no código, propõe um estudo da linguagem, considerando seus usos cotidianos, e “isto representa a construção de um novo objeto de análise e uma nova concepção de língua e de texto, agora vistos como um *conjunto de práticas sociais*” (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 15) (Grifos do autor). Um estudo que constitui a perspectiva sociointeracionista, isto é, em que a relação entre fala e escrita centra-se em base dialógica, interativa, negociável, levando em conta a situação contextualizada, o envolvimento dos interlocutores e a dinamicidade no processo comunicativo, conforme o Quadro 01, abaixo, proposto pelo autor:

Quadro 01: Perspectiva sociointeracionista

fala e escrita apresentam
 dialogicidade
 usos estratégicos
 funções interacionais
 envolvimento
 negociação
 situacionalidade
 coerência
 dinamicidade

Fonte: Marcuschi (2010a [2001], p. 33)

Nessa concepção situam-se os estudos do letramento, os quais se voltam para “a influência e penetração da escrita na sociedade” (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 20) em usos específicos e “contextualizado em universos socioculturais” (MARCUSCHI, 2001, p. 32) diversos, contemplando as práticas sociais e os usos da língua. É assim que os estudos sobre o letramento ganham notoriedade, por considerar não só a escrita, mas as diversas situações em que o indivíduo está imerso em seu uso nas mais variadas formas de comunicação.

Nessa perspectiva, Street (1995), trata sobre “práticas de letramento” e não letramento no singular, que está relacionado à alfabetização escolar, de forma regular e institucionalizada, orientada por uma perspectiva autônoma do letramento, centrado no desenvolvimento apenas do código e na manutenção do poder hegemônico. Em contrapartida a isso, o autor refere-se, portanto, a “letramentos sociais”, como práticas indispensáveis no dia a dia, e que se estabelecem também fora do âmbito escolar, organizadas a partir das forças ideológicas e culturais veiculadas por meio da escrita na sociedade.

2.1.1 Do letramento aos Novos Estudos do Letramento

Os processos referenciais de produção e circulação da escrita no meio social articulam-se hoje às múltiplas formas como a leitura e a escrita estão presentes nas práticas sociais nas quais os seres humanos se envolvem e estão imersos. De um modo ou de outro, ler-se o mundo, seja no sentido literal da palavra, que remete ao processo de alfabetização escolar, ou letramento escolar, como já discorrem os atuais estudos, seja no sentido de compreender, interpretar e interagir com este mundo das letras, embora o sujeito não as reconheça formalmente. Tem-se, portanto, a linguagem, oral ou escrita, como um fundamento que possibilita uma organização das estruturas políticas e socio culturais da sociedade.

Para esta discussão, torna-se relevante ressaltar que os estudos sobre letramento no Brasil despontam na década de 1980 e, desde então, as teorias educacionais e linguísticas têm contribuído significativamente na compreensão e reformulação do sentido etimológico e social do termo, considerando-se a emergência de saber lidar, de forma crítica e valorativa, com os espaços em que a compreensão da escrita, em sentido *lato* ou não, torna-se essencial para as relações de compreensão e interlocução criativa e produtiva entre os sujeitos sociais.

Nesta trajetória dos aspectos sócio-históricos da construção da leitura e da escrita, os estudos sobre letramento acompanharam as lógicas das transformações sociais, a tal ponto que hoje se fala em Novos Estudos do Letramento (NLS - *New Literacy Studies*, STREET, 1995/2014), numa tentativa de compreender os aspectos críticos, ideológicos e a dimensão social e histórica da escrita na sociedade; ou também letramentos, no plural, um termo que dentro dessa abordagem dos NLS considera as múltiplas formas de interação entre sujeitos e a escrita nos espaços discursivos, na construção e ressignificação de suas identidades.

Dentro desse contexto, fortalecem-se os atuais estudos sobre letramento(s), tendo em vista os estudos “no campo do *letramento como prática social (LPS)*” (STREET, 1995/2014, p. 191), que se revestem de abordagens qualitativas, praticadas principalmente de *perspectivas etnográficas*¹⁴. Esses estudos ampliam, inclusive, a própria noção semântico-conceitual do termo, uma vez que se discute não sobre o letramento, no singular, escrito com “L” maiúsculo, em uma perspectiva autônoma; mas trata-se de letramentos, considerando-se a natureza diversa e ampla da leitura e da escrita nos processos sociais.

¹⁴ Partindo-se dessa orientação é que embora na metodologia da pesquisa ela não seja definida como um estudo puramente etnográfico, que possui regras muito específicas a serem seguidas e valorizadas durante a coleta de dados, a recomendação é que se diga que ele possui uma ‘*inspiração etnográfica*’. Essa noção baseia-se também em Lopes (2006).

A dimensão axiológica que esse fenômeno tem assumido nas diversas esferas da sociedade tem chamado a atenção dos estudiosos das áreas de linguagem e educação, visto sua complexidade, que se consubstancia pela participação do sujeito no mundo, por meio de relações que estabelece com a escrita, seja lendo os textos, de forma mecânica (alfabética), ou atuando em contextos de escrita (sujeitos que não sabem ler, mas que respondem com eficácia as demandas sociais da leitura e da escrita em suas práticas cotidianas).

A escola, como agência de letramento, de caráter formal e canônico, tem, ao longo do tempo, proposto uma supervalorização das formas padronizadas de leitura e escrita; que, muitas vezes, não tem alcançado a dimensão social e a amplitude de circulação dessas práticas nas várias esferas da sociedade, nas quais as pessoas, independentemente do domínio do código formal literário, produzem e ressignificam os sentidos das coisas a partir da interação com o mundo letrado, ou seja, esses fenômenos se manifestam de diferentes formas, para além da formalidade do código alfabético, ensinado na escola. Por isso, referir-se a letramentos, considerando-se as múltiplas formas que o sujeito se envolve com os usos cotidianos da escrita. Esse *contínnum* de práticas de letramento envolve, segundo Barton; Hamilton (2000, p. 7-8):

Os modos culturais gerais da utilização da língua escrita a que as pessoas recorrem em suas vidas. No sentido mais simples, as práticas de letramento são o que as pessoas fazem com o letramento. Entretanto, as práticas não são unidades de comportamento observáveis, pois também envolvem valores, atitudes, sentimentos e relações sociais. Isso inclui a consciência que as pessoas têm do letramento, as construções do letramento e os discursos do letramento, como as pessoas conversam sobre o letramento e constroem seu significado. Esses processos são internos ao indivíduo; ao mesmo tempo, as práticas são os processos sociais que ligam as pessoas umas às outras, e incluem cognições compartilhadas representadas em ideologias e identidades sociais.

Desse modo, compreende-se o letramento como uma prática social, um exercício prático dessa interação crítico-social com o mundo da escrita, o que pressupõe a compreensão das formas de sistematização e organização social as quais a escrita é requerida na sociedade, considerando a sua força potencial para a compreensão do sujeito acerca do mundo, o domínio ideológico, a consciência de si mesmo como agente participativo do processo de interação discursiva no mundo através da linguagem, e ainda a natureza da atividade comunicativa humana, que é permeada pelo princípio dialógico de interação pela linguagem, seja oral ou escrita (BAKHTIN, 2009 [1929]).

Essa compreensão de mundo, atrelada ao nível de letramento ou ‘graus de letramento’, permite que Tfouni (1988, p. 18) aponte que “não existe, nas sociedades modernas, o letramento ‘grau zero’, que equivaleria ao ‘iletramento’”, o que torna inviável pensar em um nível zero ou nulo de letramento dos sujeitos, em plano individual ou coletivo. Esse fenômeno caracteriza-se, principalmente, pelas condições sociais, culturais e econômicas com as quais os sujeitos se envolvem em seus contextos de atuação.

No caso dos sujeitos da pesquisa - médicos e pacientes – trata-se dos diversos ambientes em que estão envolvidos em suas práticas de e com a linguagem, as quais são determinadas pela influência das interações sociais vivenciadas nos contextos educativos e culturais dos quais participam. A exemplo disso lista-se as interferências da família, como instituição primária nesse construto; e da escola e, concomitantemente, da abertura que ambas fazem de materiais para inserção e ampliação das capacidades cognitivas de leitura e escrita; bem como o contexto social em que estes sujeitos lidam com essas práticas na comunidade. Destaca-se, por exemplo, o evento de letramento consulta médica, em que eles se envolvem dialogicamente em muitas práticas de letramento, dentre elas a construção do gênero receita médica, sobre o qual a discussão se prolongará neste capítulo.

O contexto sociocultural e as condições de produção do discurso nas quais o falante se encontra, constitui aspecto relevante para essa compreensão do letramento, uma vez que ele se constitui da articulação entre linguagem e mundo, na qual esses sujeitos têm a possibilidade de construir a identidade e a autonomia crítica a partir do uso efetivo da linguagem em suas práticas cotidianas. Soares (2010, p. 72) aponta que “[...] letramento não é puro e simplesmente um conjunto de habilidades individuais; é o conjunto de práticas sociais ligadas à leitura e à escrita em que os indivíduos se envolvem em seu contexto social”, compreendendo e lidando com elas nas situações formais. A partir dessa compreensão, remete-se à consulta médica, como uma das práticas sociais em que o letramento se evidencia como um fenômeno eminentemente sociocultural, em que os sujeitos leem criticamente o mundo, a partir da interação com a linguagem, em práticas de leitura e escrita, em diferentes contextos de circulação social.

As conexões entre o letramento e as práticas sociais relacionam-se com as formas de distribuição e circulação da escrita em diversos contextos linguísticos, culturais e comunicativos, na medida em que as pessoas se tornam parte de uma sociedade letrada, marcada pelo grafocentrismo, ou seja, cada vez mais centrada nas práticas de leitura e escrita com significado e significância social. Na concepção de Scribner; Cole (1981, p. 236):

Essa noção de prática guia o modo como buscamos compreender o letramento. Em vez de focalizar exclusivamente a tecnologia de um sistema de escrita e suas reputadas consequências ('escrita alfabética promove abstração', por exemplo), abordamos o letramento como um conjunto de práticas socialmente organizadas que fazem uso de sistemas simbólicos e tecnológicos para produzi-las e disseminá-las. O letramento não consiste apenas em saber ler e escrever um tipo de escrita particular, mas em aplicar esse conhecimento para propósitos específicos em contextos específicos de uso. A natureza dessas práticas, incluindo, certamente, seus aspectos tecnológicos, determinarão os tipos de capacidades ('consequências') associadas ao letramento.

Considera-se, a partir disso, que as ações dos indivíduos na sociedade são resultantes e condicionadas pelas circunstâncias de participação em um conjunto de práticas sociais, que se utilizam da leitura e da escrita para além das práticas desenvolvidas pela escola, pois "o fenômeno do letramento, extrapola o mundo da escrita tal qual ele é concebido pelas instituições que se encarregam de introduzir formalmente os sujeitos no mundo da escrita" (KLEIMAN, 1995, p. 20), ou seja, as escolas.

Kleiman (1998, p. 182) ainda traz uma compreensão de letramento como prática social, que explicita as funções e impactos sociais da escrita, apontando que esse fenômeno "adquire múltiplas funções e significados, dependendo do contexto em que ele é desenvolvido, isto é, da agência de letramento por ele responsável". Dessa forma, as ações discursivas dos sujeitos no mundo, são resultantes e condicionadas pelas circunstâncias de participação em um conjunto de práticas sociais, nas quais podem situar relações de poder, inerentes ao contexto e muitas vezes, implícitas nos discursos dos sujeitos da linguagem.

O letramento está presente nas variadas práticas sociais de interação comunicativa entre os sujeitos que, inseridos em determinados contextos, utilizam a língua, na modalidade oral ou escrita, para comunicar-se, expressar-se e construir relações de sentido e autonomia com o mundo. Assim, Street (2003/2014) aponta para a importância das práticas de letramento, as quais os sujeitos estão envolvidos, o que está relacionado também ao conceito de eventos de letramento, entendido como os episódios possíveis de observação que se formam e se constituem pelas práticas sociais, em que os sentidos do texto são determinados pelo contexto social e cultural (STREET, 1984). Esse conceito remete a um dos modelos de letramento também proposto por Street (1984): o modelo ideológico, que está relacionado à variedade cultural e social da linguagem, pois o que importa é a maneira como os sujeitos usam a leitura e a escrita nas práticas cotidianas, contrapondo-se, deste modo, ao modelo autônomo: concepção que pressupõe que há apenas uma maneira do letramento ser definido, geralmente relacionado às práticas de uso da escrita na escola (KLEIMAN, 1995).

Desse modo, os Novos Estudos do Letramento (NLS) desafiam os modelos de letramento autônomo das culturas dominantes e buscam lidar com ‘letramentos concretos’ em que, segundo Street (2012), as práticas sociais alteram-se de acordo com o contexto cultural, não havendo assim “um letramento autônomo, monolítico, único”, em que as consequências tanto para os indivíduos quanto para a sociedade possam ser inferidas a partir da cognição individual e do progresso social, mas que “em lugar disso, há ‘letramentos’, ou melhor, ‘práticas de letramento’, cujo caráter e consequências têm de ser especificadas em cada contexto” (p. 82). Esses princípios teóricos dos Novos Estudos do Letramento, que como o próprio termo denota, constituem ainda um recente campo de pesquisa e, portanto,

Representa uma nova visão da natureza do letramento que escolhe deslocar o foco dado à aquisição de habilidades, como é feito pelas abordagens tradicionais, para se concentrar no sentido de pensar o letramento como uma prática social. Isso implica o reconhecimento de múltiplos letramentos, variando no tempo e no espaço, e as relações de poder que configuram tais práticas. Os NLS, portanto, não tomam nada como definitivo no que diz respeito ao letramento e às práticas sociais a ele relacionadas, preferindo, ao contrário, problematizar o que conta como letramento em um espaço e tempo específicos e questionar quais letramentos são dominantes e quais são marginalizados ou resistentes. (STREET, 2003, p. 77)

Nessa definição, o autor traz uma compreensão determinante para se pensar em uma nova perspectiva de estudo baseada nas teorias de letramento, uma vez que chama a atenção para o rompimento com uma visão unilateral acerca do fenômeno, apontando para seu aspecto social, subjacente a um tempo e a um espaço mediados pelas relações de poder e domínio ideológico, considerando-se, assim, os tipos de letramento que considera fundamentais: o autônomo e o ideológico (STREET, 1995), conforme já foi tratado anteriormente.

Essas definições apontadas pelos autores tornam evidente a dimensão social, política e cultural do letramento, designado, principalmente, pelos múltiplos usos e reconhecimentos da escrita em diferentes contextos sociais, considerando-se a evolução dos tempos e a “natureza das práticas sociais que envolvem o uso da língua (escrita e falada)” (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 18), que trouxe “uma nova forma de nos relacionarmos com a escrita, mas não propriamente uma nova forma de escrita” (p. 18).

É a partir deste entendimento que neste estudo consideram-se letramentos, no plural, o que inclui as práticas de letramento social como se trata a seguir, à luz da necessidade de reconhecer as múltiplas formas de organização e apresentação da fala e da escrita na interação entre médicos e pacientes durante o evento de letramento consulta médica.

2.2 Práticas de letramento social e contextos de interação

As pistas de legitimidade do letramento, enquanto categoria crítico social de um determinado grupo, parte do reconhecimento de práticas efetivas de letramentos em contextos sociais específicos de interação, uma vez que o fenômeno abrange uma esfera múltipla de relações entre os sujeitos em variadas condições socioculturais, através do contato com diferentes mídias de leitura e de escrita. São práticas que variam de acordo com o tempo e o espaço, assim como as estruturas de circulação social e poder da escrita na sociedade, considerando-se os aspectos sócio-históricos do letramento, como prática de interação crítica com a leitura e a escrita em contextos específicos, de modo que segundo Lopes (2006, p. 47-48), “a natureza do letramento define-se em função da maneira como, em um dado contexto social, as atividades de leitura e escrita são concebidas e praticadas”.

A percepção acerca das práticas de letramento social acontece através da efetiva participação dos sujeitos em ambientes que fogem ao padrão dominante da leitura e da escrita estabelecidos pela escola - instituição por excelência em educação - e introduz a dinâmica da compreensão de mundo a partir do contato com outras agências que lidam com a leitura e a escrita em seu domínio como, por exemplo: igrejas, clubes de diversão e leitura, praças, sindicatos, hospitais, postos de saúde, associações comunitárias e partidárias etc.

Essa noção de letramento social parte, primeiramente, das investigações de Barton; Hamilton (1998, p. 07), ao desenvolverem uma teoria baseada nos seguintes pontos:

- 1) O letramento é melhor compreendido como um conjunto de práticas sociais; essas podem ser inferidas dos eventos que são mediados por textos escritos.
- 2) Existem diferentes letramentos associados a diferentes domínios da vida.
- 3) As práticas de letramento são padronizadas pelas instituições sociais e relações de poder e alguns letramentos são mais dominantes, visíveis e influentes do que outros.
- 4) As práticas de letramento são intencionais e embutidas nos objetivos sociais mais amplos e nas práticas culturais.
- 5) O letramento é historicamente situado.
- 6) As práticas de letramento mudam e novas práticas são frequentemente adquiridas por meio de processos de aprendizagem informal e da produção de sentido.

Essa proposta compreende então, o letramento em sua esfera sócio-ideológica, a partir dos modos de participação e atuação dos sujeitos em seus contextos de interação e produção de sentidos. Lima; Carvalho (2015, p. 251) apontam que é preciso considerar o letramento social “sob uma visão sociocultural, para a qual prioriza-se a língua em uso real”, uma vez

que ele “abrange uma esfera múltipla de relações entre os sujeitos, em variadas condições socioculturais, através da utilização de diferentes linguagens na situação de interação comunicativa”, abrangendo não somente a materialidade do código linguístico expresso na fala, mas as condições de produção e os desencadeamentos próprios de cada enunciação.

Esse entendimento remete à compreensão de letramento proposta por Tfouni (2010), ao apontar que ele constitui-se de aspectos sócio-históricos da língua falada e escrita, através da elaboração de formas e contextos diferenciados e, deste modo, é importante saber que “enquanto a alfabetização se ocupa da aquisição da escrita por um indivíduo, ou grupo de indivíduos, o letramento focaliza os aspectos sócio-históricos da aquisição de um sistema escrito por uma sociedade” (TFOUNI, 2010, p. 22), ou seja, a condição de letrado pressupõe o entendimento mais amplo que o processo da alfabetização, tomando este como fenômeno isolado. Existem letramentos de variadas naturezas, o que reafirma a existência dos analfabetos, porém letrados, por possuírem o entendimento sobre práticas sociais modernas e racionais de escrita, constituindo assim, um painel diverso, de letramentos sociais.

Para que se possa melhor compreender essa relação, aponta-se para uma diferenciação entre letramento, alfabetização e escolarização, a partir de Marcuschi (2010a [2001], p. 21), para quem o “letramento é um processo de aprendizagem social e histórica da leitura e da escrita em contextos informais e para usos utilitários”, enquanto que a alfabetização “pode dar-se à margem da instituição escolar, mas é sempre um aprendizado mediante ensino, e compreende o domínio ativo e sistemático das habilidades de ler e escrever” (p. 21); e a escolarização “é uma prática formal e institucional de ensino que visa a uma formação integral do indivíduo” (p. 22). Nessa abordagem, entende-se que a alfabetização é apenas um dos processos da escolarização, pois a escola tem outras atividades e projetos ou práticas que se situam dentro do fenômeno do letramento, tido como mais amplo que a ação institucional efetivada pela escola, pois se insere na participação social do sujeito no mundo.

A proposta dos letramentos sociais apresentada por Street (1984/1995/2014) busca compreender de forma crítica os múltiplos letramentos, com foco não apenas na competência formal do paradigma dominante e nas habilidades desenvolvidas pela escola; mas nas práticas sociais ideológicas em que os sujeitos se envolvem, as quais se situam em tempos e lugares historicamente demarcados pela cultura das relações de poder entre estes sujeitos.

Desse modo, o letramento social abrange, nas diferentes esferas de interação humana, os conhecimentos sociais de vida de cada sujeito, e como esses conhecimentos lhes possibilitam interagir socialmente. Os sujeitos da interação discursiva entre o ‘eu’ e o ‘outro’ produzem e atribuem sentidos às coisas e ao mundo, que são oriundos da articulação entre a

materialidade do tipo de texto ou discurso, em que participam e dos saberes socialmente produzidos nas experiências culturais individuais, em seus contextos reais de circulação de conhecimentos, de modo que eles criam e recriam, de diferentes modos, os “objetos” da realidade, por meio de processos que reinventem a linguagem e a experiência, buscando, através da subjetividade, criar novos mundos, como resultado da interação.

A forma particular como cada sujeito expressa-se por meio da linguagem representa a manifestação de seus conhecimentos letrados, advindos de suas leituras de mundo. Esses sujeitos ao entrarem em contato com uma informação nova, o ‘outro’, acionarão uma rede de conexões arquivadas na memória - os saberes vividos - que permitirão a produção de novos e diferentes interpretações e significados para a realidade compartilhada; no caso, em estudo, o evento de letramento consulta médica, representado tanto pela ótica do médico, quanto pelo paciente.

A realização plena desse exercício de participação reflexiva no mundo constitui-se como princípio de cidadania, na medida em que os sujeitos se envolvem, intencionalmente ou não, em atividades ou contextos que suscitam uma compreensão de mundo, uma vez que estão inseridos em uma sociedade letrada e, independente de saberem ler ou não, eles têm e desenvolvem estratégias particulares de compreensão, de modo a responder a contento, as atividades cotidianas das quais participam socialmente. Essa compreensão envolve processos que ultrapassam o domínio da tecnologia da leitura e da escrita, no caso, os sujeitos considerados alfabetizados; mas relaciona-se diretamente com aqueles que não tiveram acesso a essa tecnologia, os considerados analfabetos, que não frequentaram a escola e, portanto, não têm o domínio do código linguístico formal. Neste estudo, a análise que se propõe, buscará compreender a ação de sujeitos envolvidos em práticas, situações e contextos, que requerem, muitas vezes, o letramento social como forma de interagir ideologicamente no mundo.

A emergência dessa discussão sobre os contextos de interação parte do entendimento de que os sujeitos se constituem na e pela linguagem, nas relações de compreensão e construção de sentido sobre o mundo que o cerca, a partir de suas representações sociais, cognitivas, mentais e culturais, envolvendo, assim, o conceito de letramento numa abordagem do modelo ideológico proposto por Street (1995/2003), e também desenvolvido por Barton; Hamilton (1998).

Reconhecer essa ideia é conceber o fato de que os saberes são múltiplos, plurais, advindos do encontro de culturas e contextos, que se entrecruzam e alocam novas posições do sujeito no discurso – o médico e o paciente – em relações dialógicas e responsivas (BAKHTIN, 2009 [1929]) e que, portanto, as diferentes formas como os pacientes

compreendem e produzem significados a partir do dizer do médico e do texto escrito na receita médica são, em grande parte, determinadas pelas práticas sociais nas quais se envolvem e que interferem em seus níveis de letramento.

Quanto aos contextos onde ocorrem as práticas de letramento, pode-se dizer, a partir do que Bakhtin (2014[1975], p. 156), que eles são híbridos, pois há uma “mistura de duas linguagens sociais no interior de um único enunciado [...] o reencontro na arena deste enunciado de duas consciências linguísticas, separadas [...] por uma diferença social [...] das línguas”. Assim, os sujeitos da interação discursiva mesclam, sem cessar, vozes que se alternam e constituem o tecido dialógico da linguagem entre o ‘eu’ e o ‘outro’ em contextos diversos de interação.

Essas reflexões propostas, a partir, principalmente de Street e Bakhtin, situam, portanto, a questão das relações de interação estabelecidas entre os sujeitos e de como as práticas de letramento social nas quais eles se envolvem em contextos diversos, podem contribuir para se pensar mais intimamente sobre como eles interagem, como se faz a seguir, ao explorar essa questão do letramento social em contextos hospitalares, a partir de um olhar para a relação médico e paciente, sujeitos desta pesquisa.

2.3 Letramentos em contextos hospitalares: um olhar para a relação médico e paciente

É a partir do que se propôs anteriormente, à luz dos Novos Estudos do Letramento, que é possível falar de práticas sociais de letramentos em contextos hospitalares, buscando reconhecer e legitimar as práticas letradas estabelecidas entre médico e paciente, levando em consideração o contexto sociocultural e as condições de produção do discurso dos falantes, como elementos preponderantes para identificar seus níveis ou condição de letrado ou mesmo ‘graus de letramento’, os quais se evidenciam nas diversas situações sociais de interação desses sujeitos. Segundo Tfouni (2010, p. 43):

Trabalhar dentro dessa contradição é [...] a principal característica do discurso letrado. E aqui, lembro mais uma vez, não estou considerando o discurso escrito apenas, mas também o discurso oral penetrado pela escrita. E esses aspectos do letramento enquanto processo sócio-histórico podem ser investigados sem que seja necessário considerar junto a alfabetização e escolarização.

Essa perspectiva implica em considerar o letramento como prática social que transcende os limites materiais da linguagem, construindo pontes de compreensão com o mundo. Saber ou não, ler de forma mecânica e escolarizada escapa, muitas vezes, a dimensão mais ampla da ação dos sujeitos no mundo, mediada pelas relações diretas ou indiretas com a escrita e o poder que dela emana, assumindo papéis sociais de domínio cultural, político e ideológico na definição de suas identidades, a partir do contexto sociocultural (o lugar social da enunciação) e das condições de produção do discurso em que cada falante se encontra.

Dentro dessa abrangência da natureza social do fenômeno da escrita – entre o oral e o escrito –, os letramentos em contextos hospitalares representam uma manifestação do modelo ideológico proposto por Street (1995), uma vez que envolve a efetiva participação de sujeitos sociais, em processos de interação recíproca, e também, com o mundo que os rodeia, de modo a construir-se a si mesmos e ao ‘outro’, pela junção de saberes múltiplos, plurais, advindos do encontro de culturas e tempos, que se entrecruzam e alocam as posições do sujeito na sociedade. Isso exige deles uma postura ativa responsiva na interação (BAKHTIN, 2011 [1979]), de forma proativa, como autênticos produtores de ação por meio do discurso, posicionando-se reflexivamente nas práticas sociais, e assim, construindo e reconstruindo experiências pela atividade de linguagem e também na relação com os pares.

Essa dimensão dialógica e interativa envolve também, os aspectos da cognição e da subjetividade humana, de onde advêm as variadas percepções de mundo e manifestações do conhecimento prévio desses sujeitos. A forma como cada um deles enuncia, interage e interpreta o ‘dizer’ do outro é, em grande parte, reflexo de seus contextos sócio-históricos e culturais de enunciação e dos usos que faz das artimanhas da linguagem.

Nesse processo, os sujeitos assumem sua singularidade no discurso, a partir da forma como se utilizam das estratégias de que constituem os jogos da linguagem, uma vez que o uso desta é “essencialmente argumentativo”, pois sempre “pretendemos orientar os enunciados que produzimos no sentido de determinadas conclusões (com exclusão de outras). Em outras palavras, procuramos dotar nossos enunciados de determinada força argumentativa” (KOCH, 2012, p. 29), a qual é fruto da compreensão particular de mundo de cada sujeito, ou seja, de seus níveis de letramentos, tanto o escolar, advindo de um processo de alfabetização; como o social, advindo das práticas sociais, que se manifesta na relação com os pares da enunciação.

Essas diferentes formas de interação e produção de sentidos entre o médico e o paciente revelam a forma como esses sujeitos lidam, de forma consciente ou não, com o poder que advém da palavra. Lopes (2006, p. 42-43) diz que “o letramento refere-se aos aspectos sócio-históricos que desencadeiam a habilidade de portar-se diante das práticas sociais que

envolvem e têm como referência a escrita”. Então, considerando isto, esses sujeitos letrados, organizam seus discursos de diferentes modos, a partir de seus contextos de enunciação.

Deste modo, pode-se dizer a partir das palavras de Cook-Gumperz (1991, p. 11), o qual, também, nessa mesma leitura do fenômeno da escrita, que “o letramento é um fenômeno socialmente construído”. Essa construção se dá, portanto, pelo contato comunicacional estabelecido entre os sujeitos da ação comunicativa, no modo como eles desencadeiam visões de mundo, explicitadas pela linguagem. O médico e o paciente, ao interagirem, estão construindo um espaço de diálogo de comunicação que se dá por meio de enunciados, os quais são repletos de “ecos e ressonâncias de outros enunciados com os quais está ligado pela identidade da esfera de comunicação discursiva” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 297), efetuando assim, práticas sociais, e de letramento, portanto; pela sua gradual e contínua construção e constituição; que, segundo Soares (2003, p. 95) representa,

[...] *um contínuo não linear, multidimensional, ilimitado*, englobando múltiplas práticas com múltiplas funções, com múltiplos objetivos, condicionados por e dependentes de múltiplas situações e múltiplos contextos, em que, conseqüentemente, são múltiplas e muito variadas as habilidades, conhecimentos, atitudes de leitura e de escritas demandadas, não havendo gradação nem progressão que permita fixar um critério objetivo para que se determine que ponto, no contínuo, separa letrados de iletrados. (Grifos da autora)

Ou seja, no *contínnum* das práticas sociais, há uma efetiva interação entre esses sujeitos. Desse modo, através da análise de práticas sociais letradas em contextos hospitalares, estabelecidas na interação médico e paciente, busca-se, por meio do princípio do diálogo ativo responsivo da linguagem e da percepção de mundo de cada um deles, perceber a importância dos letramentos sociais na compreensão das informações ‘trocadas’ - seja oralmente ou por escrito, pela receita médica – durante o evento de letramento consulta médica. Desse modo, endereçam-se os núdulos dessa discussão, especificamente, para a consulta médica, o evento de letramento em foco, conforme as representações dos sujeitos da pesquisa.

2.3.1 Consulta médica: o evento de letramento em observação

A noção de evento de letramento surge nos estudos de Heath (1982, p. 93), ao defini-lo como “qualquer ocasião em que uma peça escrita integra a natureza das interações dos

participantes e seus processos interpretativos”. Esse conceito deriva da ideia de evento de fala, postulado por Dell Hymes (1986 [1972], p. 56), nos estudos da Etnografia da Comunicação, quando o define como “as atividades ou aspectos de atividades que são diretamente governadas por regras ou normas para o uso da fala”, de modo que constitui, ambos, uma conjunção teórica que enfoca a observação de práticas, regras, normas e condutas sociais mediadas por situações de linguagem, em que há a coexistência de sujeitos em situações de interação no ato comunicativo.

Hamilton (2000), ao discutir sobre eventos e práticas de letramento, propõe que as práticas são compostas por **elementos visíveis**, como: os *participantes*: os indivíduos que interagem com os materiais escritos; os *artefatos*: as ferramentas materiais e acessórios envolvidos na interação entre os sujeitos; os *ambientes*: as circunstâncias físicas imediatas que possibilitam que a interação aconteça; e as *atividades*: as ações localizadas, realizadas pelos agentes/participantes dentro dos eventos de letramento; e **elementos não visíveis**, como: os *participantes ocultos*: outros sujeitos ou grupo de sujeitos presentes nas relações sociais relacionadas ao evento; os *domínios*: as práticas sociais mais amplas nas quais o evento se localiza; os *recursos*: os aspectos presentes nas práticas de letramento, como, por exemplo, os comportamentos, os valores não materiais, as condutas, as compreensões, as posturas, os sentimentos etc.; e as *rotinas*: as regras de apropriação, que constituem os indivíduos, que podem ou não engajar-se em atividades comunicativas particulares.

Para Street (2001, p. 11), “o conceito de ‘evento de letramento’ dissociado do conceito de ‘prática de letramento’ não ultrapassa o nível da descrição”, o que leva, portanto, Lopes (2006, p. 58) concluir que: “*eventos e práticas* constituem uma realidade interacional única, passível de diferenciação apenas para efeito metodológico”. Assim, essas noções se entremeiam, constituindo possibilidades de se compreender as manifestações explícitas ou implícitas do lugar social do sujeito no mundo por meio do envolvimento em práticas de linguagem. A este respeito, Terra (2013, p. 48-49) considera que:

[...] o conceito de ‘evento de letramento’, considerado de forma isolada, embora tenha a vantagem de orientar o pesquisador ou estudioso para a observação de situações que envolvem a língua escrita e para a identificação das características dessas situações, não permite revelar como são construídos, em determinado ‘evento de letramento’, os sentidos e os significados, produtos não só da situação e de suas características específicas, mas também das convenções e concepções de natureza cultural e social que as ultrapassam. Em uma palavra, é o uso do conceito de ‘práticas de letramento’ como instrumento de análise que permite a interpretação do ‘evento de letramento’, para além de sua simples descrição.

A partir dessa leitura às versões introdutórias desse fenômeno, é possível afirmar que os eventos de letramento constituem acontecimentos sociais que giram em torno da escrita, sendo mediados por regras e situações hierárquicas entre os participantes. No caso da consulta médica, essas relações vão ser determinadas pelas interações entre o médico e o paciente, que situados em um ambiente específico e apropriado para aquele acontecimento (no caso, o consultório), utilizam-se de artefatos linguísticos que evidenciam suas posições sociais e as formas como procedem com o uso da linguagem nas interações.

Pode-se dizer, a partir disso, que a consulta médica, por seu caráter situado historicamente e organizado por meio de regras, constitui um evento de letramento; e que a situação social, o contexto, os modos de portar-se dos sujeitos desse evento (o médico e o paciente) e a forma como o médico escreve e explica a receita para o paciente, por meio da leitura em voz alta, constitui uma prática de letramento, pois envolve outras atividades de linguagem (oralidade), além da escrita, conforme orienta Marcuschi (2001).

Esse autor sintetiza esses dois conceitos apontando que: “os eventos de letramento são eventos comunicativos mediados por textos escritos” (2001, p. 37) e as “práticas de letramento são modelos que construímos para os usos culturais em que produzimos significados na base da leitura e da escrita (p. 37-38).

As aplicações dessas definições partem de considerar as instâncias de usos da escrita, intencionais ou não, nas diferentes esferas da comunicação humana. Os sujeitos envolvem-se a todo instante com atividades dessa natureza, de modo que se pode dizer, a partir de Soares (2003, p. 106-107), que “na vida cotidiana, eventos e práticas de letramento surgem em circunstâncias da vida social ou profissional, respondem a necessidades ou interesses pessoais ou grupais, são vividos e interpretados de forma natural, até mesmo espontânea”. Mesmo não nomeados ou identificados nas situações em que se realizam, eles possibilitam que os sujeitos interajam e respondam, a contento, às necessidades de sobrevivência no mundo letrado.

O evento de letramento consulta médica, dentro da situação temporal e contextual em que se localiza, representa, portanto, um espaço de micro realizações de jogos da linguagem, em que os participantes da ação comunicativa – médico e pacientes – têm uma noção preestabelecida de seus papéis naquela situação; e, assim, desempenham-no conforme a ordem dos acontecimentos em que lidam com alguma peça escrita. Esta, no contexto dessa pesquisa, é representada principalmente, pelo gênero discursivo receita médica. Sobre este, discute-se a seguir, ao tratá-lo como um objeto que possibilita uma relação entre os interactantes do discurso, e também como um dos principais *locus* de ação para a compreensão na relação entre esses sujeitos, conforme eles destacam nas entrevistas.

2.4 Gêneros discursivos: receita médica como objeto de interação

O estudo sobre os gêneros do discurso assume lugar fundamental nos construtos teóricos das linguísticas de abordagem enunciativa, uma vez que se concebe a linguagem em perspectiva dialógica e interacionista, ou seja, as ações languageiras são constituídas por sujeitos, que para se comunicarem e estabelecerem relações de sentido com os pares e o mundo a sua volta, utilizam-se de diferentes recursos e estratégias facultadas pela língua.

Todos os diversos campos da atividade humana estão ligados ao uso da linguagem. Compreende-se perfeitamente que o caráter e as formas desse uso sejam tão multiformes quanto os campos da atividade humana, o que, é claro, não contradiz a unidade nacional de uma língua. O emprego da língua efetua-se em forma de enunciados (orais e escritos) concretos e únicos, proferidos pelos integrantes desse ou daquele campo da atividade humana. Esses enunciados refletem as condições específicas e as finalidades de cada referido campo não só por seu conteúdo (temático) e pelo estilo da linguagem, ou seja, pela seleção dos recursos lexicais, fraseológicos e gramaticais da língua mas, acima de tudo, por sua construção composicional. [...] Evidentemente, cada enunciado particular é individual, mas cada campo de utilização da língua elabora seus *tipos relativamente estáveis* de enunciados, os quais denominamos *gêneros do discurso*. (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 261-262) (Grifos do autor)

A natureza do processo comunicativo é marcada pelo entrelaçamento de vozes tecidas por enunciados (orais ou escritos) que, de modo irrepitível, compõem as tramas discursivas, atendendo aos propósitos de comunicação social e interação humana. Esses propósitos, inevitavelmente, organizam-se em forma de gêneros, independente do sujeito enunciador ter consciência desse processo, ele acontece de forma espontânea, ou seja, as ações humanas de interação com e pela língua dão-se inevitavelmente por meio de gêneros, pois

Falamos apenas através de determinados gêneros do discurso, isto é, todos os nossos enunciados possuem *formas* relativamente estáveis e típicas de *construção do todo*. Dispomos de um rico repertório de gêneros de discurso orais (e escritos). *Em termos práticos*, nós os empregamos de forma segura e habilidosa, mas *em termos teóricos* podemos desconhecer inteiramente a sua existência. (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 282) (grifos do autor)

Dito de forma mais sintética: a construção de significados e sentidos entre o homem e o mundo se dá, primordialmente, através de gêneros. Por isso, para Bakhtin (2011 [1979]),

torna-se necessário o conhecimento sobre eles, pois se a cada processo de fala fosse preciso criar um novo gênero, a comunicação verbal seria quase impossível. Os gêneros do discurso estão presentes em todas as relações de interação social entre os indivíduos, que apreendem os sentidos do mundo, constroem uma identidade e assumem-se como sujeitos, a partir do dinamismo, movimento e versatilidade na organização da linguagem dos gêneros do discurso. Koch (2015, p. 156), concordando com Bakhtin (citando-o, inclusive) destaca que:

De qualquer forma, os gêneros devem ser vistos como arcabouços cognitivo-discursivos ou enquadres enunciativos determinados pelas necessidades temáticas das diversas práticas sociais, pelo conjunto dos participantes de tais práticas, de suas relações sociais e de seus propósitos enunciativos, as quais se distinguem, conforme Bakhtin, além da forma composicional, pelo tipo de conteúdo temático e pelo estilo que lhes é próprio.

O enunciado, como elemento que se estrutura e se organiza conforme as especificidades do gênero a que pertence, está vinculado, segundo Bakhtin (2011 [1979]), a questões, como: conteúdo temático (o assunto tratado), estilo (as formas particulares de escrita, vocabulário, léxico, gramática etc.) e plano composicional (a estrutura formal), de modo que ele “não é uma unidade convencional, mas uma unidade real, precisamente delimitada da alternância dos sujeitos do discurso, a qual termina com a transmissão da palavra ao outro” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 275), em atitude responsiva.

Em leitura complementar à Bakhtin, Rojo (2005, p. 196) alude que: “todas essas três dimensões dos gêneros discursivos são determinadas pelos parâmetros da situação de produção dos enunciados e, sobretudo, [...] pela apreciação valorativa do locutor a respeito do (s) tema (s) do (s) interlocutor (es) de seu discurso”. Deste modo, os gêneros do discurso devem ser compreendidos conforme a sua situação de produção, considerando-se, também, que suas dimensões axiológicas são tão variadas quanto às esferas de atividade humana. Apesar de terem certa estabilidade, os gêneros mudam e adequam-se as necessidades decorrentes das transformações sociais e assumem diferentes significações a partir de um tema, que “se apresenta como a expressão de uma situação histórica concreta que deu origem à enunciação” (BAKHTIN, 2009 [1929], p. 133), e que se reverberará nas manifestações desse gênero no contexto em que ele se faz necessário à circulação social e interação entre os sujeitos. No caso deste estudo, a receita médica, a qual é parte de um cenário hospitalar, e que serve como um elo na cadeia comunicativa entre o médico e paciente.

Nessa correlação, Bakhtin (2011 [1979], p. 268) destaca ainda que: “os enunciados e seus tipos, isto é, os gêneros discursivos, são correias de transmissão entre a história da sociedade e a história da linguagem”. Pode-se considerar, conforme essa associação, que o gênero do discurso e o enunciado mantêm uma relação mútua e constitutiva, de modo que o primeiro tem papel fundamental e decisivo na interpretação do segundo, ou seja, só é possível interpretar um enunciado, se se souber a qual gênero do discurso ele pertence. Assim, na interação discursiva

Nós aprendemos a moldar o nosso discurso em forma de gêneros e, quando ouvimos o discurso alheio, já advínhamos um determinado volume (isto é, uma extensão aproximada do conjunto do discurso), uma determinada construção composicional, prevemos o fim, isto é, desde o início temos a sensação do conjunto do discurso que em seguida apenas se diferencia no processo da fala. (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 283)

Essas características se interconexam entre si e são determinadas conforme as funções específicas de cada esfera da comunicação, de modo que os enunciados tornam-se semanticamente significativos, na medida em que as possibilidades de uso da língua são extrapoladas, através dos diversos gêneros do discurso que, segundo Rojo (2005, p. 196) se constitui “como um objeto discursivo e enunciativo” nas situações de interação social, e não somente por suas características formais e tipológicas.

Ancorado nessa afirmação, aponta-se para a receita médica, não apenas como material semiótico ou um documento formal que estabiliza um acordo de cooperação entre o médico e paciente, mas como um gênero do discurso que, naquele contexto de letramento no qual se situa, tem funções comunicativas específicas, realiza ações e se constrói/define por meio dessas ações, de modo que há uma relação compartilhada e intrínseca com as condições sócio históricas em que ela se manifesta, o que torna relevante promover uma discussão mais detalhada sobre esse gênero, considerando sua dimensão dialógica e a importância para a realização deste estudo, uma vez que será através dela que será possível verificar como se dá a compreensão do texto escrito, o registro do que o médico diz para o paciente.

Diante disso, passa-se, agora, a uma contextualização mais profunda desse gênero do discurso, o qual formaliza a prescrição médica escrita; bem como, associado a ele, refere-se também, a bula de medicamentos, outro gênero, que tem papel relevante para a compreensão de como acontece a comunicação entre o médico e o paciente em contextos de interação.

2.4.1 Prescrição escrita e bula de medicamentos: uma visão à luz do estudo dos gêneros

Toda prática sociocomunicativa de uso da linguagem é realizada por meio da utilização de um gênero, assim orienta a Teoria dos Gêneros do Discurso (BAKHTIN, 2011 [1979]). A compreensão dos gêneros como uma organização linguístico-discursiva do mundo parte da aceção de que eles possibilitam espaços de interação e diálogo entre sujeitos do discurso, os quais organizam modos de dizer este mundo, a partir das circunstâncias sociais e culturais de produção e circulação desses gêneros. Essa noção considera o gênero não apenas como um mero ‘instrumento’ de comunicação, que se constitui de aspectos formais, estruturais e linguísticos, mas, e principalmente, por “aspectos sócio-comunicativos e funcionais” (MARCUSCHI, 2010b, p. 22), uma vez que são “formas culturais e cognitivas de ação social corporificadas de modo particular na linguagem” (MARCUSCHI, 2011, p. 18) e que atuam como pontes de construção de sentidos nas complexas e intrincadas redes de conexões entre os sujeitos da interação comunicativa.

A riqueza e a diversidade dos gêneros do discurso são infinitas porque são inesgotáveis as possibilidades da multiforme atividade humana e porque em cada campo dessa atividade é integral o repertório de gêneros do discurso, que cresce e se diferencia à medida que se desenvolve e se complexifica um determinado grupo. Cumpre salientar em especial a extrema heterogeneidade dos gêneros do discurso (orais e escritos). (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 262).

Nessa “extrema heterogeneidade dos gêneros do discurso” situam-se a receita médica e a bula de medicamentos, as quais fazem parte de um mesmo contexto comunicacional e de organização discursiva. Carregam, ambas, especificidades do ‘dizer’ próprio das áreas das ciências da saúde ou médicas, ou seja, inserem-se em um campo específico de atividade humana, em contextos concretos e historicamente construídos, assumindo ‘formas relativamente estáveis’, dado o caráter dialógico e interativo dos gêneros do discurso.

Na classificação bakhtiniana, que considera o diálogo entre os gêneros e os contextos sociais de sua produção, encontra-se a diferença entre gênero primário e secundário. Os gêneros primários constroem-se a partir de comunicações discursivas mais simples e imediatas, como, por exemplo, a réplica do diálogo cotidiano, um relato familiar e a carta; enquanto os secundários dão-se em relações de convívio social mais complexas, institucionalizadas, desenvolvidas e organizadas, eles absorvem e transmutam os primários de

todas as espécies. Exemplos de gêneros secundários estão o romance e o teatro na esfera da arte; o discurso científico; o discurso ideológico; os gêneros do jornalismo de jornal e de revista, como: o editorial, o artigo assinado etc., que corroboram para a definição da natureza geral do enunciado. Nessa transmutação, os gêneros primários que passam a integrar os secundários, “se transformam e adquirem um caráter especial: perdem o vínculo imediato com a realidade concreta e os enunciados reais alheios” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 263) e, assim, a sua interação com a realidade passa a ocorrer por meio do gênero que o incorporou.

Pode-se dizer, a partir disso, que a receita médica e a bula de medicamentos se realizam enquanto gênero, pois além de assumirem uma função social e de interação em seus contextos de produção e circulação, eles fazem parte do grupo dos gêneros secundários, pois que, estão presentes em circunstâncias sociais mais complexas, em que a linguagem escrita prevalece sob a oral. Por exemplo, a receita médica emerge ou é construída durante uma prática de letramento, que faz parte do evento de letramento consulta médica, pelos comandos de uso social da escrita entre o médico e o paciente. Já a bula de medicamentos parte de uma instituição (empresa de medicamentos) e circula, prioritariamente, entre o farmacêutico e o paciente e, posteriormente por outros sujeitos, a quem este paciente possa recorrer para leitura e compreensão do gênero. Mas, de fato, o que prevalece em ambos, é a presença da escrita.

A receita médica constitui-se de um artefato gráfico e linguístico, em que as informações relevantes que o compõem (o conteúdo temático) são escritas, na maioria das vezes ainda de próprio punho pelo médico; e que por conta disso, há uma heterogeneidade de estilos (formas particulares de escrita, vocabulário, léxico, gramática etc.) em seu plano composicional (estrutura formal), prevalecendo assim, uma dubiedade entre o caráter injuntivo do gênero, e também, as marcas subjetivas de seu autor, ou seja, o modo particular como cada médico escreve.

Em estudo detalhado sobre os gêneros, Costa (2009) traz um dicionário de gêneros textuais, a partir de um diálogo teórico entre a Teoria dos Gêneros do Discurso de Bakhtin (2011 [1979]) e a Teoria dos Gêneros Textuais de Bronckart (2012), na qual este confirma a primeira, pois segundo Costa (2009, p. 19-20), “a dimensão textual se subordina à dimensão discursiva produzida/construída na *interação verbal*, realidade fundamental da língua” (Grifo do autor). Assim, o autor define a receita, situando-a em vários domínios discursivos ou formações discursivas, como trata Adam (1992); dentre eles, o culinário-doméstico e o profissional-médico; sendo esse que interessa fundamentalmente para este estudo. Veja-se:

RECEITA (v. INSTRUÇÃO, PRESCRIÇÃO): prescrição (v.) médica referente a medicações ou cuidados a serem administrados aos pacientes. Também se refere a fórmulas a serem aviadas em farmácia de manipulação e fórmulas para a preparação de produtos industriais ou de economia doméstica. Em culinária, são instruções que orientam a preparação de uma iguaria. Em todos os casos, predomina uma linguagem instrucional com uso de formas verbais (imperativo, infinitivo) de valor imperativo e impessoal. Em culinária, a receita estrutura-se geralmente em duas partes: Ingredientes e Modo de Preparo (Confecção), incluindo-se, muitas vezes, a maneira de servir. (COSTA, 2009, p. 175)

(Em negrito e Maiúsculo: Grifos do autor; Em sublinhado: Grifos meus)

Além da importância e das características da receita médica, mencionadas acima, é preciso destacar, o papel fundamental que a bula de medicamentos ou bula de remédio, como também é referida, exerce na relação de interação entre o médico e o paciente. Ela constitui-se então, como um gênero construído em uma esfera industrial-profissional e que, também, tem um caráter injuntivo, semelhante à receita, mas que, no seu processo de produção, obedece a estruturas (plano composicional) mais lógicas, tanto na forma, como no estilo (particularidade de escrita, vocabulário, léxico, gramática etc.), de modo que há uma padronização nos modos de ‘dizer’(o conteúdo temático) muito mais rigorosa e pontual para a adequação às situações de uso e interação social.

Quanto a bula, Costa (2009, p. 49-50) define também situando-a em vários domínios discursivos, dentre eles o jurídico-diplomático e o religioso; mas, o principal, e que interessa particularmente para este estudo é assim verbetizado pelo autor:

BULA: [...] Na farmacologia, como suporte de textos, trata-se de um impresso que acompanha o medicamento e contém informações (mais/menos detalhadas) sobre a sua composição, utilidade, posologias, contra-indicações, etc. Numa linguagem técnica, formal, às vezes, até complicada para o leigo, embora na parte de “informações ao paciente” se procure ser menos técnico, fonte bem pequena, a bula, em geral, compõe-se de:

- (i) identificação do medicamento: nome, forma farmacêutica (pomada, creme...), uso e composição;
 - (ii) informações ao paciente: ação esperada do medicamento, riscos, modos de uso...
 - (iii) informações técnicas aos profissionais de saúde: características farmacológicas, indicações, contraindicações, posologia, advertências, armazenagem, interações medicamentosas, reações adversas, superdosagem...
 - (iv) créditos (v.): profissional responsável, laboratório/fabricante, endereço (v.) completo;
 - (v) informações sobre atendimento ao consumidor: endereços e telefones.
- (Em negrito e Maiúsculo: Grifos do autor; Em sublinhado: Grifos meus)

Quanto à questão do domínio discursivo ou formação discursiva, referida acima, Adam (1992), nessa mesma perspectiva, em diálogo com Bakhtin, considera que os gêneros são formados por “sequências textuais”, e que estas exercem um papel na sua organização funcional e de uso, os quais atuam nas representações das dimensões cognitivas de representação do tipo textual, que se define pela organização funcional e aspectos linguísticos, considerando-se, porém, que eles não têm existência real fora dos gêneros. Geralmente, as sequências constituem-se de: *narração, argumentação, exposição, descrição, injunção e diálogo*; e representam modelos abstratos aos quais os produtores e receptores dispõem na organização das macroposições que articulam a estrutura autônoma do texto.

Os gêneros aqui mencionados estão inseridos, portanto, nessa última sequência, a injuntiva, uma vez que nas situações de uso, induzem atos e explicitam práticas sociais, organizam relações de saber agir com e sobre o mundo, de forma ordenada, temporal e lógica, por meio de etapas sequenciadas, que orientam a seguir rigorosamente indicações e procedimentos (ADAM, 1992), como no caso da receita e da bula, ao orientarem os pacientes a tomarem a medicação. Para Bronckart (2012), os gêneros do segmento injuntivo têm fases semelhantes às descritivas; mas, devido a dimensão eminentemente dialógica, eles assumem um estatuto peculiar, de injuntivo, instrucional ou procedimental a esses segmentos, pois descrevem e prescrevem ações ou instruções nos contextos de uso e interação social, assim, “são os gêneros, como *formas comunicativas*, [...] que serão postos em correspondência com as unidades psicológicas que são as ações de linguagem” (BRONCKART, 2012, p. 15).

[...] a organização dos gêneros apresenta-se, para os usuários de uma língua, na forma de uma *nebulosa*, que comporta pequenas ilhas mais ou menos estabilizadas (gêneros que são claramente definidos e rotulados) e conjuntos de textos com contornos vagos e em intersecção parcial (gêneros para os quais as definições e os critérios de classificação ainda são móveis e/ou divergentes) (BRONCKART, 2012, p. 74) (Grifos do autor)

Assim, diante disso, os gêneros receita médica e a bula de medicamentos constituem-se como formas comunicativas, que possibilitam uma ação de linguagem entre os sujeitos, pois a escolha de utilizá-los provém se sua adaptação à realidade, levando-se em consideração as especificidades da situação e as necessidades de produção e interação entre os agentes do discurso. Desse modo, os gêneros articulam-se e possibilitam a realização de diferentes

práticas de letramento que podem ser realizadas em diferentes agências de práticas letradas como, neste caso, em contextos hospitalares.

Outra característica comum entre elas, do ponto de vista teórico, se dá conforme o agrupamento dos gêneros textuais proposto por Dolz; Schneuwly (2004), que os organizam em “domínios sociais de comunicação, os aspectos tipológicos e as capacidades de linguagem dominantes” (p. 51) dos indivíduos. Nessa classificação, a receita e a bula possuem as capacidades de “instruções e prescrições, descrever ações e regulação mútua de comportamentos” (p. 52); que, na leitura de Costa (2009, p. 24), “se refere às *instruções e prescrições e exige a regulação mútua de comportamentos* (instruções diversas: de uso, de montagem, receitas, regulamentos, regras de jogo etc.). A essas capacidades poderíamos acrescentar outras como AVALIAR, POETAR, etc.” (Grifos do autor)

Além das dimensões teóricas já apontadas, no contexto prático, ou seja, nas ‘condições específicas’ de uso, a principal diferença entre a receita médica e a bula de medicamentos é que elas, justamente pela forma como são produzidas – a primeira manualmente, na maioria das vezes; e a segunda, digitada, de modo mais organizado – possibilita maior ou menor facilidade de compreensão na leitura, sendo que nesta questão, interfere também, o nível de letramento (escolar ou não) do (leitor) paciente.

A efetiva incorporação desses gêneros ao cotidiano dos sujeitos se dá, portanto, através das leituras e (re) leituras que eles fazem, conforme as necessidades de interação vivenciadas em seus contextos. Por isso, discute-se a seguir, a noção de retextualização, com vistas a articular, teoricamente, a luz dos moldes de Marcuschi (2010a [2001]), a ideia de que durante os eventos de letramento, esses gêneros textuais funcionam como mecanismos, ao tempo que são também, objetos possibilitadores de inúmeras atividades de retextualização.

2.5 A retextualização: atividades de (re) organização da linguagem

Sob o pressuposto das diversas formas ou maneiras de ler e compreender o gênero receita médica nos contextos em que ele circula, torna-se fundamental para essa discussão tratar a questão da retextualização, tendo em vista que, no contexto dessa pesquisa, os pacientes das Unidades Básicas de Saúde utilizam diferenciadas estratégias de leitura¹⁵, para

¹⁵ Importante frisar que, a concepção de leitura aqui empreendida parte de uma noção ampla do termo, a qual compreende que a atividade não se restringe a decodificação apenas dos códigos linguísticos formais da língua, mas inclui a chamada ‘leitura de mundo’, aquela atrelada aos letramentos dos sujeitos no reconhecimento,

compreender as informações prescritas no gênero discursivo receita médica. Essa discussão apóia-se nas proposições de Dell’Isola (2007) e, principalmente, Marcuschi (2010a [2001]), embora em seu trabalho: ‘*Da fala para a escrita: atividades de retextualização*’¹⁶, o autor explore processos de retextualização de gêneros orais para gêneros escritos; mas, ainda assim, aponta para outras possibilidades (veja-se no Quadro 02, neste tópico), dentre elas da ‘escrita para a fala (texto escrito – exposição oral)’, conforme é verificado nas análises deste trabalho.

Porém, antes de aprofundar a discussão sobre esses processos, é preciso destacar, ainda que brevemente, o que é textualidade ou textualização¹⁷, tendo como base as formulações de Costa Val (2006), que se funda nos princípios da Linguística Textual (LT) propostos por Beaugrande & Dressler (1981) quando consideram o texto como “ocorrência comunicativa”, buscando compreendê-lo a partir de como “funcionam na interação humana” (p. 04), considerando a “linguagem como uma atividade humana crucial” (p. 12). Os autores apresentam os sete princípios constitutivos da textualidade: coesão, coerência (“que se relacionam com o material conceitual e linguístico do texto” (COSTA VAL, 2006, p. 05), intencionalidade, aceitabilidade, informatividade, situacionalidade e intertextualidade (“que têm a ver com os fatores pragmáticos envolvidos no processo sociocomunicativo” (p. 05)).

apreensão, interpretação e interação com as diferentes manifestações da escrita na sociedade. Esse tipo de leitura independe da interferência formal da escola. Nas palavras de Freire (2011, p. 29), “a leitura do mundo precede sempre a leitura da palavra e a leitura desta implica a continuidade da leitura daquele”, criando assim, um movimento dialógico na interrelação entre o sujeito e o mundo.

¹⁶ O autor, ao tratar do assunto, refere-se ao trabalho de Travaglia (1993), no qual a autora trata “sobre a tradução de uma língua para outra”, porém o autor compromete-se a incorporar uma definição mais ampla sobre o termo: “O uso do termo *retextualização*, tal como feito aqui, se recobre apenas parcialmente com aquele feito por Travaglia, na medida em que aqui também se trata de uma “tradução”, mas de uma modalidade para outra, permanecendo-se, no entanto, na mesma língua” (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 46) (Grifos do autor). Esse trabalho mencionado por Marcuschi (2010a [2001]) é fruto da tese de doutorado da autora (1993), que posteriormente foi publicado em livro com o título: “*Tradução retextualização: a tradução numa perspectiva textual*” (TRAVAGLIA, 2001). Ambos referenciados neste estudo.

¹⁷ Emprega-se os termos textualidade e textualização para referir o mesmo fenômeno. Apóia-se em Costa Val (2004, p. 114) quando diz que: “O termo textualidade foi definido por Robert-Alain de Beaugrande e Wolfgang Dressler, no livro *Introduction to Text Linguistics*, de 1981, como o conjunto de características que fazem com que um texto seja um texto, e não apenas uma sequência de frases ou palavras. Mais recentemente, num livro de 1997 (*New foundations for a science of text and discourse: cognition, communication and freedom of access to knowledge and society*), o próprio Beaugrande rediscutiu essa definição, propondo não se perdesse a estreita relação entre a *textualidade* e o processo de “*textualização*”. Atualmente, outros estudiosos, como Jean-Paul Bronckart e Bernard Schneuwly, focalizando os processos de produção e interpretação de textos, também têm usado o termo *textualização*. Quando se fala em *textualidade*, muitas pessoas podem compreender que se esteja considerando o texto como um produto linguístico que traz em si mesmo o seu sentido e todas as suas características. Pensar assim significaria acreditar que todos aqueles que ouçam ou leiam um determinado texto, mesmo que em circunstâncias diferentes, vão entendê-lo exatamente do mesmo jeito. E isso a gente sabe que não é verdade. Todos nós já vivenciamos situações em que textos literários, ou jurídicos, ou religiosos, ou noticiosos, ou da conversa cotidiana, foram interpretados diferentemente por pessoas diferentes. Essa diversidade de interpretações acontece porque cada texto pode ser *textualizado* de maneiras diferentes por diferentes ouvintes ou leitores. Por isso é que se tem preferido, atualmente, falar em *textualização*”.

Coesão: elementos linguísticos presentes no texto. Se não existirem no texto, este não perderá o sentido, desde que saibamos do que se está tratando. Coerência: é essencial no texto, pois se não houver coerência, não haverá aceitabilidade por parte do interlocutor, inexistindo o que se pode considerar texto. Situacionalidade: a situação vai informar o que é e o que não é dentro do texto. Informatividade: informações contidas no texto. Intencionalidade: é um critério pragmático, o que o locutor precisa ter para atribuir um sentido para o seu texto. Aceitabilidade: o interlocutor precisa possuir para que o texto tenha sentido para ele. Intertextualidade: é a junção de vários textos num só texto (COSTA VAL, 2006, p. 26).

Esclarecidos esses pontos, refere-se agora, a retextualização. Esta pode ser compreendida como uma atividade prática de uso da linguagem, e que acontece em todos os momentos de ativação dos usos da língua no cotidiano (DELL'ISOLA, 2007), desde as situações mais corriqueiras, como as conversas na vizinhança às atividades mais elaboradas e formais, como redigir um texto oficial de domínio jurídico. Embora tamanha seja essa sua presença, ela passa despercebida pelos sentidos daqueles que a praticam, até mesmo porque ao usar a língua, independente de seu grau de letramento, o sujeito utiliza-se de vários mecanismos lexicais, sintáticos e semânticos, os quais ele não expõe em análise, uma vez que não se vive a todo instante realizando atividades metalinguísticas ou de autorregulação dos usos da língua, e como diz Marcuschi (2010a [2001], p. 09), “não serão primeiramente as regras da língua nem a morfologia” que merecem destaque, mas “são os *usos* que fundam a língua”. Assim, o autor apresenta sua definição de retextualização:

A retextualização [...] não é um processo mecânico, já que a passagem da fala para a escrita não se dá naturalmente no plano dos processos de textualização. Trata-se de um processo que envolve operações complexas que interferem tanto no código como no sentido e evidenciam uma série de aspectos nem sempre bem-compreendidos da relação oralidade-escrita (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 46).

De tal modo, ele conclui que esse processo “*não é, no plano da cognição, uma atividade de transformar um suposto pensamento concreto em um suposto pensamento abstrato*” (p. 47-48) (grifos do autor). Dell’Isola (2007) em uma perspectiva similar a esta, embora trabalhe apenas com processos de retextualização de gêneros escritos para outros gêneros escritos, diferentemente de Marcuschi (2010a [2001]), que explora situações concretas de retextualização do oral para o escrito, apresenta um conceito de retextualização, referindo-a como:

[...] um processo que envolve operações complexas que interferem tanto no código como no sentido e evidencia uma série de aspectos da relação entre oralidade-escrita, oralidade-oralidade, escrita-escrita, escrita-oralidade. Retextualização é a refacção ou a reescrita de um texto para outro, ou seja, trata-se de um processo de transformação de uma modalidade textual em outra, envolvendo operações específicas de acordo com o funcionamento da linguagem (2007, p. 36).

Conforme as perspectivas dos autores, pode-se destacar que a retextualização é assim, um processo *online*, que se realiza de forma automática, por meio da criação de novos textos a partir de um já existente. Esse processo engloba aspectos cognitivos e sociais, que convergem para que um gênero seja reformulado, adaptado, reordenado, ampliado ou transformado em outro, desde que mantidas as características essenciais que garantam que não haja a fuga total do tema ou o falseamento nas ideias.

Marcuschi (2010a [2001]), ampliando a noção inicial proposta por Travaglia (1993/2001), defende a ideia da retextualização, partindo da análise do *continuum* oralidade-escrita, ao evidenciar que essas duas modalidades de uso da língua não são opostas, mas concorrem, por meio de diferentes combinações (fala: gestualidade, sonoridade, prosódia etc.; escrita: aspectos léxicais, sintáticos, tamanho, forma da letra etc.) para um mesmo fenômeno: a comunicação humana, a interação, e que por isso, podem ser retextualizadas.

O autor justifica isso, quando destaca que: “pelo fato de fala e escrita não se recobrirem podemos relacioná-las, compará-las, mas não em termos de superioridade ou inferioridade”, e, portanto, “fala e escrita são diferentes, mas as diferenças não são polares e sim graduais e contínuas. São duas alternativas da atualização da língua nas atividades sociointerativas diárias” (p. 46). Partindo disso, ele propõe o seguinte quadro, no qual apresenta as quatro possibilidades de retextualização:

Quadro 02: Possibilidades de retextualização

Possibilidades de retextualização			
1. <i>Fala</i>	→	<i>Escrita</i> (entrevista oral	→ entrevista impressa)
2. <i>Fala</i>	→	<i>Fala</i> (conferência	→ tradução simultânea)
3. <i>Escrita</i>	→	<i>Fala</i> (texto escrito	→ exposição oral)
4. <i>Escrita</i>	→	<i>Escrita</i> (texto escrito	→ resumo escrito)

Fonte: Marcuschi (2010a [2001], p. 48)

Com base nesse quadro, e conforme já foi mencionado anteriormente, a perspectiva adotada nesse estudo, acrescenta-se às propostas apresentadas por Marcuschi (2010a [2001]), e ao mesmo tempo, faz um relevo sobre a teoria marcuschiana, uma vez que aqui os processos de retextualização acontecem da ‘escrita para a fala (texto escrito – exposição oral)’, a partir dos modos como os pacientes utilizam de diferentes estratégias para transformar a escrita da receita médica em textos orais, que facilitem a compreensão para a tomada de medicamentos e prosseguir com o tratamento de saúde.

É importante frisar também que, embora se diga que esses sujeitos criam estratégias de leitura para melhor compreender o gênero receita médica, não se está contrapondo aquilo que Marcuschi (2010a [2001]), diz que para que haja a retextualização é preciso que ocorra primeiro, uma compreensão do texto, para poder, em seguida, reformulá-lo. Nos termos do autor: “para dizer de outro modo, devo inevitavelmente *compreender* o que foi que esse alguém disse ou quis dizer. Portanto, antes de qualquer atividade de transformação textual, ocorre uma atividade cognitiva denominada *compreensão*” (p. 47) (grifos do autor).

Concorda-se com esse entendimento, mas busca-se ampliá-lo, pois, antes do processo de retextualização, o que se pôde observar, nos casos aqui apresentados, foi a ocorrência de uma compreensão situacional¹⁸, pois os pacientes reconhecem o gênero, sua função social etc., mas muitas vezes, tem pouco entendimento de seu conteúdo e de lembrar a forma de tomar a medicação prescrita. Na primeira situação, um fator que dificulta é a falta de compreensão da letra do médico, que geralmente é muito difícil de entender, requerendo estratégias de retextualização da receita, em momentos posteriores a consulta médica, nas circunstâncias da vida social do sujeito.

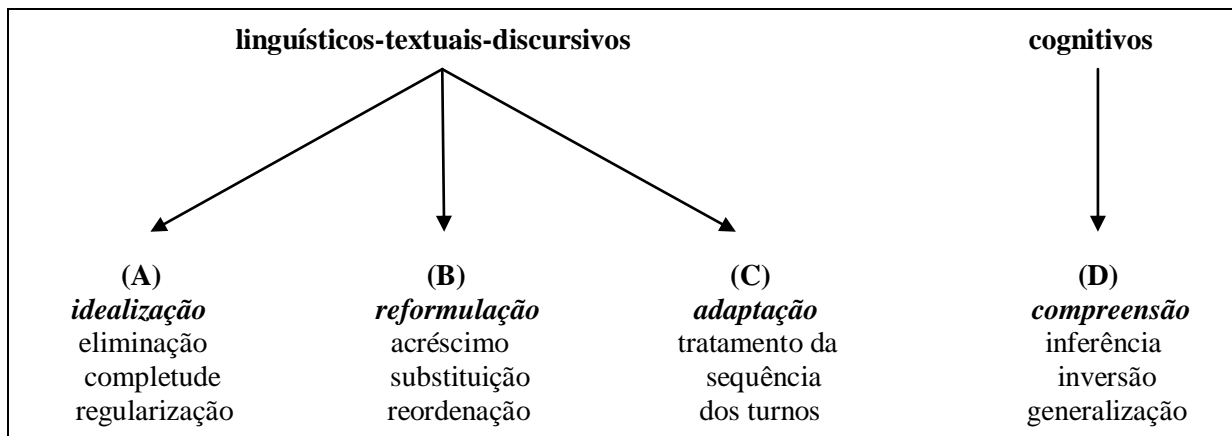
A partir disso, pode-se dizer, conforme os casos que serão explicitados na *Análise 02* deste estudo, que a retextualização é uma atividade de organização da vida social dos sujeitos, que involuntariamente utilizam-se dela, para criar soluções que resolvam seus problemas e deem um sentido prático e funcional àquelas atividades mais complexas, que estão organizadas em torno de alguma peça escrita, nos eventos de letramento dos quais participam. Assim, pode referir-se a retextualização ainda, como um mecanismo de linguagem que busca aproximar os sujeitos do mundo, como ação de referenciar, dando-lhes condições para a organização e mobilidade de sentidos, em benefício da própria sobrevivência.

¹⁸ O próprio Marcuschi (2010a [2001], p. 70), em nota de rodapé, destaca esta questão, e com o qual se concorda: “*compreender* não equivale a *compreender bem*, pois a compreensão é um processo cognitivo de apropriação de conteúdos e sentidos mediante uma interferência direta sobre o aprendido. O ato de produzir sentido a partir de um texto é um ato de compreendê-lo, não de *compreendê-lo bem*. A boa compreensão de um texto é uma atividade particular e especial”. (Grifos do autor).

Para que esse processo ocorra, é necessário, portanto, que haja um texto-base, considerado como origem, fonte ou ‘espelho’ para o outro que será construído a partir das estratégias ou operações de retextualização utilizadas pelo sujeito. No caso em estudo, esse texto é o gênero receita médica, que serve como referência para as múltiplas leituras que os pacientes fazem, com vistas à compreensão da informação escrita e das regras para seguir com o tratamento do problema de saúde.

Para o seu propósito de análise, Marcuschi (2010a [2001]) aponta alguns aspectos envolvidos no processo de retextualização, os quais alguns deles serão utilizados nesse trabalho, combinados a outros, acrescidos a partir dos modos como se apresentam os dados coletados na pesquisa de campo, pois conforme o próprio autor, embora ofereça essas operações, prefere não postulá-las como “modelos”, pois “para uma retextualização ser bem-sucedida, não é necessário que se efetivem todas as operações” (p. 76). Assim, suas propostas “podem servir como sugestão de análise”, “suficientemente operacional” (p. 121), até mesmo porque a língua se efetiva nos usos interacionais e maleáveis do cotidiano. Veja-se, então, o quadro apresentado pelo autor:

Quadro 03: Aspectos envolvidos nos processos de retextualização



Fonte: Marcuschi (2010a [2001], p. 69)

Partindo das semelhanças e diferenças entre a língua falada e a língua escrita, o autor aponta para algumas distinções necessárias de serem feitas, dentre elas, entre retextualização e transcrição, como atividades que se aproximam, mas têm suas diferenciações: “transcrever a fala é passar um texto de sua realização sonora para a forma gráfica com base numa série de procedimentos convencionalizados” (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 49), e nesse processo é preciso ter o cuidado de “não interferir na natureza do discurso produzido do ponto de vista da

linguagem e do conteúdo” (p. 49), enquanto que no caso da retextualização, “a interferência é maior e há mudanças mais sensíveis, em especial no caso da linguagem” (p. 49).

Outro aspecto importante mencionado pelo autor é o que ele toma por base os estudos da linguista francesa Rey-Debove (1996), quando ela estabelece critérios de distinção entre “oral-escrito” no francês, e que são relevantes para o estudo empreendido em qualquer língua. São eles: (1) *nível da substância da expressão*: considera a materialidade linguística do texto e relação entre letra e som; (2) *nível da forma da expressão*: considera os signos falados e os signos escritos, partindo da diferença entre a forma do grafema (grafia usual) e da realização fonética do fonema (pronúncia); (3) *nível da forma do conteúdo*: considera as relações entre as unidades significantes no plano oral e as correspondentes unidades significantes na escrita, as quais funcionam como sinônimas no plano da língua, mas diferem tanto na fala, como na escrita; e (4) *nível da substância do conteúdo*: considera as realizações linguísticas ocorridas do ponto de vista pragmático, realizadas em contextos específicos de interação.

Ao analisar esses conceitos, Marcuschi (2010a [2001]) atem-se a um aspecto importante, relacionado aos dois primeiros itens expostos pela autora (forma e substância), e que diz respeito à transcodificação, que seria uma espécie de transcrição do sonoro para o grafemático, o que não se configura como uma retextualização, pois há apenas uma mudança na forma de apresentação da língua, e não há uma interferência significativa, relativa à “idealização da língua”. Porém, existem alguns casos, em que as transcrições podem ser tidas como retextualização como, por exemplo, as transcrições de contos da tradição oral para o escrito, que “são verdadeiras edições de textos com muitas mudanças” (p. 52), uma *adaptação*. É a partir disso, que ele distingue transcodificação de adaptação, sendo esta, “uma transformação na perspectiva de uma das modalidades [oral] e que aqui chamaremos sistematicamente de *retextualização*” (p. 52) (grifos do autor). Desse modo, a retextualização se configura como uma adaptação.

A partir dessas observações, relativas às relações entre língua falada e a língua escrita, o autor aponta para algumas variáveis importantes de serem consideradas em quaisquer que sejam as possibilidades de retextualização (conforme Quadro 02): i) “o *propósito* ou objetivo da retextualização”: dependendo da finalidade do autor, haverá mudanças no nível da linguagem, como por exemplo: uma fala informal poderá ser transformada em um texto formal, para publicação; ii) “a *relação entre o produtor do texto original e o transformador*”: acontece de duas maneiras: ou o texto-base é feito pelo próprio autor ou por outra pessoa. No primeiro caso, as mudanças são maiores, pois o sujeito pode até ignorar o texto-base e fazer outro; no segundo caso, o sujeito terá mais “respeito” pelo texto-base; iii) “a *relação*

tipológica entre o gênero textual original e o gênero da retextualização”: quando há uma retextualização de um gênero falado para o mesmo gênero, sendo escrito, as mudanças são mínimas comparadas quando há mudança de um gênero para outro. Mudam apenas as estratégias de produção textual de cada modalidade; e iv) “os *processos de formulação* típicos de cada modalidade”: refere-se as especificidades da língua escrita e oral, por exemplo, a escrita permite uma revisão do texto final, ao contrário da fala, que é *online*, então o sujeito deve ficar atento apenas a “neutralização pela metalinguagem”, conforme já se discutiu.

Esse percurso teórico, aprofundado a partir de Marcuschi (2010a [2001]), embora ele trate de retextualização do oral para o escrito, e nessa pesquisa, analise-se o contrário: do escrito para o oral, é fundamental para os propósitos da análise proposta nesse trabalho. Assim, elucidados tais pontos, que evidenciam a complexidade dos processos de retextualização dos gêneros, em qualquer que seja a modalidade da língua (falada ou escrita), será apresentado no próximo capítulo, dando continuidade a essa discussão, e para melhor compreendê-la junto às especificidades teóricas já definidas para este estudo, o percurso de construção metodológica da pesquisa, buscando focalizar os interesses, as motivações e a relevância do contexto social e dos sujeitos da pesquisa (médicos e pacientes).

CAPÍTULO III: METODOLOGIA: PESQUISADOR E TEÓRICOS NOS LABIRINTOS DA PESQUISA

O objeto das ciências humanas é o ser *expressivo e falante*. Esse ser nunca coincide mesmo e por isso é inesgotável em seu sentido e significado. A máscara, a ribalta, o palco, o espaço ideal, etc. como formas reais de expressão da representatividade do ser (e não da singularidade e da materialidade) e da relação desinteressada com ele.

A exatidão, seu significado e seus limites. A exatidão pressupõe a coincidência da coisa consigo mesma. A exatidão é necessária para a assimilação prática. O ser que se autorrevela não pode ser forçado e tolhido. Ele é livre e por essa razão não apresenta nenhuma garantia. Por isso o conhecimento aqui não nos pode dar nada nem garantir, por exemplo, a imortalidade como fato estabelecido com precisão e dotado de importância prática para a nossa vida.

(BAKHTIN, 2011 [1979], p. 395) (Grifos do autor)

No curso das pesquisas da área de linguagem figuram diferentes modos como esta é concebida e assume lugar teórico-metodológico nas pesquisas humanas e sociais. De tal modo que para manter uma unidade teórico-prática na sistematização das ideias e para proceder a análise e discussão dos dados, torna-se relevante situar questões, tanto de caráter formal quanto metodológico que melhor justifiquem o encaminhamento das proposições teóricas às percepções vivenciadas na prática da pesquisa de campo. Sob esse pressuposto, seguem observações que orientam, neste capítulo, a organização, estruturação e análise do estudo.

3.1 A propósito da visão de pesquisa em linguagem empreendida no curso deste estudo

O referencial teórico utilizado para a discussão do tema pesquisado, - reconhecendo seus limites e divergências argumentativas -, converge para uma definição de linguagem como fenômeno sociocultural e interativo, no qual se considera “a interação do horizonte do cognoscente com o horizonte do cognoscível” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 394), ou seja, uma relação que se anuncia pelo porvir, o vir a conhecer a si e ao outro, e ser sujeito no processo de construção do conhecimento.

Sendo assim, neste capítulo, o qual se propõe a apresentar os caminhos da pesquisa, denominado de “Metodologia” – como uma exigência formal cuidadosamente requisitada na academia –, situam-se aspectos que levam o leitor a enxergar, a ver – pelos olhos do pesquisador/escritor – a gênese, os meandros, as minúcias e os percalços inerentes e, ao mesmo tempo, também necessários ao fazer da pesquisa acadêmico-científica, para que, ao

final, resulte em objeto de sabor compartilhado entre escritor e leitor, fazendo jus, assim, à dialógica relação de interação entre o ‘eu’ e o ‘outro’, conforme orienta Bakhtin nos capítulos anteriores; e também neste, que se baseia fundamentalmente em seu texto: “*Metodologia das Ciências Humanas*” (2011 [1979]), e também em releituras deste (GERALDI, 2013; FREITAS, 2002/2003; BRAIT, 2014).

Para o Bakhtin (2009 [1929], p. 154), “o objeto verdadeiro da pesquisa deve ser justamente a interação dinâmica dessas duas dimensões, o discurso a transmitir e a aquele que serve para transmiti-lo”. Na amplitude de sua abordagem metodológica, o teórico traz uma leitura sobre ciência que serve de suporte, tanto para as ciências lógicas e exatas e, principalmente, possibilita uma aproximação direta dos estudos linguísticos com as ciências humanas, rompendo assim, com uma visão estruturalista. Essa percepção tem possibilitado consideráveis reaproximações a ponto de “que os limites entre sociologia da linguagem, linguística, filosofia e literatura praticamente desaparecem” conforme Geraldi (2013, p. 05).

Pode-se dizer, a partir disso, que essa exploração dos estudos metodológicos à luz da abordagem bakhtiniana têm corroborado para que se fortaleça uma nova concepção de pesquisa nos estudos linguísticos, percorrendo caminhos mais horizontais e interdisciplinares na busca por um saber que não seja fragmentado e fechado na doutrina dos paradigmas positivistas e cartesianos, que ainda prevalecem na pesquisa científica.

Nessa tessitura escrita, prossegue-se também, com a orientação vygotskiana, acolhendo aquilo que o teórico compreende como sendo o processo de escrita, ao referir que ela “exige um trabalho consciente, [...] tem que explicar plenamente a situação para que se torne inteligível” (VYGOSTKY, 2008 [1934], p. 124). Isso significa que as discussões aqui apresentadas partem de um processo de seleção lexical, sintática e semântica que possibilite mencionar, com clareza, os achados gerais dos caminhos da pesquisa em linguagem, que por sua natureza é opaca, o que impedirá de esgotar os dizeres sobre o que foi observado.

Assim, essa constituição metodológica, apóia-se nos diálogos entre os fundamentos de Bakhtin e Vygotsky, propostos por Freitas (2002) *apud* Tonácio (2006, p. 112-113), quando apresenta seis características da pesquisa qualitativa de orientação sócio-histórica:

- A fonte dos dados é o texto (contexto) no qual o acontecimento emerge, focalizando o particular enquanto instância de uma totalidade social. Procura-se, portanto, compreender os sujeitos envolvidos na investigação para, através deles, compreender também o seu contexto.
- As questões formuladas [...] se orientam para a compreensão dos fenômenos em toda a sua complexidade e em seu acontecer histórico. Isto é, não se cria

artificialmente uma situação para ser pesquisada, mas vai-se ao encontro da situação no seu acontecer, no seu processo de desenvolvimento.

➤ O processo de coleta de dados caracteriza-se pela ênfase da compreensão, valendo-se da arte da descrição que deve ser complementada, porém, pela explicação dos fenômenos em estudo, procurando as possíveis relações dos eventos investigados numa integração do individual com o social.

➤ A ênfase da atividade do pesquisador situa-se no processo de transformação e mudança em que se desenrolam os fenômenos humanos, procurando reconstruir a história de sua origem e de seu desenvolvimento.

➤ O pesquisador é um dos principais instrumentos da pesquisa porque, sendo parte integrante da investigação, sua compreensão se constrói a partir do lugar sócio-histórico no qual se situa e depende das relações intersubjetivas que estabelece com os sujeitos com quem pesquisa.

➤ O critério que se busca numa pesquisa não é a precisão do conhecimento, mas a profundidade da penetração e a participação ativa tanto do investigador quanto do investigado. Disso resulta que pesquisador e pesquisado têm oportunidade para refletir, aprender e re-significar-se no processo de pesquisa.

Deste modo, nesta escrita, de encontro à vontade de seu autor, encontra-se a força motriz que move a academia: as teorias – os elos sistêmicos da literatura que sustentam as ideias e entrelaçam-se na engrenagem do cotidiano –, reforçando a ideia de que os fatos da realidade são sempre maiores que a teoria¹⁹, pois “todo o conhecimento da realidade infinita, realizado pelo espírito humano finito, baseia-se na premissa tácita de que apenas um fragmento limitado dessa realidade poderá constituir de cada vez o objeto da compreensão científica” (WEBER, 2001, p. 124). Ainda assim, toda teoria é sempre refratada por uma realidade e vice-versa, de modo que constituem, ambas, reflexos uma da outra.

Esse direcionamento reflete, portanto, a forma como as relações entre pesquisador e dados da realidade pesquisada deve ser conjugada, partindo, principalmente, de uma interação e valorização das múltiplas manifestações linguístico-discursivas que os sujeitos enunciam em seus territórios de ocupação social e, assim, expressam histórias ‘verdades ou mentiras, boas ou más’, como refere Bakhtin (2009 [1929], p. 98), mas que constituem a essência de seus modos de ver e interagir com o mundo, constituindo assim, os letramentos sociais.

3.2 Mapeando o território da pesquisa: do contexto social de produção dos discursos

Conhecer o contexto da pesquisa, entrar em contato com suas riquezas e explorá-las é um processo minucioso e que requer cuidado, zelo e perspicácia, para que se possa extrair,

¹⁹ Albert Einstein (1879-1955) diz que: “Toda a nossa ciência, comparada com a realidade, é primitiva e infantil – e, no entanto, é a coisa mais preciosa que temos”. Disponível em: < <http://pensador.uol.com.br/frase/ODgzMzIz/> >. Acesso em: 18 abr. 2015.

por meio de procedimentos científicos adequados, as informações cabíveis à realidade pesquisada e aos propósitos da pesquisa. Ladrière (1977, p. 11) sintetiza isso, quando diz que: “na realidade histórica de seu devir, o procedimento científico é ao mesmo tempo aquisição de um saber, aperfeiçoamento de uma metodologia, elaboração de uma norma”.

Por isso, os planos de realização da pesquisa se reinventam, ressignificam e se reconstróem no contato com a realidade empírica, uma vez que esta ‘fala’ aquilo que é fundamental para a construção de uma referência de análise. Isso se deve pelo fato de a ciência ser “uma criação híbrida, plural e multifacética” (NAJMANOVICH, 2003, p. 49) e, por conta disso, há um emaranhado de (des) construções para uma aproximação mais concreta possível do objeto de pesquisa. Diante disso, nas veredas labirínticas trilhadas pelos domínios do território da coleta de dados da pesquisa é preciso:

[...] dilatar os sentidos, ampliar o horizonte da compreensão, encontrar novos caminhos e percorrer antigas trilhas. [...] Fazer honra à complexidade nos leva hoje a dedicar-nos à tarefa de insuflar sentido. É necessário rastrear a rica rede de relações na que um acontecimento há sido tecido, tratar de expandir o universo dimensional de nossa experiência e de nossa historização, sabendo sempre que é impossível seguir todas as pistas, ou suspeitar ao menos da sua existência - entre outras coisas porque vão surgindo em nossa própria atividade de elaboração. (NAJMANOVICH, 2003, p. 60)

Neste percurso, dedicou-se à cidade de Nazária, a qual será apresentada neste tópico, com objetivo de trazer o leitor para o contexto da pesquisa, mostrando como esse local se organiza do ponto de vista histórico, político, social e cultural. Essa macro organização constitui aspecto deveras relevante para se entender a natureza inicial dos dados e os possíveis desdobramentos que eles terão no processo de análise, uma vez que se constrói um painel ilustrativo do lugar, um mapa conceitual dos ‘porquês’ que compõem os acontecimentos da área da saúde e, principalmente, dos que dizem respeito diretamente à comunicação entre médico e paciente em contextos de consulta médica.

A tomada de conhecimento inicial com a cidade de Nazária se deu através da autorização (Autorização Institucional para Realização da Pesquisa e Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE)) (Apêndices B, C e D) para a realização da pesquisa e acesso aos locais de coleta de dados, a qual foi assinada pelo Secretário de Saúde da referida cidade. Importante ressaltar também, desde já, que todos os sujeitos da pesquisa (médicos e pacientes), após as entrevistas, assinaram o referido documento, no qual declaram

ter conhecimento do que se tratava, autorizando a divulgação de seu conteúdo. Todos esses documentos foram elaborados com base nas orientações propostas pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí (UFPI), o qual atua conforme a Plataforma Brasil, criada pelo Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP), do Ministério da Saúde (MS), a fim de registrar pesquisas envolvendo seres humanos, garantindo o sigilo e a privacidade dos sujeitos e dos dados da pesquisa.

Nazária é uma cidade localizada a cerca de 30 km da capital do Piauí, Teresina. Desmembrada desta há 22 anos (1993), (através da Lei Estadual nº 4810 de 14 de dezembro de 1995), pois até então era apenas um bairro, mas por questão de força política, principalmente, somente em 2005 recebeu o estatuto de município, emancipando-se legalmente e, desde então, vem buscando atender às exigências impostas a um município. Neste processo, enfrenta as dificuldades iniciais de tudo o que é ‘novo’; procurando caminhar em passos que acompanhem a lógica de atendimento às necessidades dos tempos atuais e às demandas de sua nova configuração político-social.

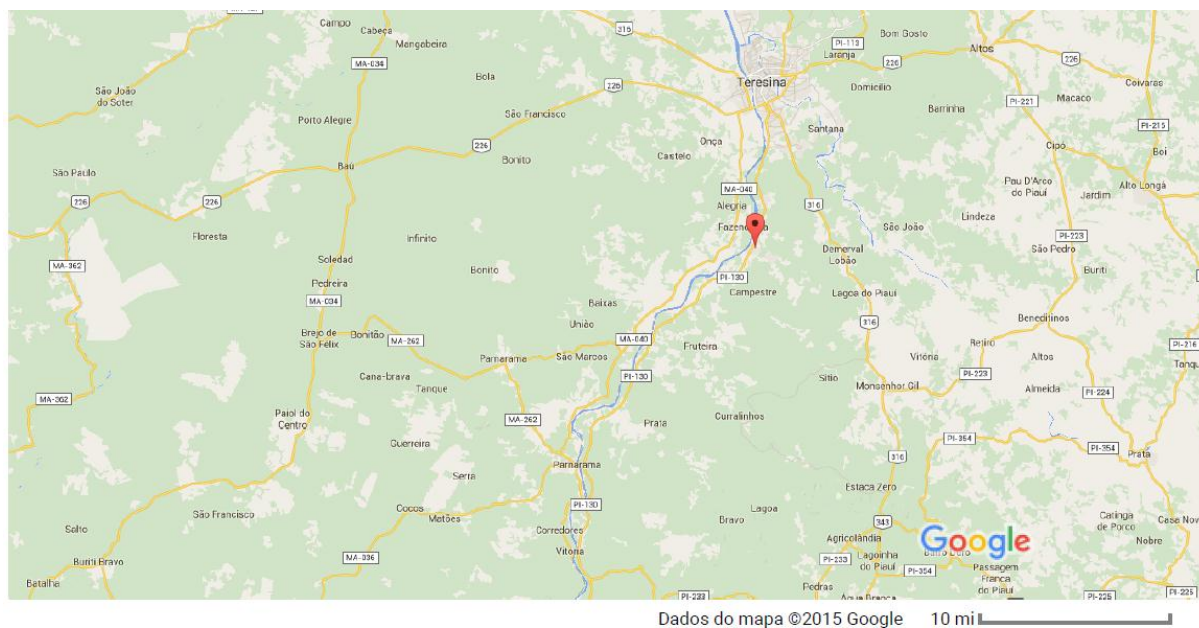
Os registros de sua história são apenas de natureza oral, pois não há ainda alguma fonte escrita documentada sobre o local²⁰. Apenas alguns poucos moradores mais velhos é que recordam informações dispersas sobre as origens do lugar. Desses achados orais atrelados a leituras do contexto histórico da época: final do século XIX, mais precisamente ao ano de 1852, quando a Capital do Piauí estava sendo transferida de Oeiras para Teresina, destaca-se que Nazária era apenas um povoado, com modestas casas e uma fazenda de gado da família tradicional do local, e que, como pertencente à região da nova capital que estava sendo projetada, participou ativamente de seu processo de construção, colaborando por meio de atividades ligadas à pecuária e à agricultura, principalmente, uma vez que se localiza às margens do rio Parnaíba, que separa Piauí e Maranhão.

Conforme informações atuais que dizem respeito à divisão regional do Estado do Piauí, Nazária está localizada na Mesorregião do Centro-Norte Piauiense; na Microrregião de Teresina; na Região metropolitana (Região Integrada de Desenvolvimento da Grande Teresina); e tem como municípios limítrofes, as cidades de Teresina (PI) (sentido Sul, há

²⁰ Com o intuito de uma maior contextualização desse trabalho, foi feito pesquisas em diversas fontes documentais escritas (livros e jornais) sobre a história oficial do município de Nazária, porém nem mesmo no site oficial do IBGE, que traz a história atualizada de todos os municípios do País, até o momento, nada consta no “histórico do município”. A única informação escrita, encontrada sobre o local, e considerada relevante, está disponível em um blog intitulado: ‘Blog de Nazária’, endereço: < <http://nazaria.webnode.com.br/news/historia-de-nazaria/> >. Nesse blog, criado em 2010, encontra-se uma matéria de autoria atribuída a Demerval Silva, datada do dia 27/11/2011, e que se apresenta com o seguinte título: “HISTÓRIA DE NAZÁRIA – II”, em que traz um relato historiográfico do local, o qual se assemelha com as informações contadas oralmente por alguns poucos moradores da região.

cerca de 30 km), Palmeirais (PI) (sentido Norte, há cerca de 73 km), Curralinhos (PI) (sentido Oeste, há cerca de 27 km), Timon (MA) (sentido Leste, há cerca de 30 km) e Matões (sentido Leste, há cerca de 46 km) (BRASIL, 2010a/2010b). Veja-se o mapa da cidade, disponibilizado no *Google Maps* ²¹:

Imagem 1: Mapa de localização da cidade de Nazarí (PI)



Dados do mapa ©2015 Google 10 mil

Fonte: *Google Maps* (2015)

Disponível em: < <https://www.google.com.br/maps/place/Naz%C3%A1ria,+Teresina+-+PI/@-5.4048816,-42.937977,10.25z/data=!4m2!3m1!1s0x78fc6697d097bff:0x486cc9609ab01d4d> >.

Segundo dados do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (BRASIL, 2010a/2010b), realizado no ano de 2010, quanto às características geográficas, a cidade possui uma área da unidade territorial de 363,589 km²; e uma população de 8.068 habitantes (com uma estimativa de 8.366 habitantes para o ano de 2015).

O acesso principal a cidade é pela rodovia estadual PI-130, da qual logo na entrada, se observa um espaço que se torna indefinido, muitas vezes, pelas semelhanças, ora com uma cidade, ora com um povoado, sendo este último cenário, o mais fácil de ser identificado, uma vez que o local ainda possui casas bastante afastadas umas das outras, assemelhando-se mais a pequenos sítios da zona rural e também a grande maioria das ruas não é asfaltada, ainda mantêm-se como estradas de terra.

²¹ “É um serviço de pesquisa e visualização de mapas e imagens de satélite da Terra gratuito na web fornecido e desenvolvido pela empresa estadunidense”. (Informações coletadas na *WIKIPÉDIA*, a enciclopédia livre (2015). Disponível em: < https://pt.wikipedia.org/wiki/Google_Maps >. Acesso em: 26 out. 2015.

Não existe nenhum hospital no município, o que justifica a necessidade das Unidades Básicas de Saúde (UBSs). Os pacientes que apresentam quadros de saúde mais graves, e que não podem ser atendidos nas UBSs, são encaminhados para Teresina (PI), principalmente para o Hospital Geral do Promorar, localizado a 28 km e o mais próximo em relação à Nazária. Esse fato foi facilmente comprovado, pois diversas vezes, durante a coleta de dados, a ambulância saiu com pacientes para o referido hospital. Também durante as entrevistas alguns pacientes mencionaram experiências de consulta médica vivenciadas em outros hospitais de bairros de Teresina.

P6/UBS1: [...] *lá no hospital do Promorar* [...].

P14/UBS1: [...] *eu faço tratamento aqui, faço no São Marcos* [hospital particular no Centro de Teresina], *tratamento de câncer, aí graças a Deus tá tudo bem.* [...].

P19/UBS2: [...] *no hospital do Buenos Aires* [bairro de Teresina] *que eu passei seis dias internadas* [...].

P21/UBS2: [...] *hospital lá da Pedra Mole* [bairro de Teresina] [...].

P26/UBS2: [...] *eu fui a Teresina com a dor, aí foi, cheguei em Teresina imediatamente com a dor que de noite não dormia, aí o medico de urgência no Parque Piauí* [bairro de Teresina], *aí ele aplicou duas injeção em mim, aí mandou eu tomar passou a receita do remédio aí eu fui a farmácia e comprei* [...].

P31/UBS3: [...] *me consulto aqui e me consulto também em Teresina, por que eu vou fazer uma cirurgia. Aí eu também me consulto lá no Getúlio Vargas* [hospital público no Centro de Teresina].

P32/UBS3: [...] *eu fui pra Evangelina Rosa* [maternidade pública de Teresina] [...].

P41/UBS3: [...] *no Lineu Araújo* [hospital público no Centro de Teresina] [...].

Esse trânsito entre Nazária e Teresina acontece não somente para tratar de problemas de saúde. Pela proximidade entre os locais, e pelo fato de que até bem recente (cerca de 20 anos) Nazária era um bairro de Teresina, a população ainda utiliza-se bastante dos serviços da Capital, como trabalho (“*Meu esposo [...] ele também já trabalhou numa clínica lá em Teresina [...]*” (P43/UBS3)), estudo, lazer etc.. Para essas atividades, o acesso se dá, principalmente por meio do transporte público coletivo.

Destaca-se que a realização da coleta de dados nesse município, considerado de pequeno porte, foi de fundamental importância para a pesquisa, pois possibilitou que se tivesse um apanhado geral de uma realidade específica, ou seja, foi possível alcançar uma

visão mais próxima da totalidade possível de um município inteiro, visto que seu espaço geográfico e populacional é bem pequeno e de fácil acesso. Fato que não teria ocorrido, por exemplo, caso a pesquisa tivesse sido realizada em uma UBS de uma cidade grande²², em que se teria apenas uma amostra de um todo mais amplo, pois existiriam muitas outras UBSs e/ou Postos de Saúde na mesma cidade, com muitos médicos e inúmeros pacientes, e por isso, não seria possível tomá-los todos, como campo e sujeitos da pesquisa.

No referido município, a coleta de dados deu-se em três Unidades Básicas de Saúde: a primeira: ‘Unidade Básica de Saúde Nazária’, localizada na sede da cidade; a segunda: ‘Unidade Básica de Saúde Secretaria’, localizada no bairro Secretaria; e a terceira: ‘Unidade Básica de Saúde Bom Jardim’, localizada no povoado Bom Jardim.²³

As especificidades desses três locais serão descritas a seguir, com o auxílio de registros fotográficos, apoiando-se em Bakhtin (2009 [1929], p. 128), quando diz que “a comunicação verbal entrelaça-se inextricavelmente aos outros tipos de comunicação e cresce com eles sobre o terreno comum da situação de produção”, e dentre esses ‘tipos de comunicação’, a linguagem das fotografias possibilita ao leitor visualizar os caminhos trilhados pelo pesquisador, criando molduras e recortes específicos, que ampliem as possibilidades de interpretação e compreensão do contexto empírico pesquisado.

A Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1) está localizada na entrada da cidade, na PI-130, ao lado de uma escola pública (Escola Municipal Francisco Alves de Carvalho). Desde 2009, quando foi inaugurada, funciona nesse prédio, que antes funcionava como posto telefônico. Embora essa UBS seja considerada a principal do município, por localizar-se na sede da cidade, a estrutura física é muito pequena, de modo que os profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos, auxiliares, entre outros) buscam revezar os espaços, conforme a demanda dos atendimentos e as necessidades de acomodação dos pacientes.

²² Essa informação é extremamente relevante, pois a ideia inicial de realização do trabalho de coleta de dados seria em um posto de saúde no bairro Dirceu Arcoverde, em Teresina (PI), mas que por questões de autorização legal isso não foi possível. A escolha para a realização da pesquisa nesse posto tinha se dado de forma aleatória.

²³ Embora se diga que foi possível ter essa abrangência de todas as Unidades Básicas de Saúde do município, é importante ressaltar que, além dessas três, existe mais uma, porém esta é localizada na zona rural, em um povoado bastante distante e de difícil acesso. Segundo informações do Secretário de Saúde, ao contrário dessas três UBS’s, que são consideradas do eixo central do município e que tem atendimento médico pelo menos três vezes por semana, no povoado os atendimentos médicos são feitos mensalmente, quando um médico (clínico geral) desloca-se até lá. Outro fator que merece ser destacado é o fato de que esse médico que atende é o mesmo da Unidade Básica de Saúde da Secretaria (UBS2), o qual afirmou em entrevista que com todos os seus pacientes e em todos os locais, busca malear a linguagem da melhor forma possível para que eles compreendam, pois: *“Essa questão da comunicação do médico com o paciente, [...] tem que ser o mais simplificado, o mais fácil dele entender possível [...]”; “[...] quando eu não consigo, eu brinco eu falo as coisa de uma forma jocosa pra facilitar o entendimento, pra pessoa entrar no clima, normalmente eu me saio bem nesse caso”* (M2/UBS2).

Imagem 02: Fachada de entrada da UBS1 (I)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 03: Fachada de entrada da UBS1 (II)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 04: Serviços oferecidos na UBS1

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 05: Sala de vacinação UBS1

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

A Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2), quanto à forma de distribuição dos espaços físicos internos assemelha-se aos demais, porém em maior extensão (as fotos a seguir, dão essa dimensão), o que se pode dizer que é a mais ampla das três UBSs observadas. Fica localizada na PI-130, na saída da cidade, e ao lado da Secretaria Municipal de Educação.

Imagem 06: Fachada de entrada da UBS2 (I)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 07: Fachada de entrada da UBS2 (II)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 08: Serviços oferecidos na UBS2

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 09: SAME/recepção da UBS2

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Já a Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3), situa-se no povoado que dá nome a UBS, há 8 km da sede da cidade, e também se localiza na PI-130, ao lado de uma escola pública (Escola Municipal Bom Jardim). Possui uma estrutura física que pode ser considerada média, se comparada aos outros. Considerando o número da população que atende, possibilita uma boa circulação e divisão de espaços entre profissionais da saúde e pacientes.

Imagem 10: Fachada de entrada da UBS3 (I)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 11: Fachada de entrada da UBS3 (II)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 12: Serviços oferecidos na UBS3

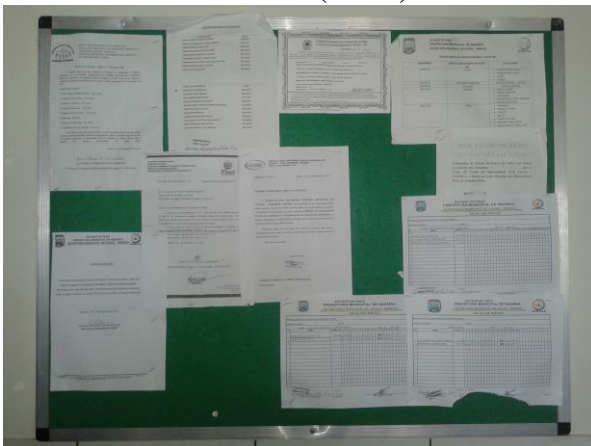
Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 13: Consultório de enfermagem UBS3

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

A organização dos espaços internos das UBSs por si só, permite que sejam consideradas espaços de letramentos, dada a diversidade de textos (cartazes, principalmente) espalhados nas paredes e em murais. Essas peças escritas têm por objetivo orientar as ações dos sujeitos, tanto aos serviços prestados dentro do local (**Imagem 04, 08 e 12**); bem como fora das UBSs, na vida social dos sujeitos, através de campanhas de orientação e informações acerca de cuidados relativos à prevenção e tratamento de doenças, que fazem parte da agenda nacional das ações do Ministério da Saúde e do SUS, conforme mostram as imagens a seguir:

Imagem 14: Mural de avisos e informativos (UBS1)



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 15: Cartazes na parede da UBS2



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 16: Cartaz na parede da UBS1



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 17: Cartazes na parede da UBS2



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Ainda quanto à organização e estrutura física desses locais, pode-se destacar que eles apresentam estrutura arquitetônica moderna e bastante parecidas entre si, (*as fotos das fachadas comprovam isso*), variando apenas em aspectos, como tamanho dos espaços internos: recepção, SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatística), consultórios (até 3 para médicos, 1 para odontologista e até 2 para enfermagem), salas de vacinação, farmácia,

corredores, banheiros, copa, depósitos, dentre outros espaços que são aproveitados conforme as necessidades de acomodar os serviços oferecidos a população. Todos esses espaços internos apresentam padrões mínimos de segurança e bom funcionamento.

A principal diferença entre os três locais diz respeito a questões organizacionais que interferem no andamento das atividades. Por exemplo, na UBS1, que é a menor, porém como se localiza na sede da cidade, é a que atende o maior fluxo de pacientes, e também funcionam muitas atividades administrativas, relativas à gestão da Secretaria de Saúde, aumentando assim, a lotação e até difícil locomoção dentro do espaço. Nas outras duas UBSs, apesar de serem bem maiores, ficam mais afastadas da Sede, e por isso, não têm esse problema.

Quando se trata das instalações, condições materiais, organização e disposição dos recursos que enriquecem os serviços prestados pelas UBSs tem-se como material permanente: computadores, impressoras, mesas, cadeiras, bancos, estantes (prateleiras), diversos armários de aço, bebedouros, fogões industriais, geladeira, ventiladores de teto e ar-condicionado em diversas dependências dos locais, entre outros recursos específicos para o desenvolvimento da prática hospitalar e o trabalho entre as equipes de saúde, as quais buscam desenvolver suas atividades em parceria, construindo uma base sólida por meio do trabalho colaborativo.

Essas UBSs fazem parte de uma ação de infraestrutura social desenvolvida pelo Programa de Aceleração do Crescimento (PAC²⁴). Foram criadas em 2009, com o objetivo de diminuir as lotações nos hospitais. Elas funcionam como um local de atendimento gratuito e como oferta de atenção primária às carências básicas de saúde da maioria da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para hospitais. Os atendimentos oferecidos são em Clínica Geral, Ginecologia, Pediatria, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços, conforme as especialidades desses profissionais são: consultas médicas, injeções, vacinas, curativos, inalações, tratamento odontológico, coleta de exames laboratoriais, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica (BRASIL, 2012).

Todas essas UBSs pertencem à esfera pública municipal, sob a jurisdição da Secretaria Municipal de Saúde de Nazária (SEMUSA), a qual faz parte do quadro de secretarias do município, desenvolvendo suas ações no campo da saúde, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), atendendo à população principalmente pelas ações do plano de saúde pública: Sistema Único de Saúde (SUS).

²⁴ Programa do Governo Federal, criado em 2007, no segundo mandato do presidente Luiz Inácio Lula da Silva (2007-2010), como um plano estratégico de resgate do planejamento e de retomada dos investimentos em setores de infraestrutura do País, como social, urbano, logístico e energético (BRASIL, 2012).

Conforme já foi mencionado, não há um hospital na cidade e, assim, a criação desses locais deu-se como uma forma do município dar respostas às demandas de atendimento a saúde da população, oportunizando-lhes locais que sirvam como referência de promoção à saúde, em respeito às obrigatoriedades legais exigidas para a organização de um município.

É, portanto, desse contexto que emerge a natureza diversa de letramentos, os quais ecoam nas vozes de médicos e pacientes, os quais serão apresentados a seguir, com o propósito de entender a dinâmica sociocultural em que eles se inserem, tanto como sujeitos individuais, quanto em suas formas de *inter-ação* com o ‘outro’.

3.3 Da constituição e caracterização dos sujeitos da pesquisa

Neste tópico, apresenta-se os sujeitos sobre os quais se buscou compreender as relações comunicativas em seus contextos de letramento social, buscando entender suas ações e condutas sociais: o médico no contexto profissional; e o paciente, em um contexto de sua vida social, cotidiana, mas em um recorte que se entrelace ao contexto profissional do médico.

Os sujeitos da pesquisa são constituídos por 48 pessoas, sendo os 3 médicos com especialidade em Clínica Geral²⁵ que atendem no município, nos dias de segunda, quarta e quinta-feira, no horário da manhã (das 8h às 12h). E 45 pacientes, sendo 15 em cada uma das UBSs. Elegeu-se esse número exato (quantitativo) para cada UBSs, como uma maneira de manter um equilíbrio, tanto na coleta, quanto na leitura e análise dos dados.

A médica da Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1) é graduada em Medicina pela Faculdade Integral Diferencial (FACID), de Teresina (PI), no ano de 2012. Atua no município há 03 anos, atendendo pelo Programa Saúde da Família (PSF).

O médico da Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2) se formou em Medicina em 1974, pela Faculdade Nacional de Medicina do Rio de Janeiro (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)). Além de Clínico Geral, é especialista em Gastroenterologia. Possui 41 anos de experiência em atendimento clínico, e há 05 anos atua no município pelo PSF.

O médico da Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3), há 20 anos (em 1995) se formou em Medicina, pela Universidade Federal do Piauí (UFPI) e há 03 anos atende no município, também no mesmo Programa.

²⁵ Optou-se apenas por profissionais dessa especialidade para tentar manter um equilíbrio na fonte de onde advinham os dados, assim, a coleta de dados foi feita somente com médicos Clínicos Gerais, e seus respectivos pacientes. Assim, não foram entrevistados pacientes que estavam nas UBSs, mas atendidos por médicos de outras especialidades, como ginecologistas, pediatras, ou também, enfermeiros e odontologistas.

Esses três profissionais, bem como os demais com quais se teve contato durante a coleta de dados (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem etc.), integram o quadro de funcionários no serviço de saúde do município, e têm uma formação acadêmica específica, conforme as exigências para desenvolver, as funções que lhes compete. A entrada da maioria se deu através de concurso público ou por contrato de prestação de serviços, prática que ainda é muito comum no município. A jornada de trabalho é de 40 horas semanais, divididas de acordo com o cronograma de atendimento elaborado pela SEMUSA.

Quanto aos pacientes, estes se constituem de um grupo diverso de pessoas, mas que apresentam características e perfis bem semelhantes. São todos moradores da região em que as UBSs se localizam. No geral, são pessoas simples, de pouca instrução escolar, fator que não é tão relevante para a pesquisa, uma vez que se considera a questão do letramento social do sujeito, o qual independe do processo de alfabetização escolarizado. Embora isso, é importante destacar que, na heterogeneidade que constitui o *corpus*, tem pessoas que apresentam maior grau de instrução; já outras, nem tanto. Essas pessoas vão aos locais em uma situação de mais “passividade”, isto é, dependentes de uma ‘resposta’ ou ‘solução’ para o seu problema, atribuindo esta tarefa ao médico. Ainda assim, é possível dizer que não há uma diferença social ou de outra natureza específica, de forma mais evidente, que possa destoar nos dados coletados dentro de uma mesma UBS; ou mesmo de uma UBS para outra.

Quanto aos critérios de recrutamento ou seleção dos pacientes para a coleta de dados, não houve uma categorização baseada, por exemplo, em parâmetros, como gênero, classe social, etnia, idade etc. Era necessário apenas que a pessoa fosse adulta (e por isso, foram entrevistados desde jovens de 19 anos a idosos, com mais de 60 anos), e tivesse a disponibilidade de responder as perguntas após sair do consultório médico.

De forma esquemática, apresenta-se todos os sujeitos da pesquisa, no quadro abaixo, o qual evidencia algumas de suas particularidades²⁶, possibilitando que se estabeleçam possíveis diferenças e semelhanças entre eles, e, principalmente, visualize aspectos sociais considerados relevantes para os propósitos da pesquisa, como, por exemplo, o nível de instrução/escolarização, considerada como um fator importante para a análise de suas falas.

²⁶ Destaca-se que, embora em alguns casos (P6 e P7/UBS1; P27/UBS2; P38, P40, P43, P44/UBS3), o sujeito consultado tenha sido uma criança, que estava no colo da mãe, considerou-se esta como sendo a paciente, uma vez que é ela que fala, interage com o médico durante a consulta, responde às perguntas do pesquisador e assina o termo de consentimento para a realização da entrevista.

Quadro 04: Perfis de todos os sujeitos da pesquisa

	Sujeito	Sexo	Idade	Nível de instrução/escolarização ²⁷
Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1)	Médico (a) 01	F	28	Nível superior (graduação e especialização)
	Paciente 01	F	40	Alfabetizada
	Paciente 02	M	60	Não alfabetizado
	Paciente 03	F	45	Não alfabetizada
	Paciente 04	F	33	Não alfabetizada
	Paciente 05	M	50	Alfabetizado
	Paciente 06	F	27	Alfabetizada
	Paciente 07	F	28	Alfabetizada
	Paciente 08	F	25	Alfabetizada
	Paciente 09	F	30	Alfabetizada
	Paciente 10	F	60	Não alfabetizada
	Paciente 11	F	55	Alfabetizada
	Paciente 12	M	42	Alfabetizado
	Paciente 13	F	36	Alfabetizada
	Paciente 14	F	51	Alfabetizada
Paciente 15	F	63	Não alfabetizada	
Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2)	Médico (a) 02	M	70	Nível superior (graduação e especialização)
	Paciente 16	F	43	Alfabetizada
	Paciente 17	F	44	Alfabetizada
	Paciente 18	F	55	Alfabetizada
	Paciente 19	F	65	Alfabetizada
	Paciente 20	F	52	Alfabetizada
	Paciente 21	M	54	Alfabetizado
	Paciente 22	F	32	Alfabetizada
	Paciente 23	M	60	Não alfabetizado
	Paciente 24	F	51	Alfabetizada
	Paciente 25	F	61	Alfabetizada
	Paciente 26	M	72	Alfabetizado
	Paciente 27	F	24	Alfabetizada
	Paciente 28	F	50	Não alfabetizada
	Paciente 29	F	25	Alfabetizada
Paciente 30	F	30	Alfabetizada	
Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3)	Médico (a) 03	M	56	Nível superior (graduação e especialização)
	Paciente 31	F	43	Alfabetizada
	Paciente 32	F	23	Alfabetizada
	Paciente 33	F	37	Alfabetizada
	Paciente 34	F	19	Alfabetizada
	Paciente 35	M	60	Alfabetizado
	Paciente 36	F	28	Alfabetizada
Paciente 37	F	55	Alfabetizada	

²⁷ Reconhece-se que esta categorização: alfabetizado X não alfabetizado é baseada justamente no modelo de letramento autônomo, o qual é criticado nesse estudo, entretanto, essa diferenciação fez-se necessária, conforme a leitura analítica dos dados, empreendida no próximo capítulo.

Paciente 38	F	31	Alfabetizada
Paciente 39	M	55	Alfabetizado
Paciente 40	F	24	Alfabetizada
Paciente 41	F	52	Alfabetizada
Paciente 42	F	33	Alfabetizada
Paciente 43	F	32	Alfabetizada
Paciente 44	F	19	Alfabetizada
Paciente 45	F	69	Não alfabetizada

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Na aplicação do questionado não foi perguntado aos pacientes sobre seu nível de escolarização, de modo que essa classificação toma por base apenas as assinaturas dos sujeitos (escrita alfabética ou impressão digital) nos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando a publicação do conteúdo das entrevistas.

Esse princípio orienta-se pelas leituras de autores (SOARES, 1995; SOARES, 2003; SOARES, 2010; RIBEIRO, 1997; RIBEIRO, SOARES, 2008) que discutem o tema a partir dos resultados de pesquisas realizadas por órgãos como: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional (INAF), Instituto Paulo Montenegro (IPM), Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO), e outros.

O conceito de alfabetização vem ao longo dos anos sofrendo alterações, buscando atender as necessidades de interação que os sujeitos vivenciam nos contextos sociais. A UNESCO em 1958 definia como alfabetizada a pessoa que era capaz de ler ou escrever um enunciado simples, presente no cotidiano. Em 1978, apresenta o termo alfabetização funcional, referindo-se as habilidades para que os sujeitos se insiram de forma satisfatória no meio social que circula, apresentando capacidade e desempenho em tarefas em que a leitura, a escrita e o cálculo são determinantes para seu próprio desenvolvimento e de sua comunidade.

Atualmente, para a UNESCO, uma pessoa é considerada alfabetizada funcional quando é capaz de desenvolver habilidades funcionais de alfabetismo para além das habilidades com a leitura, a escrita e a matemática, mas também utilizar dessas capacidades para uma aprendizagem contínua ao longo de toda a vida. Em consonância com isso, no Brasil o INAF, por meio de testes de proficiência em leitura, escrita e matemática, realizados entre 2001 e 2005, classificou em quatro os níveis de funcionalidade dessa habilidade na população adulta brasileira entre 15 a 64 anos em todas as regiões do país:

- **Analfabetos absolutos:** o indivíduo não consegue realizar tarefas simples envolvendo a leitura e a escrita de palavras e frases.

- **Alfabetização rudimentar:** o indivíduo é capaz de localizar informações explícitas em textos curtos e familiares, como bilhetes, anúncios, títulos numa capa de revista,

calendário etc.; e também ler e escreve números familiares (números de telefone, horários etc.), bem como lida com operações matemáticas simples, como manuseia dinheiro etc.

- **Alfabetismo em nível básico:** o indivíduo é capaz de ler e compreender textos de média extensão, localiza informações e faz inferências, visto que reconhece recursos próprios do texto, como sumário e legendas; e ainda resolvem problemas simples de matemática.

- **Alfabetismo em nível pleno:** o indivíduo já não possui nenhuma restrição, nem com relação à leitura e escrita, nem a matemática, de modo que ler, interpreta, compreende com diferentes tipos de textos e em situações diversas. São capazes de identificar, selecionar, comparar, retirar e acrescentar informações ao texto.

Os dois primeiros (Analfabetos absolutos e Alfabetização rudimentar) fazem parte do quadro de analfabetismo funcional; já os dois últimos (Alfabetismo em nível básico e Alfabetismo em nível pleno) fazem parte do quadro de alfabetização funcional.

Quanto ao contato com esses pacientes, se dava logo nos corredores das UBSs, quando o pesquisador chegava ao local e eles já estavam na fila (sentados ou de pé), aguardando pelo médico, organizados conforme o horário da chegada, o ‘quem chegou primeiro’. Os locais são sempre muito movimentados, superlotados (o que denuncia um dos muitos problemas da saúde pública no Brasil). A aglomeração nos estreitos corredores, espera na fila, entre outros fatores, deixa os pacientes inquietos e, algumas vezes até irritados, gerando alguns ‘estranhamentos’, tanto entre eles, quanto com os funcionários dos locais, visto que atribuem a estes, a culpa pelos problemas de mau atendimento e escassez dos serviços do SUS.

Desse modo, veja-se, nas imagens abaixo, o registro dessas interações, que podem ser consideradas como eventos de letramento, pois são situações nas quais há uma discussão organizada sobre os usos sociais da leitura e da escrita no cotidiano:

Imagem 18: Encontro nas filas de espera (I)



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 19: Encontros nas filas de espera (II)



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 20: Encontros nas filas de espera (III)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Imagem 21: Encontros nas filas de espera (IV)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Nessa espera, os corredores tornam-se depositários de confissões compartilhadas. Os assuntos variam, mas o principal tema é o problema de saúde que motivou a ida ao médico. Após observar algumas dessas cenas, pode-se até dizer, que os corredores funcionam como um pré-consultório médico, uma vez que eles compartilham entre si os problemas, as angústias, os sintomas e as dores que normalmente deveriam ser contadas somente para o médico, dentro do consultório. Com isso, eles também acabam tornando-se espécies de ‘médicos’, pois a partir do conhecimento do senso comum e das experiências de terem passado por problema de saúde semelhante, recomendam medicações ou tratamentos.

Essas conversas informais também se estendiam ao pesquisador, que muitas vezes era chamado à conversa por algum paciente para tirar alguma dúvida sobre o funcionamento das UBSs e do atendimento médico. Esse primeiro contato com os modos, os comportamentos, as expectativas e também, os diálogos com os pacientes, possibilitou que já se começasse a traçar um diagnóstico dos locais da pesquisa, para que em seguida, fosse possível a aplicação dos demais métodos, técnicas, procedimentos e instrumentos de coleta dos dados, apresentados a seguir.

3.4 Métodos, técnicas, procedimentos e instrumentos de coleta dos dados

No processo de inserção no contexto de uma pesquisa, “o investigador recorre à observação e à reflexão que faz sobre os problemas que enfrenta, e à experiência passada e atual dos homens na solução destes problemas” (CHIZZOTTI, 2010, p. 11), para que possa “munir-se de instrumentos mais adequados à sua ação e intervir no seu mundo para construí-

lo adequado à sua vida”. Daí a necessidade de buscar diferentes métodos, formas, estratégias, instrumentos e procedimentos para coletar as informações, de forma que, ao final, tenham-se diferentes espelhos para refletir a face de uma mesma moeda, ou seja, vários tipos de fontes que comprovem a unicidade de um mesmo fato, possibilitando que ele possa ser apresentado e considerado como relevante para os estudos dentro de uma área de pesquisa científica.

Do conjunto de práticas sócias e contextos que constituem o cenário desta pesquisa, uma das principais especificidades do trabalho investigativo é o estabelecimento de uma ponte entre sujeito, linguagem e sociedade, pois conforme pretende Geraldini (2013, p. 06), já em mencionada leitura bakhtiniana, “o trabalho com a linguagem, executado através dos processos discursivos, percorre um *continuum* de objetivos que vão desde a necessidade de construir uma compreensão comum e aproximadamente idêntica até a abertura máxima dos sentidos”. Nesse processo, é preciso, portanto, desmembrar o ‘todo’ em ‘partes’ que possibilitem alcançar as especificidades mais sensíveis possíveis do fenômeno investigado.

A vivência no campo da pesquisa para a coleta dos dados ocorreu entre o dia 03 de junho e o dia 03 de julho de 2015. Nesse período, houve obstáculos e desafios que precisaram ser superados, como por exemplo: a indisponibilidade de alguns dos profissionais da saúde (médicos) em conceder a entrevista na data prevista, fazendo com que o pesquisador tivesse que se deslocar repetidas vezes, sem sucesso, até o local da pesquisa. Ainda assim, considera-se ter sido um período relativamente curto, de modo que é possível elencar, de forma pontual, as datas, locais e atividades desenvolvidas em cada momento de coleta de dados.

i) **03 de junho de 2015**: coleta da assinatura de autorização do Secretário de Saúde para a realização da pesquisa, conforme exigências da Plataforma Brasil e Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI e reconhecimento de um dos locais da pesquisa (Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1));

ii) **08 de junho de 2015**: coleta de dados (entrevistas e fotos das receitas médicas) com 7 (sete) pacientes e a médica (M1) da Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1);

iii) **11 de junho de 2015**: coleta de dados (entrevistas e fotos das receitas médicas) com 8 (oito) pacientes da Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1);

iv) **24 de junho de 2015**: coleta de dados (entrevistas e fotos das receitas médicas) com 11 (onze) pacientes da Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2);

v) **25 de junho de 2015**: coleta de dados (entrevistas e fotos das receitas médicas) com 9 (nove) pacientes da Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3);

vi) **26 de junho de 2015**: coleta de dados (entrevistas e fotos das receitas médicas) com 6 (seis) pacientes da Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3);

vii) **01 de julho de 2015**: coleta de dados (entrevistas e fotos das receitas médicas) com 4 (quatro) pacientes e o médico (M2) da Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2);

viii) **03 de julho de 2015**: coleta de dados (entrevista) com o médico (M3) da Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3).

A aplicação dos demais instrumentos de coleta de dados, como **observação**, **fotografias** e registros em **diário de campo** ou **diário de bordo**, foi feita em todas essas datas, o que possibilitou inclusive, a redação das informações contidas nesse texto.

Para os propósitos aqui pretendidos, a orientação que se seguiu, tanto, para essa **abordagem de coleta dos dados**, descrita acima; quanto para a **análise** dos mesmos, constituiu-se da adoção dos princípios da **pesquisa de natureza qualitativa**, de base sociológica bakhtiniana, partindo de um ser “expressivo e falante”, portanto, “inesgotável em seu sentido e significado” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 395), que se auto-revela nas marcas livres e expressivas da vida cotidiana.

Segundo Chizzotti (2010, p. 79), a **abordagem qualitativa** “parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre um mundo objetivo e a subjetividade do sujeito”, de modo que a compreensão do objeto investigado depende considerar o conjunto de fenômenos humanos que constituem a realidade pesquisada.

Esse tipo de pesquisa caracteriza-se, segundo Michel (2009), pela relação dinâmica, particular, contextual e temporal entre pesquisador, teóricos e objeto de estudo, em que o pesquisador procura discutir e apresentar os resultados, interpretando-os e levando em consideração o significado das teorias norteadoras e a análise dos dados coletados no campo. Nesse processo se lida com pessoas e fatos e necessita de uma interpretação à luz do contexto, valorizando a dialética das contradições entre a teoria e a prática, sendo esta marcada por valores e crenças que devem ser consideradas em todas as etapas da pesquisa.

Essa associação teórico-conceitual alcança a dimensão prática na coleta dos dados por meio do diálogo entre os **procedimentos técnicos da pesquisa bibliográfica** e da **pesquisa de campo**, compreendendo a transitoriedade e o entrelaçamento entre métodos, em que o primeiro ajuda a perceber, clarificar, questionar, interpretar e lidar com a complexidade vivenciada na realidade empírica, na qual se encontra o fenômeno investigado.

A **pesquisa bibliográfica**, segundo Gil (2008, p. 44), “é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”. Sua principal vantagem está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma variedade de fenômenos muito ampla no plano teórico, que possibilita o levantamento de informações que ajudam a

enxergar a realidade durante a coleta de dados em campo. Quanto a esta (**pesquisa de campo**), segundo o mesmo autor (GIL, 2008), busca o aprofundamento de uma realidade específica, exigindo do pesquisador a observação direta da realidade, a qual possibilita a articulação de conceitos e dados teóricos aos dados reais, vividos pelos sujeitos pesquisados.

Quanto ao **objetivo da pesquisa**, constitui-se de uma pesquisa de natureza **descritiva** e **explicativa**, uma vez que busca descrever e elucidar as características e fenômenos específicos do objeto, à luz das teorias, balizadas pela experiência vivenciada na pesquisa de campo (GIL, 2008).

No que se refere aos **instrumentos de coletas de dados** da pesquisa de campo, além da **observação participante e direta** dos fatos, utilizou-se do **instrumento entrevista semi-estruturada**, por meio da formulação de perguntas fechadas e abertas (MINAYO, 2013), estas conhecidas como subjetivas, em que os interlocutores (médicos e pacientes) apresentaram suas respostas, de forma oral e livre. Dos primeiros, buscou-se saber como eles buscam dizer as informações para o paciente; e dos segundos, como eles compreendem a informação dita pelo médico durante a consulta.

Com o propósito de alcançar uma maior proximidade com o objeto investigado, na elaboração das perguntas/questionamentos que compõem o instrumento **entrevista**, foram considerados principalmente, os objetivos, as perguntas de pesquisa e as motivações para a realização da pesquisa, explicitados na parte introdutória deste trabalho. Assim, construiu-se um roteiro de entrevista, desdobrado em (13) treze questionamentos, sendo 08 (oito) direcionados aos pacientes e 5 (cinco) direcionados aos médicos (Apêndices E):

Com os pacientes:

- 1) Você se consulta regularmente nos postos de saúde?
- 2) Quando se consulta, é com o mesmo médico?
- 3) Durante as consultas você compreende o que o médico lhe orienta ou informa?
 - 3.1 (Se não) Quais os motivos para essa falta de compreensão?
 - 3.1.1 Quando você recebe a orientação por escrito na receita, há facilidade para lembrar como seguir a medicação?
 - 3.1.2 Quando você não lembra ou não compreendeu as orientações, a partir da fala do médico ou da receita prescrita, como busca resolver/solucionar suas dúvidas?
- 4) Você, a partir da receita que recebe na consulta, consegue identificar ou fazer alguma relação entre a fala do médico e o que tem escrito? Ou fica confuso o entendimento?

5) A partir do que você apontou como problema(s) na comunicação com o médico, o que sugere para melhorar essa relação comunicativa entre médico e paciente?

Com os médicos:

1) Como se dá a comunicação com o paciente?

2) Quais as principais dificuldades de compreensão quanto a prescrições e orientações, tomando por base perfis de pacientes? Você apontaria possíveis causas para as dificuldades encontradas?

3) O que você faz para manter uma boa comunicação, principalmente, com aqueles pacientes que não sabem ler (são analfabetos)? De que modo você atua para esclarecer dúvidas para que eles superem suas dificuldades e consigam seguir o tratamento correto?

Antes da aplicação desses questionamentos, eram esclarecidos aos sujeitos todos os propósitos de sua realização, os objetivos da pesquisa e, por isso, a importância que compreendia cada resposta dada aos questionamentos feitos. A análise das informações adquiridas possibilitou que se identificassem alguns dos descompassos de compreensão na interação entre médicos e pacientes durante o evento de letramento consulta médica.

Ressalta-se que no capítulo 4, destinado a análise e discussão dos dados, não serão apresentadas todas as respostas desse roteiro de entrevista, apenas os enunciados considerados exemplares para a discussão, em que seja possível, de forma mais evidente, marcar a presença do processo posto em análise. Por exemplo, os dois primeiros questionamentos feitos aos pacientes têm por objetivo apenas identificar a frequência com que eles consultam-se na UBS e o conhecimento que já têm sobre o médico. Esse levantamento prévio desencadeia a realização dos outros questionamentos, que se desdobram a partir das respostas dadas, e que tem como objetivo investigar como eles compreendem as informações ditas pelo médico. Quanto a este profissional, as cinco perguntas têm por objetivo identificar as percepções acerca da interação com o paciente e o modo como este compreende as informações repassadas durante a consulta.

É importante mencionar que, conforme a abordagem de base sociodialógica definida para este estudo, sob a orientação bakhtiniana, considera-se a entrevista para além de um instrumento de coleta de dados e, aponta-se para a sua inserção no campo dos gêneros do discurso primário, conforme seus aspectos de forma e função comunicativa, sendo, portanto,

um produto de linguagem, de caráter dialógico, que possibilita uma *inter-ação* entre os sujeitos (entrevistador e entrevistado) em seus contextos enunciativos.

Adam (1992) trata da questão, do ponto de vista da natureza linguística, considerando que os gêneros são constituídos por “sequências textuais”, e que nessa classificação, a entrevista situa-se como gênero textual de sequencialidade dialogal, uma vez que concretiza mediante segmentos discursivos de troca de turnos entre os enunciadorees engajados na conversação. Para Bronckart (2012, p. 231), ao citar Adam (1992), este tipo de texto se organiza a partir de três níveis articulados: o nível supraordenado, que se subdivide em: fase de abertura (os ritos iniciais e fáticos de uma interação); fase transacional (aborda-se o conteúdo temático da interação) e fase de encerramento (de caráter fático, é o encerramento da interação); o nível 2, em que “cada uma das três fases gerais pode ser decomposta em unidades dialogais ou trocas”; e nível 3, no qual “cada intervenção pode ser decomposta em atos discursivos, isto é, em enunciados que realizam um ato de fala determinado” (p. 232).

Assim, pode-se concluir desse diálogo teórico, com o entendimento de Bonini (1999, p. 311) quando diz que “a junção dos conceitos de gênero e de sequência implica no estabelecimento de estatutos de gênero dialogal e de sequência dialogal para o que Adam concebe apenas como sequência”.

Sobre a utilização da observação e da entrevista na pesquisa qualitativa de orientação sócio-histórica bakhtiniana e vygotskiana, Freitas (2003, p. 33/2002, p. 29) elucida que:

A observação, numa pesquisa com abordagem sócio-histórica se constitui pois em um encontro de muitas vozes: ao se observar um evento, depara-se com diferentes discursos verbais, gestuais e expressivos. São discursos que refletem e refratam a realidade da qual fazem parte construindo uma verdadeira tessitura da vida social.

A entrevista, na pesquisa qualitativa de cunho sócio-histórico, também é marcada por essa dimensão do social. Ela não se reduz a uma troca de perguntas e respostas previamente preparadas, mas é concebida como uma produção de linguagem, portanto, dialógica. Os sentidos são criados na interlocução e dependem da situação experienciada, dos horizontes espaciais ocupados pelo pesquisador e pelo entrevistado. As enunciações acontecidas dependem da situação concreta em que se realizam, da relação que se estabelece entre os interlocutores, depende de com quem se fala. Na entrevista é o sujeito que se expressa, mas sua voz carrega o tom de outras vozes, refletindo a realidade de seu grupo, gênero, etnia, classe, momento histórico e social.

Importante ressaltar ainda, sobre como se deu o processo de abordagem dos sujeitos e a acomodação dentro dos espaços de pesquisa. Na UBS1, por exemplo, dada a falta de espaço,

a coleta de dados aconteceu em um apertado corredor, em que a toda hora passavam pacientes e funcionários do local. Para a acomodação do pesquisador e pacientes, foi colocada ('improvisada') uma mesa e duas cadeiras, para que fosse possível uma conversa 'face a face' durante a entrevista e registro fotográfico da receita. Já na UBS2, o espaço físico era um pouco maior, e por isso, o pesquisador ficou acomodado em uma sala de vacinação e atendimentos básicos (como aplicação de injeção e tomada de soros), dividindo o espaço com duas auxiliares de enfermagem. O pesquisador e os pacientes também se acomodaram em uma mesa e duas cadeiras, que já faziam parte da sala. Já na UBS3, em que os espaços físicos eram bem maiores, o pesquisador e os pacientes ficaram em uma sala ampla. Para a gravação das entrevistas e fotos das receitas, o pesquisador utilizou o próprio celular, de uso pessoal.

Durante todo o processo de coleta de dados com os sujeitos, a presença do pesquisador não causou nenhuma reação diferenciada ou de estranhamento à rotina normal das UBSs, em virtude que o pesquisador buscou construir uma simetria na relação com os sujeitos. Para isso, abordou-os da forma mais espontânea possível, por meio de uma conversa prévia, em que ao mesmo tempo em que os mobilizava ou os 'convidava' a participarem da pesquisa, também, os deixava livres e à vontade para responder as perguntas cooperativamente.

Entretanto, a postura dos sujeitos frente ao pesquisador variou de uma UBS para outra. Por exemplo, os pacientes da UBS1, como foram entrevistados nos corredores, ficaram menos à vontade com a situação; enquanto na UBS2 e UBS3, em que foram entrevistados em uma sala mais reservada, imprimindo, assim, um caráter mais formal ao evento²⁸, ficaram mais à vontade para se expressar. Interessante ressaltar também, que nesses dois últimos locais, os pacientes consideraram o pesquisador como um membro da equipe de saúde do local, e que a entrevista fazia parte da consulta, tratando-o como 'doutor'.

Quanto aos médicos, nas três UBSs, eles concederam as entrevistas dentro do consultório, após atenderem os pacientes previstos para aquele dia de consulta. Embora em número bem menor (apenas três) tiveram posturas bem distintas na forma como encararam o pesquisador: a da UBS1 concedeu a entrevista logo no primeiro dia de coleta de dados, sem que ainda tivesse sido concluída a coleta de todos os dados com os pacientes, mas demonstrando bastante preocupação em contribuir com a pesquisa e com o modo como a sua prática atende as necessidades dos pacientes; o da UBS2 conversou previamente com o

²⁸Partindo da noção de evento e práticas de letramento, considera-se também, a realização das entrevistas como um evento de letramento, visto que é repleto de várias práticas de letramento, as quais estabelecem o *continuum* da interação entre pesquisador e sujeitos da pesquisa, como: a apresentação inicial, a gravação das entrevistas, a assinatura dos TCLE, o registro fotográficos das receitas, entre outras.

pesquisador no primeiro dia de coleta de dados, mas só concedeu a entrevista no último dia, após a coleta de dados com todos os pacientes, alegando que somente assim ‘teria relevância sua fala’, demonstrando assim, muito compromisso em colaborar com a pesquisa, e também, na relação entre sua fala e a dos pacientes; e o da UBS3, só concedeu a entrevista uma semana após o término da coleta de dados com os pacientes, expressando pouco envolvimento com a pesquisa ou mesmo com o que seus pacientes relataram nas entrevistas.

Além das entrevistas gravadas, utilizou-se do **registro fotográfico das receitas médicas**, as quais serão apresentadas na etapa de análise dos dados, permitindo que se verifique como se dá a informação escrita do médico para o paciente e as relações – de semelhança ou distorção – entre a fala oral e a escrita na receita médica. Este constitui um importante documento concreto de análise, uma vez que segundo Lüdke; André (2014, p. 45):

Os documentos constituem também uma fonte poderosa de onde podem ser retiradas evidências que fundamentam afirmações e declarações do pesquisador. Representam ainda uma fonte “natural” de informação. Não são apenas uma fonte de informação contextualizada, mas surgem num determinado contexto e fornecem informações sobre esse mesmo contexto.

Outra forma de proceder à coleta de dados, buscando registrar tudo o que era observado foi por meio da utilização de um **diário de campo** ou **diário de bordo**, que se constituiu de um caderno, ou mesmo folhas dispersas que coubesse nos bolsos, a fim de que pudessem ser recorridas a qualquer momento. Eram anotações breves, que eram retomadas para reflexão e o registro das informações. Essa foi, portanto, uma opção eficaz, por se tratar de um instrumento de registro de fácil aquisição e manuseio no traslado das viagens até os locais de coleta de dados. Nestes instrumentos foram feitas anotações de tudo o que pudesse interessar para a posterior elucidação analítica da pesquisa.

Esses registros possibilitaram uma ampliação das possibilidades de conhecimento e interpretação da realidade, por meio do olhar específico do pesquisador, e de outro tipo de utilização da linguagem escrita, pois esta é uma fonte construída pelo próprio pesquisador e de suas percepções, ao contrário da outra fonte escrita utilizada na pesquisa: a receita médica, que é produzida por outros sujeitos (médicos). Isso tudo contribuiu para que se conhecesse melhor a realidade, e os sujeitos que a compunham, respeitando-os pelo que disseram ou não, e acima de tudo, pelo que são, na esfera da condição humana, como seres de ações e interações realizadas através da linguagem em seus contextos de letramentos sociais.

A interconexão entre estes diversos instrumentos possibilitou, então, captar um retrato da realidade, por ângulos muitos singulares, específicos, os quais constituem a riqueza dos dados e informações expressos no *corpus* reunido: entrevistas e fotos das receitas. Através deles foi possível se ter uma ‘pequena amostra’ de um quadro social mais amplo, repleto de sentido e significações que estão para além das falas isoladas dos sujeitos, mas constituem suas essências frente aos papéis sociais que ocupam no lugar de onde enunciam.

3.5 O *corpus* da pesquisa: da apresentação, catalogação e transcrição dos dados

A vivência em campo resultou na reunião de um material que pode comprovar ou refutar a fundamentação teórica da pesquisa, seguindo suas especificidades no âmbito das ciências da linguagem. Desse modo, o *corpus* de dados coletados na pesquisa de campo é composto de 48 entrevistas, sendo 45 com pacientes e 3 com médicos; bem como a fotografia das 45 receitas médicas, cedidas pelos pacientes, após saírem do consultório.

Assim como as demais etapas, esta exigiu minucioso cuidado na forma como foi construída, considerando a ordem de importância do objeto de estudo, bem como os interesses em apresentar os dados, de modo que eles refletissem (ou não) uma dada realidade sócio-histórica e culturalmente situada e, podendo-se a partir deles, inferir algumas proposições ou reflexões críticas acerca dessa realidade. Freitas (2002, p. 29) pontua que:

Ao se analisar o material colhido no campo, procurando compreender o que emergiu numa situação de observação ou de entrevista, ou ainda numa análise de artefatos, é que se percebem os pontos de encontro, as similaridades como também as diferenças, a particularidade dos casos.

Por isso, nesta etapa foi preciso eleger formas de apresentação, catalogação e transcrição dos dados, de modo que eles possam, de fato, validar a proposta da pesquisa, que envolve a natureza social do letramento. Marcuschi (2001, p. 25), destaca que “investigar o letramento é observar práticas linguísticas em situações em que tanto a escrita como a fala são centrais para as atividades comunicativas em curso”. É, partindo dessa leitura que, na análise, se busca perceber tanto a fala dos sujeitos quanto os instrumentais escritos (o gênero receita médica) que eles utilizam nas situações de interações dialógicas ocorridas durante o evento de

letramento consulta médica. Para análise dos eventos de letramento observados é preciso considerar ainda, segundo Lopes (2006, p. 57):

A maneira como se processam esses eventos nem sempre é a mesma, pois cada evento tem suas regras específicas, que devem ser observadas segundo o seu contexto de ocorrência, os objetivos aos quais se propõem e, ainda, conforme os papéis dos agentes sociais que neles estão envolvidas.

A autora aponta para as especificidades de realização de cada um desses eventos, ou seja, os modos ‘únicos e irrepetíveis’ como cada sujeito diz aquilo que a circunstância social exige, visto que a realização dessas práticas se dá em atendimento às conformidades e necessidades sociais desses sujeitos. Por exemplo, durante a consulta a forma de manifestação da linguagem não é homogênea, pois tanto o médico como o paciente vão adequá-la conforme as necessidades comunicativas exigidas pelo contexto e pela compreensão do parceiro da comunicação. Esse fenômeno também foi percebido no processo de coleta de dados; principalmente, com os pacientes, que ao responderam a um mesmo questionamento, após saírem do consultório, o fizeram de formas muito específica, tomando como referência a leitura particular que fazem do mundo, e de como expõem essa leitura por meio da linguagem, expressando assim, seus letramentos sociais.

As entrevistas expressam então, esses ‘dizeres’. Por conta disso, para as transcrições, orientou-se pelas normas apresentadas por Koch (2012), que segundo a autora, foram adaptadas de Castilho; Preti (1986) (Anexo A). Estas orientações foram seguidas, de modo a evitar possíveis imprevistos na utilização dos dados, no caso de serem atribuídas informações que não correspondam à realidade e que, por isso, venham a comprometer a imagem dos sujeitos da pesquisa, trazendo-lhes danos à sua dimensão moral e social²⁹. Nesse processo, buscou-se conciliar as convenções dessas normas com as características do *corpus* do trabalho – as entrevistas –, e principalmente, com os objetivos da pesquisa.

²⁹ É importante destacar que o quadro proposto por Koch (2012), (Anexo A) serviu apenas de apoio, pois foi feita uma transcrição *ipsis litteris* das entrevistas, de modo informal, sem nenhum rigor técnico, conforme orienta as normas da análise da conversação. As falas dos sujeitos da pesquisa foram apenas editadas, retirando repetições excessivas, truncamentos, hesitações, comuns à linguagem oral, buscando assim, uma maior padronização na forma de apresentação da linguagem, visando fluidez e clareza do texto, mas sempre mantendo a preocupação em zelar pelo sentido original do que foi dito e dando crédito ao sigilo dos depoimentos.

O CD com as entrevistas se encontra à disposição na Biblioteca Central da Universidade Federal do Piauí (UFPI), com a liberação sob autorização do pesquisador.

Ressalva-se também, que a pesquisa foi registrada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, sob o número CAAE: 46117715.8.0000.5214.

Ao zelar pelo anonimato dos sujeitos da pesquisa e o nome dos locais de coleta de dados, adotou-se a seguinte terminologia para referi-los: Paciente 1 (P1 até P45); Médico 1 (M1), Médico 2 (M2) e Médico 3 (M3); e para os locais de coleta de dados: Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1), Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2) e Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3), conforme já vem sendo referidas ao longo do texto.

Ao fazer a leitura e catalogação de todos esses dados transcritos, optou-se por utilizá-los conforme os objetivos, a pergunta de pesquisa, as motivações e a justificativa para a realização desse trabalho, ou seja, os recortes das falas apresentadas em cada etapa de análise (*Análise 1 e 2*) são feitos no sentido de eleger as falas que melhor contemplem os propósitos da pesquisa, na dimensão do todo do *corpus* da pesquisa: 48 entrevistas e 45 fotos de receitas médicas. Dessa forma, nas análises utilizam-se trechos de falas dos sujeitos (identificados conforme o **Quadro 04**). Isso ocorrerá, em situações, em que de forma contextualizada, elas possam contribuir para a elucidação da questão específica a qual esteja sendo discutida. Quanto ao gênero discursivo receita médica, ao longo do texto, só foram utilizadas aquelas, que ilustram a fala dos sujeitos nos processos letrados em que estejam sendo abordados.

Dada a importância que esse gênero do discurso assume no desenvolvimento dessa pesquisa, para a sua análise, segue-se também a abordagem de estudos bakhtiniana, considerando a orientação de Rojo (2005, p. 199), quando propõe que:

[...] A ordem metodológica de análise que vai da situação social ou de enunciação para o gênero/enunciado/texto e, só então, para suas formas linguísticas relevantes [...]. Ao chegarmos nesse último nível de análise, vale a *interpretação linguística habitual*, isto é, as teorias e análises linguísticas disponíveis [...]. Dito de outra maneira, aqueles que adotam a perspectiva dos *gêneros do discurso* partirão sempre de uma análise em detalhes dos aspectos sócio-históricos da situação enunciativa, privilegiando, sobretudo, a *vontade enunciativa* do locutor – isto é, sua finalidade, mas também e principalmente sua *apreciação valorativa* sobre seu(s) *interlocutor(es)* e *temas* discursivos -, e, a partir desta análise, buscarão marcas linguísticas (formas do texto/enunciado/língua – composição e estilo) que refletem no enunciado/texto, esses aspectos da situação. (grifos da autora)

Nessa mesma linha de pensamento para a análise dos gêneros do discurso considera-se também, a orientação teórico-metodológica proposta pela abordagem sociodialógica, sob a perspectiva do Círculo de Bakhtin (BAKHTIN, 2013 [1929] / 1993 [1919-1921] / 2014 [1975] / 2009 [1929] / 2011 [1979]); e que constitui, no campo dos estudos dos gêneros do discurso, segundo definição de Brait (2014), a Análise Dialógica do Discurso (ADD) / Teoria

da Enunciação Sociodialógica (TESD); e busca analisar a constituição e o funcionamento dos gêneros do discurso a partir da relação que eles estabelecem com os contextos de produção, a situação social de interação e a esfera social da atividade humana a que estão relacionados. A autora aponta para essa definição, considerando a “indissolúvel relação entre língua, linguagens e sujeitos” (BRAIT, 2014, p. 10), e assim essa abordagem objetiva:

[...] esmiuçar campos semânticos, descrever e analisar micro e macro-organizações sintáticas, reconhecer, recuperar e interpretar marcas e articulações enunciativas que caracterizam o(s) discurso(s) e indicam sua heterogeneidade constitutiva, assim como a dos sujeitos aí instalados. E mais ainda: ultrapassando a necessária análise dessa ‘materialidade linguística’, reconhecer o gênero a que pertencem os textos e os gêneros que nele se articulam, descobrir a tradição das atividades em que esses discursos se inserem e, a partir desse diálogo com o objeto de análise, chegar ao inusitado de sua forma de ser discursivamente, à sua maneira de participar ativamente de esferas de produção, circulação e recepção, encontrando sua identidade nas relações dialógicas estabelecidas com outros discursos, com outros sujeitos. Não há categorias a *priori* aplicáveis de forma mecânica a textos e discursos, com a finalidade de compreender formas de produção de sentido num dado discurso, numa dada obra, num dado texto [...]. As diferentes formas de conceber ‘enfretamento dialógico da linguagem’ constituem, por sua vez, movimentos teóricos e metodológicos que se desenvolvem em diferentes direções. (BRAIT, 2014, p. 13-14)

Essas considerações sobre análise dos gêneros do discurso são importantes apenas para ilustrar o modo como as receitas serão lidas na etapa de análise dos dados. Partindo disso, consideram-se, principalmente, as condições socioculturais e históricas, ‘as esferas da atividade humana’ em que houve a necessidade de utilização da receita médica, no caso em específico, durante o evento de letramento consulta médica, em que ela representa uma forma de registro da comunicação escrita entre o médico e o paciente.

3.6 A operacionalização da análise dos dados: métodos e procedimentos

Ao considerar as etapas da pesquisa como partes articuladas que constituem o todo da investigação, Minayo (2013, p. 81) pontua que “não há fronteiras nítidas entre coleta das informações, início do processo de análise e a interpretação”. No estabelecimento desta ponte,

Os pesquisadores costumam encontrar três grandes obstáculos quando partem para a análise dos dados recolhidos no campo [...] O primeiro deles [...] ‘ilusão da transparência’ [...] O segundo [...] sucumbir à magia dos métodos e das técnicas [...] O terceiro [...] é a dificuldade de se juntarem teorias e conceitos muito abstratos com os dados recolhidos no campo (MINAYO, 2000, p. 197).

Desse modo, nesta etapa do trabalho metodológico, prossegue-se com a **abordagem qualitativa**, conciliando-a com métodos que possibilitem uma eficaz operacionalização do estudo das relações sociais dos sujeitos em seus contextos de letramentos, com o propósito de firmar uma visão particular sobre o enfoque de estudo, ou seja, a compreensão oriunda da relação entre médicos e pacientes durante o evento de letramento consulta médica. Dentro desse recorte, procede-se com uma abordagem enunciativa da linguagem, que encaminhe olhares para uma perspectiva particular buscando responder às questões da pesquisa.

Na trajetória analítico-interpretativa da relação comunicativa entre médico e paciente, aponta-se para alguns elementos que possibilitem exemplificar traços explícitos e ou constitutivos de suas ações letradas durante o evento de letramento consulta médica. Procura-se, em certa medida, evidenciar como as representações desses sujeitos se entrelaçam discursivamente, no modo como apresentam um mesmo evento, mas a partir das experiências particulares que carregam. A partir dessas identificações e de um olhar sobre como elas se articulam, propõe-se uma leitura sobre o processo de compreensão oriunda dessa interação representada por eles, sob um viés crítico, alinhado aos estudos dos letramentos.

Portanto, todas as etapas da pesquisa aconteceram de forma articulada, buscando articular teoria e prática, considerando ainda, os ajustes ao decorrer de seu desenvolvimento, ressaltando a pesquisa como uma atividade de interação e reconhecimento do outro, conforme a epistemologia das ciências humanas de Bakhtin (2011 [1979]). Ao refletir que nessa abertura para o outro, o autor aponta que é necessário manter certa distância, pois que abrir-se para este outro é de certo modo, manter-se voltado para si, existindo assim, uma duplicidade, em que o investigador torna-se sujeito e objeto do conhecimento, ao mesmo tempo, e, portanto, ele precisa conhecer e saber lidar com suas especificidades e limites, os segredos e as indiscreções inerentes as relações humanas, bem como as próprias limitações.

A operacionalização da análise desses dados, apresentados no próximo capítulo, deu-se em duas etapas, que se denomina: “*Análise 01: Representações em jogo*” e “*Análise 02: Analisando a compreensão do gênero receita no evento de letramento consulta médica*”. A decisão de tratar esse material dessa forma, partiu da ideia de considerar-se a riqueza de análises e ajustar-se, principalmente, aos objetivos da pesquisa. De tal modo que, conforme

essa subdivisão, na “*Análise 1*” buscou-se analisar o evento de letramentos consulta médica, tanto sob a ótica dos pacientes, quanto sob a ótica dos médicos; e na “*Análise 2*”, analisou-se os processos de retextualização da receita médica por parte dos pacientes, identificando as estratégias e/ou mecanismos tanto verbais como não verbais, que eles utilizam para a compreensão das informações contidas no gênero.

Essa sequência de organização, na análise dos dados, se justifica pelo fato de que, durante a primeira etapa, quando os sujeitos falam sobre o evento de letramento trazem em seus discursos, o papel da receita como mecanismo que possibilita uma continuidade do processo comunicativo estabelecido durante a consulta e, por isso, pode-se dizer, que ela emerge durante a coleta dos dados como um manancial rico em informações para que se compreenda a comunicação entre médico e paciente.

O propósito deste capítulo foi, portanto, apresentar informações contextuais sobre o local de pesquisa, os sujeitos, os métodos de coleta, transcrição, seleção e análise dos dados, a fim de justificar os porquês, tanto de realização da pesquisa e, principalmente, dos critérios adotados para a análise dos dados, conforme serão esmiuçados no próximo capítulo.

CAPÍTULO IV: ENUNCIANDO MÚLTIPLOS LETRAMENTOS DOS DIÁLOGOS ENTRE MÉDICO E PACIENTE: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Cada enunciado é pleno de ecos e ressonâncias de outros enunciados com os quais está ligado pela identidade da esfera de comunicação discursiva. Cada enunciado deve ser visto antes de tudo como uma *resposta* aos enunciados precedentes de um determinado campo (aqui concebemos a palavra “resposta” no sentido mais amplo): ele os rejeita, confirma, completa, baseia-se neles, subentende-os como conhecidos, de certo modo os leva em conta.

(BAKHTIN, 2011 [1979], p. 297) (Grifos do autor)

As análises apresentadas neste capítulo estão embasadas em pressupostos interacionistas e dialógicos da linguagem, construídos teoricamente, a partir das leituras de Bakhtin, ao referir que no processo de interação, o sujeito atua como partícipe dos atos de linguagem, construindo-se discursivamente através de relações dialógicas. Essas interações realizam-se em contextos de letramentos sociais, conforme as normas de ordenamento e construção sociocultural produzida pela escrita.

Com base nessa noção de linguagem, esta análise repousa, sobretudo, nas proposições teóricas dos Novos Estudos do Letramento (STREET, 1984/1993/1994/1995/2001/2003/2006/2012/2014), ao ocupar-se da natureza dos letramentos sociais e das práticas letradas em que os sujeitos se envolvem nas situações concretas de uso da língua.

Corroboram ainda para essa análise, os estudos de Adam (1992), Bronckart (2012), Barton (1994), Barton; Hamilton (2000), Dolz; Schneuwly (2004), Freire (2011), Heath (1983/2001), Kleiman (1995), Koch (2014), Lopes (2006), Marcuschi (2001/2003/2010a [2001]), Rojo (2009), Soares (2002/2003/2010), Tfouni (2010), entre outros, que corroboram para que se investigue a relação médico-paciente.

Nas duas etapas de análise dos dados, a seguir, busca-se intercambiar os sentidos da teoria às histórias coletadas na pesquisa de campo, adotando, portanto, uma estrutura textual em tópicos sequenciados, nos quais se entremeia as falas dos pacientes às dos médicos; seguidas de suas respectivas análises. Esse procedimento possibilita que as concepções teórico-epistemológicas definidas no estudo ganhem forma e expressão por meio das diversas situações que emergiram no curso da investigação e, principalmente, na variedade dos enunciados coletados com os sujeitos da pesquisa.

4.1 ANÁLISE 01: Representações em jogo

Nesta primeira etapa de análise dos dados se lida, primordialmente, com o conceito de eventos de letramento, os quais serão descritos a partir da visão dos agentes de letramentos (médico e pacientes), os quais, durante as entrevistas realizadas na coleta de dados da pesquisa, apresentam pontos de vistas, (re) leituras, visões e representações sobre um mesmo fenômeno (o evento de letramento consulta médica), a partir da forma como cada um representa a interação comunicativa estabelecida durante a consulta. Por isso, denomina-se “*Representações em jogo*”.

Nesse exercício de reconstrução dos fatos, as representações são plurais, cada sujeito é um narrador e assume, por meio do discurso, um modo particular de apresentar sua versão sobre os fatos vividos durante a consulta médica, avaliando como tudo aconteceu, e faz isso de acordo com a leitura e a compreensão que têm do mundo, visto que “a cabeça pensa a partir de onde os pés pisam. Para compreender, é essencial conhecer o lugar social de quem olha” (BOFF, 2012, p. 15), e “isso faz da compreensão sempre uma interpretação”.

Nesse processo, emerge a natureza ideológica do letramento, posto que, o que ele “é para qualquer grupo é o que ele é nos contextos em que é vivenciado” (STREET, 2014, p. 97) e, portanto, no envolvimento com as práticas sociais, os sujeitos têm a possibilidade de criação ou (re) criação de realidades, ou como diria Blikstein (2003), o homem fabrica realidades, pois o real é construído ou “fabricado” através de sua “experiência perceptiva” (p. 47), construída, sobretudo, através “de uma construção e de uma prática social” (p. 52), e esta, se constituindo em “práxis”, “engendram não só as condições de produção, mas, de um modo geral, as condições de existência de uma sociedade” (p. 54), e, portanto, esse homem é capaz de “fabricar” (p. 53) um referente no mundo social que existe e interage dialogicamente e em atitude responsiva com o outro (BAKHTIN, 2009 [1979] / 2011 [1979]).

É a partir dessa reflexão que se iniciam as incursões pelas atividades comunicativas entre médicos e pacientes, ocorridas durante o evento de letramento consulta médica. Primeiro, sob a ótica dos pacientes; e depois, sob a ótica dos médicos.

4.1.1 O evento de letramento consulta médica sob a ótica dos pacientes

Nos termos a que esta pesquisa se propõe, os trechos das entrevistas com os pacientes, constituem como uma das duas faces que são construídas sobre o evento de letramento

consulta médica. Essa primeira visão possibilita a análise de alguns aspectos relacionados às formas como o letramento é evidente nas relações entre médicos e pacientes, através da forma como estes representam as práticas de letramento vivenciadas durante o referido evento.

Para a ilustração do propósito apresentado nesse tópico, recorrem-se a representação trazida por 09 (nove) pacientes, retirados do *corpus* da pesquisa (48 entrevistas), considerados como aqueles que trazem em seus depoimentos, representações significativas de como se deu a comunicação com o médico e a compreensão das informações trocadas entre eles. Veja-se os perfis desses sujeitos, extraídos da apresentação feita no Quadro 04.

Quadro 05: Perfis dos pacientes que representam o evento de letramento consulta médica

	Sujeito	Sexo	Idade	Nível de instrução/escolarização
Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1)	Paciente 08	F	25	Alfabetizada
	Paciente 11	F	55	Alfabetizada
	Paciente 12	M	42	Alfabetizado
Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2)	Paciente 25	F	61	Alfabetizada
	Paciente 26	M	72	Alfabetizado
	Paciente 27	F	24	Alfabetizada
Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3)	Paciente 39	M	55	Alfabetizado
	Paciente 40	F	24	Alfabetizada
	Paciente 45	F	69	Não alfabetizada

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Os questionamentos feitos a esses sujeitos, buscam saber, principalmente, como ocorreu a interação com o médico durante o evento de letramento consulta médica, enfocando na **a)** questão da compreensão (ou não) das informações trocadas com o médico; e nos **b)** motivos para essa possível falta de compreensão. Para efeito de análise toma-se o todo do roteiro de questionamentos, ou seja, as respostas apresentadas são aquelas que melhor possibilitem verificar o posicionamento letrado do sujeito, pelo modo como ele representa o evento de letramento consulta médica.

Antes de adentrar na análise destes aspectos, é importante frisar que, a questão da compreensão ou da não compreensão/incompreensão/problemas de compreensão, como também é referida, aparece no centro de toda essa discussão sobre os letramentos dos sujeitos, de modo que é importante defini-la, conforme a concepção de linguagem adotada (dialógica e sociointeracionista), como prática fundada nos usos. Assim, Hilgert (2008), respectivamente, apresenta um entendimento sobre estes dois processos:

É neste fazer colaborativo da enunciação, em que a ação do falante é conduzida e determinada pelo fazer interpretativo do ouvinte, que se enraíza a noção de compreensão. Interessado em que o ouvinte interprete (compreenda) o seu enunciado segundo os propósitos comunicativos, o falante, na verdade, ao construir o seu enunciado, constrói para ele uma “proposta de compreensão”. (p. 126)

Por problema de compreensão não se entende somente a ausência de total compreensão, mas também a compreensão dita “parcial”, “superficial”, “confusa” e o mal-entendido. E seja qual for a sua natureza, na medida em que desencadear um processo interacional de *busca da compreensão*, ele é um fator de construção de sentidos e de desenvolvimento da comunicação. (Grifos do autor) (p. 129)

Nessa última citação, o autor situa o problema sobre o qual estas análises se debruçam: a falta de compreensão na comunicação entre médicos e pacientes. A seguir, o autor aponta para as diferentes razões para a frequência desse problema:

As interações entre usuários de variedades diferentes de uma mesma língua; os papéis sociais distintos, cultural e historicamente determinados, de homens e mulheres, numa dada sociedade; **as práticas sociais específicas de especialistas e leigos as quais, em boa parte determinam suas rotinas discursivas**; os valores socioculturais emergentes desses papéis e dessas práticas, os quais dão identidade aos sujeitos e configuram sua visão de mundo; o grau de conhecimento diverso que os interlocutores têm um do outro e do tema que abordam; o enfoque particular dado ao tema em pauta na interação (HILGERT, 2008, p. 127-128) (Grifos meus)

Nessa listagem feita por Hilgert (2008) encontram-se muitas das possíveis causas dos problemas de compreensão observados nesta pesquisa, principalmente o destacado na citação; conforme se verificam nas representações sobre o evento de letramento, feitas pelos pacientes e pelos médicos. Deste modo, vejamos algumas representações extraídas dos relatos dos pacientes e que são caras a essa discussão:

P8/UBS1: *Sim [...] aqui a doutora eu entendo. [...] mas é como tô te falando, eu pergunto muito. [...] assim quando eu não entendo, eu pergunto novamente até ele me explicar, até eu conseguir entender, por que se eu sair sem entender não adianta eu ir no médico pra mim sair... E ele tem que olhar para mim, enquanto tá me consultando, me examinar, não é só falar, baixou a cabeça e escreveu e pronto, **ali sem ninguém falar nada não, tem que olhar é pra mim.** Tem que mostrar o que eu tô sentindo, por que não adianta eu ir no médico pra ele só tá escrevendo, não adianta.*

Nessa fala, o sujeito desvela algumas atitudes em mecanismos de argumentação que emprega durante a situação comunicativa com o médico: *“eu pergunto muito. [...] assim quando eu não entendo, eu pergunto novamente até ele me explicar”*. E ainda, quando, por exemplo, diz: *“ele tem que olhar para mim enquanto tá me consultando”*; *“tem que mostrar o que eu tô sentindo”*. Essa exigência de resposta, atenção e retorno para a sua presença configura-se como uma ação consciente de reconhecimento e valorização da importância daquele momento, tendo em vista que o sucesso no tratamento de saúde depende da compreensão resultante do contato estabelecido durante a consulta. De acordo com Fiehler (2002) *apud* Hilgert (2008), só é possível falar em problemas de compreensão, quando ambas as partes estão empenhadas em compreenderem-se mutuamente; do contrário, quando um dos interlocutores se dispersa, considera-se há falta de vontade de compreender.

Ao ter consciência disso, P8 evidencia sua articulação ao mundo dos letramentos e do acesso a leituras diversas (textos escritos ou veiculados na mídia, por exemplo); assume uma postura incisiva por meio do uso da linguagem, em tom de crítica a atitude do médico, exigindo dele, uma atitude que venha a reconhecê-lo e oportunizá-lo a ter uma compreensão daquilo que necessita para enfrentar o problema de saúde que vivencia; e com isso, faz inclusive, uma avaliação sobre a forma como deve ocorrer a comunicação durante a consulta médica. Esse comportamento também se configura como uma forma de exigir, antecipadamente, o cumprimento de seus direitos sociais conquistados, que lhe estão garantidos por lei e que estão presentes na literatura (KÜHN, 2002), de que a relação médico e paciente deve ser construída por meio da fluidez, do envolvimento entre os participantes e do compromisso profissional com a qualidade no atendimento do paciente (LEDUR; LUCCHESI, 2008 / SILVA, 2013).

Quando menciona: *“não adianta eu ir no médico pra ele só tá escrevendo”* percebe-se que, o médico prioriza a comunicação escrita, fato que remete ao curso da história das práticas letradas na sociedade, em que esta modalidade de comunicação assumiu uma supremacia sobre a fala (MARCUSCHI, 2010a [2001]). Entretanto, é importante destacar, que no atual contexto de letramentos, essa noção dicotômica entre oralidade e escrita está sendo superada, uma vez que mesmo em circunstâncias de uso tradicionais da escrita, como no caso da consulta médica, os pacientes já não credibilizam mais a escrita, como sendo a única forma de estabelecer ou representar uma verdade sobre seu estado de saúde.

Sobre isso, com base em Heath (1983, p. 386) é possível destacar que nos eventos de letramentos, os usos da língua em modalidade escrita e falada são frequentes e que a forma como elas são utilizadas dá-se em consonância com o contexto institucional em que a

comunicação se realiza, de modo que a linguagem oral “reforça, nega, amplia ou deixa de lado” os textos escritos e vice-versa. Mais ainda: Street (1984, p. 144) aponta que:

Podemos identificar uma 'mistura' de modos orais e letrados e uma interação entre os dois de forma que aquilo que é tomado como 'texto' em qualquer época não deve ser considerado 'fixo' ou 'congelado' mas, ao contrário, como socialmente contingente e mutável, um produto de condições políticas e ideológicas específicas.

Nisso, está dimensionada a forma como as modalidades de uso da linguagem (oral ou escrita) precisam ser articuladas conforme os contextos e as situações comunicativas a que buscam responder, em vista de que, nesse exemplo, não somente a escrita na receita será elemento suficiente para responder as necessidades dos interlocutores. Uma compreensão satisfatória nesse sentido pressupõe uma interação, que envolva por parte do médico um exame mais cuidadoso dos sintomas do paciente, gestos e trocas de olhares, constituindo assim, um emparelhamento dialógico, na qual a participação seja mútua.

A insistência, a persistência e exigência de P8 constituem estratégias de organização discursiva que fazem parte de seu repertório cultural e de conhecimento de mundo, acerca da forma como geralmente acontecem as consultas médicas, ou mesmo através de experiências acumuladas de outras situações de consulta médica, em que possivelmente ela não foi bem atendida e por isso, é capaz de estabelecer uma relação de comparação e de predizer o modo como deve ser atendida, e assim, se marca no discurso por meio de uma voz reivindicadora e de enfrentamento da figura do médico.

P8 representa a sua interação com o médico durante o evento de letramento consulta, bem como a compreensão oriunda desse encontro, como um espaço de luta, no qual, *a priori*, ela já assume uma atitude ativa e engajada para que aconteça uma troca dialógica de informações, como pretende Bakhtin (2009 [1979] / 2011 [1979]). A consciência da necessidade de que o evento consulta médica se dê conforme essas normas e regras, as quais ela reconhece e legitima, evidenciam o seu nível de letramento.

Dessa forma, o letramento pode ser considerado como um fator que subscreve as instâncias hierárquicas de poder e controle institucional da linguagem, tendo em vista que conforme o nível de letramento do sujeito, ele consegue uma inserção reflexiva nas situações de uso da língua, tendo como premissa primeira, a sua efetiva compreensão nos usos cotidianos, conforme se observa nos relatos dos pacientes.

Nesse mesmo raciocínio, apresenta-se o relato de P11:

P11/UBS1: *Assim, eu entendo assim o que ela tá falando pelo o que eu sinto eu pergunto, falo com ela, ela diz tudo direitinho, passa o remédio, aí eu entendo assim, mais num sei se é o normal o que eu entendo, o suficiente, mas eu entendo uma grande parte das coisas.*

[...]

[...] *o meu problema só é a pressão alta né? Aí eu só me consulto só por isso, agora que eu tô com uns problema de dor nos ombro, aí foi que eu fiz uma ressonância e trouxe pra ela ver, aí ela me explicou tudo direitim. Eu disse: 'Doutora eu fiz isso aqui foi por minha conta mesmo particular, por que eu pedi pro ortopedista e trouxe pra você', aí é desse jeito aqui, aí o médico lá pediu urgência e pediu isso aqui assim, aí ela disse assim: 'Aí você entendeu o que ele falou?', eu digo: 'dutora isso daí eu entendi e na mesma hora eu não entendi por que ele falou assim: 'as carnes tá tudo rasgada'' e eu esqueci de perguntar qual é o motivo dessas carne tá rasgada, agora a senhora me informa. Aí eu não entendi o que ele falou, mas aí eu perguntei para ela, ela foi me informou tudo direitim.*

Inicialmente, identificam-se no relato de P11, estratégias de associações, inferências (deduções, previsões, suposições) ou aproximações (KOCH, 2014, tratada mais adiante, em momento oportuno da discussão), que ela utiliza para compreender a informação médica: “*eu entendo assim o que ela tá falando pelo o que eu sinto*”. Assemelha-se a uma relação de causa e consequência que, nesse caso, se dá pela experiência que P11 já tem com M1 (“*eu me consulto aqui, já tem mais, já tem dois ou é um ano e meio*”, com a mesma médica), o que possibilitou a construção de uma relação de conhecimento entre elas; ou também, porque P11 já se utiliza disso em todas as suas experiências de consulta médica, considerando que muitas vezes, existem dificuldades de compreensão da linguagem.

Nesse caso, não há uma compreensão no sentido literal, mas uma aproximação entre aquilo que M1 fala e aquilo que P11 busca associar às suas necessidades naquele momento. No entanto, ainda faz uma ressalva: “*eu entendo assim, mais num sei se é o normal o que eu entendo, o suficiente, mas eu entendo uma grande parte das coisas*”, o que evidencia seu discernimento e capacidade de avaliar um modelo de compreensão adequado para aquela situação, embora assuma não tê-lo alcançado com perfeição. Com isso, também, fica de certo modo, explicitado uma auto-representação de que possivelmente ela não tenha um parâmetro do que seja uma compreensão plena, fato que é totalmente desmentido, quando ela interpela M1 sobre um determinado problema, a ao final diz ter entendido “*tudo direitim*”.

A postura de P11 pode ser considerada a partir do que diz Hilgert (2008, p. 129):

Essas considerações levam a conceber o problema da compreensão não como um pólo da relação não-compreensão/compreensão, mas como integrante de um *continuum*, na medida em que a busca da compreensão pode partir de situações de total ausência de compreensão e passar por diferentes estágios ou graus de não compreensão. (Grifo do autor)

Dando continuidade a sua representação sobre como se deu a interação com M1, P11 relata as motivações que a trouxeram a UBS1: uma falta de entendimento vivenciada em outra consulta e que, portanto, veio buscar ajuda com M1. Porém, para chegar a esse ponto central sobre o qual se desenrolou a conversa com M1, a paciente apresenta todas as etapas que antecederam e ou desencadearam o evento de letramento. Veja-se:

- | | | |
|---|---|---|
| Sequência narrativa de acontecimentos que motivaram a consulta com M1 | { | <ol style="list-style-type: none"> 1º) sente uma dor: “<i>uns problema de dor nos ombro</i>”. 2º) ida ao médico especialista: “<i>ortopedista</i>” 3º) realização de exames particulares: “<i>uma ressonância</i>” 4º) ida a consulta com M1: “<i>trouxe pra ela ver</i>” |
| Sequência narrativa de acontecimentos durante a consulta | { | <ol style="list-style-type: none"> 5º) os diálogos entre P11 e M1 sobre a consulta com o especialista. Segundo a representação de P1, a situação acontece do seguinte modo: <ol style="list-style-type: none"> a) M1 questiona: “<i>“Aí você entendeu o que ele falou?”</i>” b) P11 responde: “<i>“dotorá isso daí eu entendi e na mesma hora eu não entendi por que ele falou assim: ‘as carnes tá tudo rasgada’ e eu esqueci de perguntar qual é o motivo dessas carne tá rasgada, agora a senhora me informa”</i>”; c) o esclarecimento da situação-problema. |

Nessa 5º etapa, de diálogos entre P11 e M1, o encadeamento das ideias se dá pelo modo como elas interagem dialogicamente – o princípio ativo responsivo da linguagem de Bakhtin –, por meio de perguntas e respostas. Percebe-se ainda, que a todo o momento, P11 está tentando explicar os detalhes que desencadearam a não compreensão, a qual ela pede ajuda a M1 para compreender. Essa ideia da explicação está presente em toda a sua fala, demarcando o modo como P11 busca enfatizar sua atuação, tanto na consulta que não compreendeu a linguagem do médico, como nessa consulta com M1.

Nesse relato, P11 ao mesmo tempo em que evidencia a não compreensão de uma situação de letramento, mostra uma capacidade de entendimento, envolvendo-se em uma

atividade de metalinguagem, na medida em que durante uma atividade de linguagem realizada na consulta com M1, busca uma explicação para outro problema de linguagem vivenciado também em um contexto de consulta médica. M1 também realiza esse mesmo processo, quando questiona: “*Aí você entendeu o que ele falou?*”, como uma forma de fazer um levantamento da situação problema trazida por P11, que gira em torno da frase: “*as carnes tá tudo rasgada*”, pronunciada pelo médico ortopedista e que causou o problema de compreensão.

Existem dois trechos de seu relato que podem ser conjugados. O primeiro: “*eu entendo assim, mais num sei se é o normal o que eu entendo, o suficiente, mas eu entendo uma grande parte das coisas*”; e o segundo: “*isso daí eu entendi e na mesma hora eu não entendi*”, em que se pode afirmar a partir deles, que P11 avalia o próprio nível de compreensão, o qual oscila entre a compreensão e a não compreensão, porém tem consciência disso e quando não compreende, busca soluções de outras formas, como através da consulta com outro médico (como no caso dessa consulta com M1).

Portanto, percebe-se, pela representação de P11, que o ponto central da interação entre ela e M1 foi a resolução de um problema de compreensão criado por outro médico, quando o profissional utilizou uma linguagem de forma que a paciente não compreendeu. E que no atual contexto de consulta (UBS1), ocorreu uma compreensão satisfatória, tanto no sentido de solucionar o problema, como de entendimento da fala de M1, e por fim, P11 diz: “*Aí eu não entendi o que ele falou, mas aí eu perguntei para ela, ela foi me informou tudo direitim*”, o que constitui o fecho de sua narrativa, quando ela apresenta uma avaliação comparativa de i) não compreensão e de ii) compreensão.

Veja-se outra representação do evento de letramento consulta médica, trazida por P12:

P12/UBS1: [...] *nem sempre compreendo.*

[...] *é por que meu estudo é bem pouquim [...].*

É por que têm vezes que não é nem todos os médicos que atende a gente bem, outros atende mal. Aquele que atende bem é muito bem você entender ele, né? Mas tem uns que eu vou falar: é péssimo. A doutora aqui eu gostei dela, é excelente.

[...] *Sempre eu compreendi dela né?*

Esse paciente, quando questionado sobre como foi a interação com M1 e a compreensão das informações, traz sua representação sobre a compreensão do evento de forma bastante sintética. Destaca que: “*nem sempre compreendo*” até “*por que meu estudo é*

bem pouquim”, atrelando assim, a capacidade de compreensão com o nível de alfabetização e escolarização, processos que na prática, não se associam obrigatoriamente, tendo em vista que a compreensão crítica pode estar atrelada ao letramento social do sujeito, que se constitui de um processo contínuo, ininterrupto e de ampla abrangência social, e que, portanto, independe da interferência da alfabetização e da escolarização formal. “O letramento não é o equivalente à aquisição da escrita. Existem “letramentos sociais” que surgem e se desenvolvem à margem da escola, não precisando serem por isso depreciados” aponta Marcuschi (2010a [2001], p. 19), que também estabelece as distinções entre esses processos, conforme apresentado anteriormente.

P12 continua com sua representação, apresentando um relato no qual faz uma avaliação geral sobre a questão do atendimento médico, associando o atender ‘bem’ com a facilidade de compreender a informação. Ele estabelece uma lógica, baseada numa relação de causa e consequência em que, por exemplo, aquele médico que “*atende bem*”, o que corresponde a ser atencioso, prestar atenção no paciente, malear a linguagem (oral e escrita) na comunicação com o paciente etc., torna-se fácil de compreender suas informações; enquanto que “*outros atende mal*”, o que na prática se enquadra no perfil descrito por P8/UBS1, em que o médico não examina e nem é atencioso com o paciente, e que por isso, torna-se mais difícil de compreender suas informações. Desse modo, a compreensão é situacional e contextual, e está subordinada ao modo como o médico procede com o atendimento. Ao final dessa avaliação comparativa, P12 qualifica M1 como “*excelente*”, no fechamento de sua representação sobre o evento de letramento consulta médica.

Implícito no uso desse adjetivo está à capacidade de P12 fazer avaliações, comparações e discernimentos sobre a qualidade de um atendimento médico, distinguido ou definindo lugares sociais e valor qualitativo e apreciativo a figura de outro sujeito, no caso, M1. Essa sua conduta, respalda-se pelo seu letramento, pois conforme Street (2006, p. 465-466), “o poder de definir e de nomear é em si mesmo um dos aspectos essenciais dos usos do letramento”, ou seja, através do uso da linguagem, sempre repleta de intenções, argumentações e significados explícitos e implícitos, tem-se o poder de estabelecer classificações de distinção ou diferenciação depreciativas ou valorativas socialmente. Assim, os eventos de letramento, e por consequência as práticas de letramento que ocorrem dentro deles, são espaços sociais de posicionamento crítico no mundo.

Desse modo, o domínio letrado da linguagem representa uma possibilidade de o sujeito construir espaços de ocupação social e de designar diferentes categorizações sobre si e sobre o outro no mundo, por meio de mecanismos diversos, oriundos da natureza polissêmica

e transcultural dos letramentos sociais que constituem sua identidade, visto que à luz de Street (2006, p. 466) considera-se que “as práticas de letramento são constitutivas da identidade e da personalidade” do sujeito, pois “quaisquer que sejam as formas de leitura e escrita que aprendemos e usamos, elas são associadas a determinadas identidades e expectativas sociais acerca de modelos de comportamento e papéis a desempenhar”, e assim, “diferentes letramentos, portanto, são associados a diferentes personalidades e identidades” (STREET, 2006, p. 470), construídas e reconstruídas socialmente nas interações.

Veja-se agora, mais uma representação do evento de letramento consulta médica. Dessa vez, de P25, da UBS2:

P25/UBS2: *Como bem, se ele passa o remédio pra você tomar assim, desse jeito assim, ‘a senhora (fulano e sicrano)’ o que eu entendo é isso e tomo nas hora que ele fala. Aí eu sempre venho verificar a pressão, e a pressão devido eu tomar o remédio direitinho na hora que eles passa, graças a Deus vem vindo bem.*

[...]

Às veze quando ele diz uma coisa que eu não entendo bem, aí eu pergunto aqui a menina aqui que marca. Como bem, agora mermo o remédio que ele passou pra comprar pro meu esposo, aí eu esqueci de perguntar ele como é, aí eu amostréi a ela e aí ela disse que é ‘assim, assim’, aí ele [o médico] tava até lendo lá, aí ela disse: ‘olha fulano’, aí eu digo: ‘doutor é da manhã ou dá noite?’ aí ele disse: ‘é da manhã’, aí eu já entendi né?

[...]

[...] tem uma [receita] dele aqui pra eu lhe amostrar que eu entendo bem direitim. Essa daqui eu não entendi que era dele, eu entendi outra que ele passou para mim. [mostrando a receita]. Essa letra aqui já entendi bem direitim, dos remédio que eu tomo [mostra outra receita]. Essa daqui é a de hoje, o nome dele [menciona o nome do médico] lá em cima eu já entendi, aí foi o remédio que ele passou para comprar por meu esposo, pra comprar remédio foi esse daqui [um encaminhamento médico] foi pra bater um raio X, que é dele também.

Em sua representação, P25 relata como se deu o diálogo com o médico, o que envolveu, inclusive, a presença da “*menina aqui que marca*”, que é, na verdade, a assistente do médico. Diante disso, considera-se que a consulta é um local, que pela forma como é historicamente organizada, por meio de regras e normas pré-estabelecidas, pode algumas vezes, causar inibição ou mesmo o paciente esquecer-se de tirar todas as dúvidas com o médico, e, portanto, sair sem compreender direito o modo de tomar a medicação.

Importante frisar que essa reflexão se alinhará ao relato de M1, no segundo tópico dessa discussão, quando se traz as representações do evento de letramento consulta médica sob a ótica dos médicos, e que a profissional relata de uma paciente que fez uma lista dos sintomas que estava sentindo, como uma forma de não esquecer diante do médico.

Um fator bastante relevante de ser destacado no que se refere ao domínio de letramento de P25 diz respeito à forma como ela organiza as receitas médicas e as guias de encaminhamento médico para fazer os exames. Ela comprova isso, de diferentes formas:

a) mostrando e identificando cada um desses papéis ao pesquisador, identificando-os pela data em que foram produzidos: “*Essa daqui é a de hoje*”.

b) a localização do nome do médico dentro do espaço da receita: “*o nome dele [menciona o nome do médico] lá em cima eu já entendi*”.

c) identifica o que é dela e o que é do marido (que acompanha também no momento da entrevista): “*Essa daqui eu não entendi que era dele (do marido), eu entendi outra que ele passou para mim*”.

d) diferencia o que é para a compra imediata de remédio e o que é para a realização posterior de exames: “*foi o remédio que ele passou para comprar pro meu esposo, pra comprar remédio foi esse daqui [um encaminhamento médico] pra bater um raio X*”.

Pode-se dizer, a partir disso, que ela distingue os tipos de direcionamento de ações a que as receitas e as guias possibilitam socialmente, bem como as prescrições contidas nessas peças escritas, e nisso identifica-se o caráter injuntivo desse tipo de gênero textual, os quais orientam o agir com e sobre o mundo, de forma ordenada, temporal e lógica, por meio de etapas sequenciadas, conforme as leituras de Adam (1992), Bronckart (2012) e Dolz; Schneuwly (2004).

Embora P25 assumia ter pouco domínio de leitura, revela um domínio minucioso com peças escritas, o que comprova a tese de que a compreensão não pressupõe diretamente o domínio do código formal alfabético (alfabetização/escolarização), mas está relacionando, na maioria das vezes, aos modos culturais como os sujeitos interagem com a língua (os letramentos sociais), e utilizam-se dela, para resolver as situações do cotidiano, de domínio prático e interacional.

Sua capacidade de articular aquilo que compreende com o que não compreende durante a representação do evento de letramento consulta médica, constitui uma rica estratégia de leitura e de interação com o outro na concretude das práticas sociais, o que pressupõe um empreendimento perspicaz no modo como organiza as atividades de leitura ao seu redor, como também foi observado durante a entrevista, em que cada um desses papéis, ela guardava em um local diferente (sacos, sacolas de tamanhos e formatos diferentes dentro de uma maior), o que por conta disso, demorava encontrá-los para mostrar ao pesquisador, como uma maneira de comprovar o seu dizer.

A segunda representação da consulta médica da UBS2 é trazida por P26:

P26/UBS2: *O outro médico passado era uma médica aí que foi mudado pra esse daqui, mas eu já me consultava sobre a hipertensão. Eu me consultava só mermo por causa de medir a pressão, a pressão, aí passava os remédio, aí de certo que quando foi agora esse ano, tem mais ou menos quase dois mês que eu me consultei com ele. Eu senti uma dor muito grande, do lado, na perna, aí eu senti uma dor muito grande. Eu sempre me consultava por causa do remédio da hipertensão, por que eu media, dava o resultado pra ele, da pressão, aí foi aí eu senti essa dor dois mese ou mais atrás aí vim me consultar, aí eu fui a Teresina com a dor, aí cheguei em Teresina imediatamente com a dor que de noite não dormia, aí o médico de urgência no Parque Piauí, aí ele aplicou duas injeção em mim, aí passou a receita do remédio, aí eu fui a farmácia comprei, foi até a muié que comprou, aí cheguei em casa, toda a noite, tudo de novo, dor, aí passei três dias sem dormir de dor. Aí eu digo: ‘agora eu só tomo remédio se passar sabendo que doença é essa da perna’, aí fui imediatamente no hospital e mandei bater um Raio X do lado da dor, aí a dotora quando deu o resultado disse que era bico de papagaio, espiou tudo disse que era bico de papagaio, aí passou o remédio aí pra comprar, passei na farmácia, comprei, aí tomando e sem parar de sentir a dor, parece por uns dois a três dias tomando remédio e todo tempo a dor em cima, aí eu vim aqui no médico da família que é esse médico aí que, aí ele disse: ‘eu quero ver o raio X’. Aí eu apresentei, e ele disse: ‘Eita! O bico de papagaio tá grande!’, aí ele passou o remédio, os comprimidos e disse: ‘vai tomar quatro por dia, dois de manhã e dois de noite’. Aí eu comecei tomar do jeito que ele ensinou, aí fui tomando, tomando e terminou em um, depois no outro dia mudou pra dois, aí eu tomei uns oito dia de dois, quando com oito dia foi de um, aí a dor desapareceu, mas fiquei com a dor no osso da canela, dormente e aqueles descanso. Aí ele pediu o resultado, para eu vim de novo dá o resultado do remédio. Aí hoje eu vim dá o resultado, dizer que a dor passou, eu durmo bem de noite, mas tem aquele beliscão no osso da canela e a canela é esquecida, assim dormente o osso, o da coxa também é dormente, aí ele suspeitou que seja uma hérnia de disco, para eu bater um Raio X.*

[...]

Tem umas [informações] que eu compreendo, outras num compreendo não.

[...]

Eu acho que fica difícil de compreender por que eu tenho aquela parte de linguagem que é de cabôco como eu, que não compreende o que ele passa, aí eu já peço a orientação mais ou menos.

Também este paciente, inicia sua representação do evento de letramento consulta médica, trazendo informações contextuais sobre sua relação com os médicos da UBS2, situando nesse relato, os motivos que geralmente o levam a consultar o médico. Sua narrativa parte, primeiramente, de situar um fato antigo que o levava ao médico: “*eu já me consultava sobre a hipertensão. Eu me consultava só mermo por causa de medir a pressão*”; para em seguida, apresentar o dado novo que desencadeou suas atuais e contínuas idas ao médico: “*Eu senti uma dor muito grande, do lado, na perna*”.

Devido o surgimento dessa dor, P26 situa quatro eventos de letramento consulta médica do qual participou buscando solucionar o problema. Os três primeiros em situações anteriores; e o terceiro, referindo-se a consulta que acabara de sair do consultório. Veja-se:

1º) **Primeira vez** que sente a dor, procura por atendimento médico e medicação: “eu fui a Teresina com a dor” [...] “o médico de urgência no Parque Piauí, aí ele aplicou duas injeção em mim”;

2º) **A persistência da dor, retorna ao médico pela segunda vez**: “fui imediatamente no hospital e mandei bater um Raio X do lado da dor, aí a dotora quando deu o resultado disse que era bico de papagaio, espiou tudo disse que era bico de papagaio”;

3º) **A dor continua, por isso, vai novamente ao médico, pela terceira vez**: “aí eu vim aqui no médico da família que é esse médico aí que, aí ele disse: ‘eu quero ver o raio X’”.

4º) **A consulta com o M2, na UBS2, da qual acabara de participar, e que constitui a a quarta vez que se encontra com um médico**: “Aí hoje eu vim dá o resultado, dizer que a dor passou, eu durmo bem de noite, mas tem aquele beliscão no osso da canela e a canela é esquecida, assim dormente osso, o da coxa também é dormente, aí ele suspeitou que seja uma hérnia de disco, para eu bater um Raio X”.

Esse entrecruzamento de informações referenciais dentro de seu relato demonstra o cuidado que P26 tem de justificar as causas e motivações que o levam ao contexto hospitalar. Durante a entrevista, esse sujeito demonstra bastante interesse em relatar sua relação com o contexto médico, e faz isso por meio da construção de uma narrativa, marcada pelo encadeamento das ideias, de modo sequenciado.

Com todo esse relato, P26 tem o propósito de contextualizar e justificar tudo o que ocorreu antes e durante a consulta com M2, da qual acabara de participar. As três consultas médicas anteriores constituem-se também, como eventos de letramento nos quais ele lidou de forma reflexiva com a escrita. Percebe-se que cada um desses eventos atrela-se ao outro através da reincidência de um problema de saúde: ‘a dor’, que constitui o grande conflito que desencadeia as práticas comunicativas entre médicos e pacientes nos quatro eventos de letramento.

A participação em todos esses eventos de letramento consulta médica, fez com que P26 se envolvesse em diferentes práticas de letramento, seja dentro das consultas ou em ações desencadeadas pelos comandos dados pelo médico, como por exemplo: as compras de medicamentos na farmácia e a realização de exames. Em todas essas situações, P26 demonstra o domínio de articulação de fatos; encadeamento de ideias, de acordo com os propósitos comunicativos que pretende alcançar; sabe a quem recorrer em situações específicas em que necessita de ajuda; noção instrucional para seguir comandos/orientações na tomada de medicamentos; situa no tempo e no espaço as causas, os motivos e as circunstâncias da situação vivenciada; entre outros domínios do mundo do letramento, e que, portanto, a partir

disso, pode-se dizer, pelas palavras de Soares (2010, p. 47) que P26, “cultiva e exerce as práticas sociais” de uso da escrita, relacionando-as com seus valores e necessidades de direcionar suas ações sociais, tanto no plano individual, quanto na interação com os outros, evidenciando assim, o caráter dialógico das práticas de linguagem.

As representações trazidas por P26 situam dois encontros com M2. No primeiro contato, P26 já traz os resultados dos exames feitos anteriormente: “*o Raio X*”, uma peça escrita que servirá para comprovar seu discurso oral sobre as dores que tem sentido ultimamente. Em torno desse exame se desenvolve toda a comunicação entre eles, desdobrada em etapas: **i)** o reconhecimento do problema: “*Eita! O bico de papagaio tá grande!*”; **ii)** a intervenção: “*ele passou o remédio, os comprimidos*”; e **iii)** a prescrição: “*vai tomar quatro por dia, dois de manhã e dois de noite*”. Percebe-se, principalmente nessa última etapa, o modo como M2 traquejou a linguagem, adequando-a, por meio de formas flexíveis e dinâmicas que possibilitassem a P26 compreender as informações, o que pode logo em seguida ser comprovado, quando ele diz: “*Aí eu comecei tomar do jeito que ele ensinou, aí fui tomando, tomando e terminou em um, depois no outro dia mudou pra dois, aí eu tomei uns oito dia de dois, quando com oito dia foi de um*”.

Uma importante reflexão sobre o conhecimento letrado de P26 pode ser feita a partir da forma como ele seguiu as recomendações de M2. Ele reconhece, separa, classifica e alterna as datas e horários de tomar os remédios, conforme as prescrições, e faz isso não apenas de modo crescente, mas de forma decrescente (de um para dois, e de dois para um), estabelecendo uma continuidade processual na tomada dos medicamentos, o que vai surtindo efeito no problema que vivencia: “*uma dor muito grande*”. Com isso, P26 se envolve, de forma intencional, mas também involuntária (uma vez que tem a intenção de melhorar do problema de saúde, e a leitura que faz dos horários de tomar a medicação é consequência) em uma intrincada e complexa prática de uso da leitura e da escrita matemática, ou seja, o letramento matemático, que segundo Machado (2003, p. 148) compreende a “*aquisição de aptidões para o uso de sistemas notacionais escritos para a prática da integração de significados da Matemática na linguagem*”.

Essa definição de Machado (2003), articula-se ao conceito de letramento matemático proposto pelo PISA³⁰ (*Programme for International Student Assessment*) (2000), no relatório do OECD³¹ (*Organization for Economic Co-operation and Development*) (2002), o qual é

³⁰ Tradução para o português: Programa Internacional de Avaliação de Estudantes.

³¹ Tradução para o português: Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico.

construído a partir da análise de testes³² de conteúdos escolares realizados em diferentes países, dentre eles, o Brasil. O relatório propõe o seguinte:

Letramento matemático é a capacidade de um indivíduo para identificar e entender o papel que a matemática representa no mundo, fazer julgamentos matemáticos bem fundamentados e empregar a matemática de forma que satisfaçam as necessidades gerais do indivíduo e de sua vida futura como um cidadão construtivo, preocupado e reflexivo (PISA/OECD, 2002, p. 41).

Na continuidade de sua representação, P26 situa o segundo encontro com M2, o qual aconteceu em momentos anteriores à entrevista, quando o médico: *“pediu o resultado, para eu vim de novo dá o resultado do remédio. Aí hoje eu vim”*. Percebe-se que nesse segundo encontro, há uma continuidade das práticas de letramentos iniciadas anteriormente e que o uso da linguagem se dá como uma forma de prolongar e estender as informações já ditas. M2, partindo do prolongamento dos sintomas de P26, aponta para um possível agravamento da doença, o qual deverá ser comprovado por meio de exames (texto escrito): *“um Raio X”*.

Após esse relato tão minucioso de como foi à consulta, P26 quando questionado se compreende bem as informações ditas pelo médico, diz que: *“Tem umas que eu compreendo, outras num compreendo não”*, e atribui isso ao fato de que: *“Eu acho que fica difícil de compreender por que eu tenho aquela parte de linguagem que é de cabôco como eu, que não compreende o que ele passa, aí eu já peço a orientação mais ou menos”*. Porém essa reflexão se dá de forma generalizada, uma vez que P26 já especificou como aconteceu a interação com M2. Ainda assim, é relevante destacar, pois essa sua fala evidencia as duas representações que ele possui sobre a linguagem. A primeira, *“de cabôco”*, atrelada ao sujeito de pouca leitura (analfabeto, às vezes) e pouco traquejo social, de fala informal e inculta, *status* no qual ele se coloca: *“como eu”*; e a segunda, *“o que ele [médico] passa”*, atrelada a uso da linguagem formal, de domínio culto, alfabetizado e escolarizado, situação na qual a categoria dos médicos se encontra.

³² Essa noção toma por base ainda, as classificações já tratadas nesse estudo, oriundas de avaliações do ensino em larga escala, feitas por órgãos como Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Indicador Nacional de Analfabetismo Funcional (INAF), Instituto Paulo Montenegro (IPM), Organização das Nações Unidas para a Educação (UNESCO), entre outros, que por meio de testes de proficiência em leitura e matemática, estabelecem os níveis de funcionalidade dessas habilidades na população adulta brasileira entre 15 a 64 anos em todas as regiões do país: analfabetismo e alfabetismo, dividido em nível rudimentar, básico e o pleno (SOARES, 1995 / SOARES, 2003 / SOARES, 2010 / RIBEIRO, 1997 / RIBEIRO; SOARES, 2008).

Pode-se dizer que, essas representações partem do conhecimento geral de mundo de P26 e de suas experiências do senso comum, no qual se construiu uma ideia de língua segregadora e desvinculada dos contextos de interação social. Essa perspectiva veicula-se a uma noção de poder e hierarquia a qual sustenta o modelo de letramento autônomo, “que reduz o letramento a um conjunto de capacidades cognitivas, que pode ser medida nos sujeitos” (STREET, 2014, p. 09).

Portanto, retomando a representação dos eventos de letramento consulta médica trazida por P26, pode-se dizer que ele traz a consulta médica como um espaço de diferentes manifestações do uso da linguagem (oral ou escrita), que possibilitam a *inter-ação* dos agentes de letramento.

Mais uma representação do evento de letramento consulta médica, na voz de P27:

P27/UBS2: *É assim, porque eu consultei esse aqui [referindo-se a criança no colo] e ele nunca descobriu o que ele tinha, só dizia que ele ‘tinha verme’, aí eu ficava assim: ‘meu Deus do céu esse menino com verme, só verme’, aí eu trouxe aqui de novo, aí ele foi e descobriu que era anemia mesmo, só isso mesmo.*

[...]

[Quando eu não entendo] *Nem que eu leve uma bronca dele, eu peço pra ele me explicar. Mais ou menos, mais é por causa dele aqui [criança no colo] que às vezes eu volto pra ele me explicar, por que eu tenho medo de dar remédio errado pra esse menino.*

A paciente inicia sua representação, mencionando a recorrência de um problema de não compreensão entre ela e M2, causado pela forma abreviada ou pouco clara como o médico referiu ao problema de seu filho, fato prolongou uma situação de desconforto na criança. Esse fato corrobora para a ideia de que a linguagem, como mecanismo de interação entre os sujeitos, dependendo do contexto e da força argumentativa com que é utilizada, pode se constituir como barreira de acesso ao conhecimento e criar bloqueios de acesso ao mundo letrado, reforçando e mantendo valores e padrões culturais de poder existentes no contexto social (STREET, 1984). O poder nesse caso, é o poder saber, esclarecer-se e estar informado sobre os domínios da própria vida e do mundo que o cerca, o que muitas vezes depende da ação do outro, como nesse caso, a solução do problema de P27 está atrelada a ação de M2.

Percebe-se que P27 aceitava o diagnóstico do médico, mas, ainda assim, não se conformava e se questionava: “‘meu Deus do céu esse menino com verme, só verme’”, o que demonstra que embora não tenha domínio de termos do campo da medicina, tem noções práticas sobre o impacto daquilo que M2 lhe disse, que segundo sua avaliação, não

correspondia aos sintomas apresentados pela criança. Nesse caso, pode-se dizer que o saber, advindo do letramento social, prevaleceu no direcionamento de suas ações, no sentido de insistir na busca por um novo diagnóstico para o problema. Isso evidencia os significados políticos, ideológicos e, principalmente, utilitários do letramento, para a resolução de problemas atrelados à sobrevivência nos diferentes contextos letrados.

Outra dimensão da fala de P27 e que se complementa a sua postura anteriormente mencionada, diz respeito a forma incisiva e questionadora, como encara o médico, exigindo dele uma explicação clara e que responda as suas necessidades sociais, que ela resume no “*medo de dar remédio errado pra esse menino*”, o que traria uma série de consequências negativas para a sua vida como, por exemplo, o agravamento da doença ou mesmo a morte, em último caso. Ao assumir essa postura, P27 se estabelece como autora de um discurso letrado, em virtude de que não mais aceita as coisas ditas como verdades absolutas, mas age de forma argumentativa e crítica sobre qualquer tipo de mensagem que é veiculada em seu cotidiano, ampliando e ressignificando os seus sentidos e o seu próprio lugar social no mundo, e, portanto, assume uma postura social e cognitiva diferenciada.

Este caso de P27 não é isolado, visto que na análise da representação de **P8/UBS1** (analisada anteriormente) e **P39/UBS3** (analisado a seguir), também percebe-se que eles têm o mesmo posicionamento; assim como outros pacientes, que dizem não sair do consultório com dúvidas, pois sempre buscam resolvê-las diretamente com o próprio médico, conforme ilustra-se com os relatos abaixo:

P20/UBS2: *Às vezes quando ele passa, tem umas [orientações] que eu entendo, têm outras que não, aí eu volto lá pra ele me explicar. Eu peço ajuda a ele mesmo, na hora que eu saio, que olho e num entendo, eu volto e pergunto logo.*

P30/UBS2: *Eu peço a explicação dele bem, se eu não entender eu pergunto, ele me explica de novo.*

P32/UBS3: *Eu peço explicação e ele me diz bem direitim. Ele fala, aí eu torno perguntar de novo que é pra mim entender mais direito.*

P38/UBS3: *Se ele me falar uma coisa bem ali na hora que eu não entender, eu pergunto de novo, eu não saio sem tá informada, isso aí eu num faço não. Sempre eu pergunto pra ele: ‘doutor, eu num entendi por que isso?’ Eu sempre faço assim.*

Além dos comportamentos letrados dos pacientes, estes exemplos ilustram ainda, a ideia de que as relações estabelecidas dentro do evento de letramento consulta médica se dão

de modo dialógico, conforme Bakhtin (2011 [1979]). Na realização destas práticas de letramento, os pacientes enunciam em um plano discursivo que se realiza por meio do diálogo com ‘outro’, neste caso o discurso do médico, exigindo, de forma argumentativa, que este repita as informações que possibilitem uma efetiva compreensão. Neste sentido, a fala destes quatro pacientes, se junta às representações de P27/UBS2, P39/UBS3 e P8/UBS1, no sentido de reforçar a maneira reflexiva como alguns pacientes se portam durante a situação comunicativa com os médicos.

O relato de P39 é o primeiro a trazer uma representação do evento de letramento consulta médica na UBS3. Veja-se a seguir:

P39/UBS3: *Eu falei dois motivos por que foi que eu vim aqui hoje: primeiramente é que eu queria que ele pedisse a requisição pra mim fazer os exame de prevenção de nós homem, que ano passado eu passei por cima e não fiz. Segundo, é uma dor que eu tô sentindo aqui nessa ponta do cotovelo e inflama aqui essa parte do nervo, dói aqui esse outro osso, dói esse aqui também quando eu ando muito em moto, eu num posso fazer muita força e nem muito me virar assim para esfregar, até pra mim vestir uma camisa tem hora que dói né? Aquela dor assim como que quem quer assim deslocar o braço, bem aqui na junta de cima, aí tudo bem, o foi o que eu falei pra ele.*

[...]

Isso aí [facilidade para lembrar como seguir a medicação em casa] eu gravo logo na hora, por exemplo, aí ele me deu a receita aqui e eu não compreendi o nome do remédio, ele falou mais e aí eu disse: ‘como é nome aqui doutor?’, ele disse: ‘Xefa’, aí aqui em baixo eu fui, só pelo que eu já tenho costume de ver letra de médico vi aqui só na hora é de doze em doze hora, tá aqui. Esse ‘Xefa’ é oito miligramas né? É. Aí isso eu entendi, mas quando eu passo pra outras coisas aqui dele aí eu fico, porque tem uns médico que até bonzinho pra gente ler, mais ele aí tem a letra muito “garranchuda” muito. Eu sou muito curioso quando o médico tá falando que ‘é isso e isso e isso, tem que fazer isso, tem que tomar remédio assim assim’, eu guardo logo na minha mente, guardo logo tudim, aí tem minha irmã que tem quatro ano que cuida da minha irmã que mora comigo. Aí quando eu vou com ela no médico ele tá lá falando, falando, falando, tudim tudim, às veze três, quatro receita pra comprar remédio aí tudo, aí eu já já tô entendendo tudim. Esse agora que eu tô levando ela pro psiquiatra lá em Teresina, ele escreve e todo mundo ler a letra dele, escreve tudo direitim, todo mundo ler a letra dele.

Encontra-se no todo do discurso desse paciente, algumas pistas do modo como ele se relaciona reflexivamente com a leitura e a escrita, em todas as suas esferas de participação social. Sua representação evidencia uma linearidade na ordem dos acontecimentos que atrelam suas experiências com o contexto médico. Ele inicia, enumerando ou categorizando as razões que o levaram para a consulta com M3: **i)** “*primeiramente é que eu queria que ele pedisse a requisição pra mim fazer os exame*”; e **ii)** “*Segundo, é uma dor que eu tô sentindo aqui nessa ponta do cotovelo*”. Esses dois eixos direcionam a conversa entre ele e o médico.

Muitas inferências podem ser feitas sobre o letramento desse sujeito. Perceba-se que ele apresenta argumentos para explicar, detalhar e justificar cada um desses motivos:

i) “[...] *prevenção de nós homem, que ano passado eu passei por cima e não fiz*”.

Nesse caso, ele demonstra ter consciência das implicações que o não fazer “*os exame de prevenção de nós homem*” anualmente, pode acarretar para a sua vida, como por exemplo, o surgimento ou agravamento de doenças que predominam nos homens a partir dos 45 anos de idade, principalmente. Nessa classificação de exames de “*nós homem*”, pode-se referir: **a)** a medida da pressão arterial, para saber sobre a questão da hipertensão, um problema que pode causar derrame e infarto; **b)** exame de próstata, para evitar doença de próstata, como o câncer; **c)** exame do intestino, que deve ser feito a fim de detectar lesões cancerígenas e pólipos; **d)** auto-exame dos testículos, para verificar possíveis alterações e crescimentos anormais nos testículos; dentre muitos outros problemas relacionados à saúde masculina.

As campanhas de conscientização a cerca da necessidade de realização desses exames constituem hoje um dos principais desafios do Ministério da Saúde (MS), por meio de divulgação em cartazes, rádios, TVs, internet (sites oficiais e redes sociais), *outdoors*, entre muitos outros gêneros textuais e veículos comunicativos. E com os quais P39 demonstra ter contato, e por isso, tem essa postura crítica e bem informada. Veja-se seu discurso: “*Como eu pego em programa de televisão, às veze que eu não sou muito de televisão, por causa do tempo, sou mais pra rádio né? A radio é 24 hora no ar, rádio comigo né? Eu uso rádio no carro, eu uso rádio em casa, rádio no celular, [...]”.*

Ao afirmar isso, P39 destaca os variados tipos de leitura a que tem acesso na sua convivência diária no mundo dos letramentos, interagindo com diferentes veículos tecnológicos e midiáticos, como “*televisão, rádio, celular*”, o que evidencia seu letramento/alfabetização tecnológico (a), científico (a), digital; ou mesmo letramento midiático, como é discutido hoje. Para Buzato (2006) o letramento digital relaciona-se com a habilidade de o sujeito construir sentidos com a leitura no mundo tecnológico e midiático, que se reflete na sua capacidade de localizar, filtrar e avaliar criticamente informações advindas de fontes eletrônicas, através de “dispositivos digitais para finalidades específicas, tanto em contextos socioculturais geograficamente e temporalmente limitados, quanto naqueles construídos pela interação mediada eletronicamente” (BUZATO, 2006, p. 16).

Nesse mesmo entendimento, Soares (2002, p. 151) considera que o letramento digital “é um certo *estado* ou *condição* que adquirem os que se apropriam da nova tecnologia digital e exercem práticas de leitura e de escrita na tela, diferente do *estado* ou *condição* - do letramento - dos que exercem práticas de leitura e de escrita no papel”. Essa ampliação das

capacidades de leitura representa uma nova possibilidade de agir sobre o mundo, como é o caso de P39, ao expressar sua experiência de contato com o mundo das tecnologias.

ii) *“inflama aqui essa parte do nervo, dói aqui esse outro osso, dói esse aqui também quando eu ando muito em moto, eu num posso fazer muita força e nem muito me virar assim para esfregar, até pra mim vestir uma camisa tem hora que dói né? Aquela dor assim como que quem quer assim deslocar o braço, bem aqui na junta de cima, aí tudo bem, o foi o que eu falei pra ele”*.

Nesse segundo motivo, P39 enumera as causas, as consequências e as implicações que a “dor” tem trazido para sua vida social. Por meio de associações e articulações diversas, ele objetiva chamar a atenção de M3 e convencê-lo da gravidade do problema, devido aos atuais empecilhos que tem vivenciado: (conforme sublinhado na fala acima); e mais importante que isso, ele assinala para problemas futuros: a possibilidade de “deslocar o braço”, que seria um prolongamento da doença e das suas dificuldades de sobrevivência social. Nessa situação, mais uma vez, P39 demonstra sua articulação com o mundo do conhecimento letrado, pela forma como se posiciona argumentativamente no evento de letramento consulta médica. Pode-se dizer ainda, que com essa ação consciente de já apontar para os possíveis problemas futuros, P39, de certo modo, antecipa um discurso de M3, que seria no sentido de definir um plano de ação para o tratamento, de forma cuidadosa e criteriosa, evitando o agravamento da doença, questões que ele já demonstra estar consciente.

Nas duas justificativas de ida ao médico, fica evidente no relato de P39, o modo como ele se relaciona ideologicamente com o mundo da escrita, fortalecendo assim, a tese do modelo ideológico de letramento de Street (1984), em que o letramento é considerado “*como prática social* (LPS)” (STREET, 1995/2014, p. 191), que se funda nos usos sociais e nas estruturas ideológicas que norteiam o modo como os sujeitos respondem aos comandos e aos desafios da leitura e da escrita na sociedade grafocêntrica.

Depois de situadas às motivações, P39 especifica, em sua representação, o diálogo que teve com M3 a fim de compreender o nome do remédio escrito na receita médica, quando questiona a questão da legibilidade da letra e da prescrição escritas na receita:

P39/UBS3: “*Como é nome aqui doutor?*”

M3/UBS3: “*Xefa*”

Na leitura, P39 buscou compreender as informações por meio da localização espacial das informações dentro do enquadre do papel da receita: “*aí aqui em baixo eu fui*”, o que demonstra seu conhecimento acerca do modo como o gênero receita médica é estruturado com cada item (nome do paciente, nome do remédio, modo e horários de tomar etc.). Ainda

em seu caminho de leitura, P39 diz que “*só pelo que eu já tenho costume de ver letra de médico vi aqui só na hora é de doze em doze hora, tá aqui. Esse ‘Xefa’ é oito miligramas, né?*”, identificando assim, no texto da receita, elementos extremamente complexos de serem lidos e compreendidos, como o horário de tomar a medicação e os miligramas do remédio, os quais geralmente são escritos por meio de códigos, abreviações e símbolos.

Todo esse percurso de leitura descrito por P39 evidencia o caráter sociocultural e ideológico do letramento, quando o sujeito a partir das experiências com determinado tipo de texto, passa a lê-lo, não necessariamente no sentido literal do código alfabetizado, mas no sentido social, utiliza-se de estratégias de alusão, associações ou aproximações, conforme Koch (2014, tratada mais adiante, em momento oportuno da discussão), a fim de retirar as informações estratégicas que possibilitem a compreensão e o desenvolvimento de sua leitura de mundo, posto que essa anteceda a leitura da palavra (FREIRE, 2011).

Veja-se a receita, objeto da discussão entre P39 e M3:

Imagem 22: Receita médica do Paciente 39/UBS3

SEMUSA SUS RECEITUÁRIO Prefeitura de Nazária

NOME: _____ MAT: _____
 ENDEREÇO: _____ Bairro: _____

Q XEFA 8mg + col
 de 12 em 12h

26/06/15

Nazária, _____
 Dr. _____
 Clínico Geral
 CRM/PI _____
 Médico/CRM
 Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

É importante ressaltar ainda, para a questão do caráter injuntivo que o gênero receita exerce na interação médico e paciente, que, por exemplo, quando o paciente relata que o médico repetiu a informação, por meio de comandos, como: “*é isso e isso e isso, tem que fazer isso, tem que tomar remédio assim, assim*”, o profissional da saúde está utilizando-se de estratégias de linguagem (repetição, paráfrase) (KOCH, 2014), para criar um plano de ação, de instrução para que os propósitos da consulta sejam alcançados; e nesse tratado, a receita exerce papel de ‘instrumento’ de interação e de estabilização de sentidos entre eles.

A discussão em torno dessa peça escrita, a qual será tratada com mais detalhes na *Análise 02*, configura-se como uma das práticas de letramento mais comuns dentro do evento de letramento consulta médica, evidenciada tanto por esse paciente, como por outros durante as entrevistas. Percebe-se ainda, muito presente no relato de P39, o modo como ele avalia a questão do atendimento médico, por meio de comparações, associações e referências a outras situações, quando, por exemplo, acompanha a irmã ao médico “*psiquiatra lá em Teresina*”, e “*ele escreve e todo mundo ler a letra dele, escreve tudo direitim, todo mundo ler a letra dele*”. Embora o profissional explique tudo de forma muito clara e passe as receitas de modo que ele compreenda, P39 mantém uma postura curiosa e incisiva na busca por informações claras que resolvam seu problema.

Nessa avaliação, baseada em experiências vivenciadas em outros contextos de atendimento médico, ele reconhece que “*tem uns médico que até bonzinho pra gente ler, mais ele aí tem a letra muito “garranchuda*”. Esse termo que ele utiliza para qualificar a escrita do médico na receita, pode-se dizer que é próprio de seu vocabulário cotidiano, utilizado nos usos da vida pessoal e profissional.

Considere-se também, que P39, faz uma confusão entre letra e pessoa, quando qualifica o médico como “bonzinho”, a partir do modo como ele escreve, evidenciando assim, o fato de que a questão da letra é um determinante nessa relação. Essa ação do paciente é inconsciente, no entanto é significativa de ser observada, pois é uma relação metonímica, na qual ele toma a letra como representativa do todo da comunicação.

A atitude curiosa que P39 assume ter: “*Eu sou muito curioso*”, pode ser compreendida como uma estratégia pessoal, e de letramento, que ele sempre utilizou, ao longo de toda a sua vida, como uma forma de adquirir conhecimentos e ampliar seu espaço de ocupação no mundo. Perceba-se nesse relato: “*agora uma coisa que eu não levo é dúvida pra casa. Desde quando eu fui aluno de colégio, professor podia até achar eu antipático, exigente por que eu não gosto de ficar com dúvida em minha cabeça e eu pergunto logo na hora ali e se eu não puder eu vou atrás de outro que sabe*”. Assim, ele identifica as diferentes formas de leitura

que ele utiliza para resolver seus problemas, recorrendo, inclusive a outras pessoas. Nisso, fica evidente a postura que ele assumiu com M3 questionando sobre a legibilidade da letra na receita. A parte final de seu relato reforça ainda mais, essa sua postura perante a vida:

[...] Se eu tô num serviço, por que minha área é essa aqui oh [aponta para a parede], tudo isso aqui é coisa que eu sei fazer, isso aqui tudim, eu marco, eu tenho curso de mestre de obra, mas eu não tenho dúvida nenhuma, eu não sei trabalhar com dúvida, se eu tô num serviço e o encarregado, o engenheiro me explica uma coisa, o que eu não entendi eu torno repetir a pergunta, aí quando eu entendo aí eu já sei o que eu vou fazer, o mesmo caso é quando eu tô explicando uma coisa para pessoa, uma conversa, uma história, um acontecido, um fato qualquer, entendeu? 'Entendi!' Quando eu vejo que a pessoa não entendeu, eu vou de outra maneira, com outra linguagem pra ver se ele entende melhor, eu não gosto nem de deixar, nem de levar dúvida pra casa, eu sempre gosto de procurar saber a realidade correta.

O interessante de ser destacado disso é a forma como P39 associa a situação comunicativa vivenciada com o médico durante o evento de letramento consulta médica, o qual está representando em seu relato, com outras situações de uso da linguagem presentes em seu contexto de vida pessoal e profissional. Algumas observações acerca do envolvimento desse sujeito com o mundo do letramento e principalmente, sua ação letrada nesse mundo:

- Faz analogias e associações entre as obrigações inerentes à profissão do médico, com a sua profissão: pedreiro. Com isso ele comprova ter algum tipo de leitura sobre a profissão do médico;
- Tem o domínio técnico e prático das tarefas que realiza, adquirido no curso de mestre de obra “*curso de mestre de obras*” (processo de escolarização, que pressupõe o domínio básico da leitura e da escrita);
- Possui o domínio de estratégias (repetição, paráfrase) para tornar maleável e compreensível o seu dizer, quando está “*explicando uma coisa para pessoa, uma conversa, uma história, um acontecido, um fato qualquer”.*

* Perceba-se a noção de classificação dos usos informais da linguagem, quando, por exemplo, recategoriza a palavra **coisa**, em diferentes segmentos: *conversa, história, acontecido, fato qualquer*, os quais em cada uma dessas situações, “*quando eu vejo que a pessoa não entendeu, eu vou de outra maneira, com outra linguagem pra ver se ele entende melhor*”.

- O domínio de estratégias metalinguísticas e de conhecimentos enciclopédicos e interacionais mobilizáveis durante a interação com outro, tendo em vista a construção dos sentidos e a compreensão das informações entre eles;

- Insere-se como autorreferência: um mecanismo estratégico, legitimador da propriedade discursiva que enuncia. Ele toma a si mesmo como exemplo: “*não gosto nem de deixar, nem de levar dúvida pra casa*”;

- Expõe a questão da linguagem atrelada a “*procurar saber a realidade correta*”, atribuindo assim, a linguagem, o papel de representar o mais fielmente possível à realidade dos fatos.

Portanto, dessa curiosidade de P39 é possível apontar diferentes aspectos de seu envolvimento letrado com o mundo, por meio dos usos da linguagem em uma perspectiva interacional, e assim, vai se inserindo criticamente nos espaços dos quais participa, pois conforme Freire (1996), o sujeito do conhecimento se constrói trilhando caminhos que perpassam por uma ‘curiosidade ingênua’, ainda assim, crítica, associada ao ‘saber comum’; e a partir da aproximação com o ‘objeto cognoscível’, o mundo do letramento, adquire uma ‘curiosidade epistemológica’, um saber sistematizado, que se reflete na postura reflexiva que assume socialmente nos contextos letrados em que se insere.

A representação trazida por P40 acerca do evento de letramento consulta médica:

P40/UBS3: [...] *eu pergunto muito, pergunto até onde eu não entendi, aí eu torno perguntar novamente, até eu entender pelo meno um certo ponto.*

[...]

[...] *assim, ele falou, mas de certa forma ele falou ali, mas eu não entendi aqui a receita ainda, aí eu vou ler, procurar saber direitim pra mim tá me informando, pra mim saber o certo.*

[...]

É assim, por que às veze a pessoa pergunta, como assim eu perguntei dela aqui [referindo-se a criança no colo] que ela tem um poblema que é baixa imunidade, na hora que abaixa, aí eu não sabia né? Aí ele por que ela tem esses ferimentos, aí ele disse: ‘olha isso aí num é coisa de outro mundo não, qualquer um médico, qualquer clínico dá pra saber’. Eu digo: ‘não por que a ultima vez ela sempre é internada né? Ela sempre internada aí agora pediram o exame de sangue, aí é feito, aí num descobre’. Aí ele disse que ‘num é nada que que num dá pra saber não né? Ele é só negócio de baixa imunidade’. Na hora que ela toma sempre essa medicação que eles passam, que é antibiótico que agora mesmo é “begetacil”, ela toma sempre, mas de tanto ela toma sempre continua. Ele disse: ‘não, por que o problema dela é a baixa imunidade, na hora que abaixa essa imunidade dela aí volta aparecer’. Aí eu digo: ‘pois num tem uma forma de dessa humani, imunidade dela ficar sempre em cima, que é sempre toda vez que tem essa baixa imunidade ela fica internada’, aí ele me explicou que é sobre essa baixa imunidade dela que quando abaixa aparece sempre esse ferimentos e esse mal estar dela.

P40 inicia sua representação sobre o evento de letramento consulta médica, destacando a forma questionadora como ela se expõe nessas situações, e nesse relato situa a compreensão como um processo gradual e crescente, que vai sendo adquirido a partir da forma como interage com M3. Nessa dimensão contínua, ela pretende “*entender pelo meno um certo ponto*”. Com isso, ela cria uma escala de avaliação dos níveis de compreensão das interações, e por meio de uma auto-avaliação, na qual ela se coloca em uma escala mediana, razoável, em virtude de que se satisfaz em entender apenas “*um certo ponto*”.

No processo comunicativo a compreensão, assim como os problemas de compreensão são inerentes à enunciação (HILGERT, 2008). Desse modo, o ato de compreender pressupõe um processo gradual de interação e dialogicidade entre os sujeitos enunciadore, que interpostos na e pela ação da linguagem, no momento da comunicação recorrem às experiências vividas, criando e recriando possibilidades de atribuir significados ao contexto comunicativo no qual estão inseridos. Kramer (2003, p. 58) considera que “a compreensão não só implica a identificação da linguagem formal e dos sinais normativos da língua, mas também os subtextos, as intenções que não se encontram explicitadas”. Desse modo, a plena compreensão envolve fatores diversos, que são articulados linguisticamente pelo uso das palavras (orais ou escritas).

Ainda sobre a mesma questão, P40 acrescenta que o médico falou, explicou a receita, porém ela não a compreendeu plenamente durante a consulta: “*ele falou, mas de certa forma ele falou ali, mas eu não entendi aqui a receita ainda*”. Esse caso, semelhante ao de P11/UBS1, ela reforça o que disse anteriormente, de que compreende parcialmente as informações ditas pelo médico. A outra hipótese já referida é a de que M3 não utilizou de uma linguagem clara o suficiente para que ela compreendesse as informações contidas na receita, e por isso “*eu vou ler, procurar saber direitim pra mim tá me informando, pra saber o certo*”.

Nesse caso, fica muito evidente a função do gênero receita, como mediadora das relações entre médico e pacientes, um ‘instrumento’ que ajuda a estender as informações para além do espaço interno do consultório, mas para a vida social do sujeito, orientando-o na compra do remédio e na tomada da medicação de forma correta. Portanto, exerce papel de porta-voz do médico e de guia ou referência para o paciente, como representação, tanto do médico, como da consulta e do tratamento de saúde, como um retrato da situação.

Assim, pelo modo como representa a interação com M3, pode-se dizer, que embora os problemas de compreensão da linguagem do médico, prevaleceu o aspecto do diálogo e da interação no evento de letramento consulta médica. Por isso, considera-se que esse evento é construindo eminentemente por usos da linguagem, que de modo muito específico, tem as

marcas ideológicas e sociais que subjazem a cultura de cada falante, daí a ideia de Street (1984) mencionada por Soares (2010, p. 75), quando diz que: “a verdadeira natureza do letramento são as formas que as práticas de leitura e escrita concretamente assumem em determinados contextos sociais, e isso depende fundamentalmente das instituições sociais que propõem e exigem essas práticas”, e nesse caso, tanto a situação, como o contexto comunicativo possuem normas tácitas e regras específicas previstas para a comunicação entre os agentes de letramento (médico e paciente).

A última dessas representações do evento consulta médica, no relato de P45:

P45/UBS3: *É, por que às veze a gente, como bem, hoje eu vim pra pedir uns exame, pedi, que eu tô fazendo um tratamento da vista né? Aí eu fiz tudim os papel, aí ficou lá, foi lá e aí a moça disse: ‘tal dia é, eu ligo pra lá’, deixei tudo ajeitado pra esse dia só pá ir lá fazer a cirurgia, e passou um mês e nada, dois mese e aí com dois mese ela ligou, para ir ou eu ou uma da mia família, eu mandei mia menina lá, e ela disse: ‘não, é por que aqui não vale mais, você tem que fazer novos exames, começar do zero de novo’, pra mim procurar uma clínica pá fazer né, aí eu vim aqui pedir os exame pra fazer, aí eu tenho que pedir os exame, que é só coração, o de sangue e do coração né? Aí eu digo: ‘a vista isso eu vou pedir logo pra fazer um que eu tô com uma dor assim aqui’, mas ele não deu, só deu esse daqui de sangue e outo do coração.*

[...]

[...] *mais só que ele não deu o que eu pedi, o que eu tava com mais necessidade era esse, ele num deu.*

Pelo relato de P45, percebe-se o modo como as ações no campo da saúde, principalmente aquelas ocorridas entre médico e paciente são construídas a partir do uso da linguagem, e que isso interfere no direcionamento das ações dos sujeitos no mundo, em virtude de que nesse caso, para a realização de uma cirurgia, em outro local (hospital), faz-se necessário um encaminhamento por escrito, “*os papel*”, que ateste o estado de saúde de P45.

Porém, antes de situar especificamente como foi sua comunicação com M3, P45 relata as motivações que lhe trouxeram a UBS3 e nas quais também está muito presente o papel da linguagem (principalmente oral) guiando seus modos de ser e estar no mundo. Veja-se a articulação dessas práticas de linguagem com a ação de P45: “*a moça disse: ‘tal dia é, eu ligo pra lá*””; “*ela ligou*”. Nesse caso, a linguagem oral, em sua função fática, pelo canal telefone, teve a finalidade de transmitir uma informação, que trouxe uma série de consequências e tomadas de atitude por parte de P45.

A informação dada: “*‘não, é por que aqui não vale mais, você tem que fazer novos exames, começar do zero de novo*””, permite que se problematize a ideia de que hoje, até

mesmo a escrita, que na maioria dos contextos em que se insere tem uma validade indeterminada, neste caso, é finita, ou melhor, essa escrita estabelece um prazo de validade para si mesma e, dependendo do contexto, ela ativa ou desativa a própria funcionalidade. Não é a perda do valor da escrita, enquanto sistema simbólico e representacional, mas a ideia de autoconstrução e ao mesmo tempo de autodestruição a que se refere à mensagem que ela veicula socialmente. Nesse caso, também, atribui-se às regras dos programas de atendimento do SUS, visto que os encaminhamentos médicos (escritos) têm um prazo determinado para que possam ser utilizados, do contrário, exigem uma revalidação das informações.

Importante destacar isso para evidenciar que todo o contexto organizacional que converge para a realização do evento de letramento consulta médica tem algum envolvimento com uma ação de linguagem (oral ou escrita), seja antes, durante ou depois, conforme se verificou também no relato de P11/UBS1, que embora tenha sido em uma situação contextual totalmente diferente, a razão para ir ao médico também foi motivada pelo uso da linguagem.

O objetivo da consulta, segundo P45 era então, *“pedir os exame, que é só coração, o de sangue”*, os quais atendiam a demanda solicitada anteriormente, porém a questão que chama a atenção nessa comunicação diz respeito ao fato de que, P45 estando com uma dor, aproveita da situação com o médico para pedir um encaminhamento escrito para a realização de exames que diagnosticassem esse problema, porém *“ele não deu, só deu esse daqui de sangue e outo do coração”*.

O que se percebe nesse caso, assim como em muitos outros, é que em algumas situações, o médico está preocupado apenas em responder às demandas escritas relacionadas ao pacientes como, por exemplo, renovar a receita de um medicamento de uso contínuo; fazer, a partir de outro existente, um encaminhamento para consultas, exames; entre outros; e que aquilo que está na oralidade, na fala do paciente, que muitas vezes é o que mais representa a sua situação de doença naquele momento, ele desconsidera, dando preferência apenas, a continuidade e o fortalecimento de um ciclo comunicativo baseado apenas na escrita, como se o objetivo da consulta fosse o cumprimento de acordos escritos, ao invés de considerar primordialmente, as razões explicitadas pela fala do paciente.

A atenção de M3 para a fala de P45 era de fundamental importância naquela situação, pois conforme destaca Martine (1989, p. 243), *“o discurso [falado] é um dos materiais de que se serve o médico para obter informações do paciente que o levarão ao diagnóstico”*, e para tanto, a troca de informações verbais deve acontecer *“montada num fundo comum de conhecimentos e expectativas sobre o evento”*, que gere uma compreensão compartilhada.

A paciente conclui sua representação sobre o evento de letramento consulta médica, com essas palavras: “*mais só que ele não deu o que eu pedi, o que eu tava com mais necessidade era esse, ele num deu*”, as quais representam um vazio, uma descontinuidade, uma reticência em sua relação com M3, soando assim, como um pedido, um apelo, uma denúncia, ou mais ainda, uma lastimação por não ter tido sua maior “*necessidade*” atendida naquele momento.

Na análise de todo o relato de P45 é possível destacar ainda um aspecto muito importante: ela traz uma representação não apenas do evento de letramento consulta médica, mas do sistema de saúde, que pela burocratização e demora na resolução das questões dos pacientes, traz complicações para o tratamento de saúde.

No geral, as representações desses 9 (nove) pacientes, expressam algumas das situações que eles vivenciam durante o evento de letramento consulta médica, no que se refere à organização das práticas letradas e, principalmente, à compreensão das informações trocadas com o médico durante a consulta. Desse modo, é importante, situar, um fator destacado por um número significativo de pacientes, como sendo favorável à compreensão e à lembrança do modo de seguir a medicação prescrita pelo médico.

4.1.1.1 Um fator favorável à compreensão e à lembrança para seguir a medicação

Durante as representações do evento de letramento consulta médica, 7 (sete) pacientes mencionaram um mesmo fator como sendo favorável, tanto para a compreensão das informações ditas pelo médico durante a consulta, como para lembrar o modo de tomar a medicação e prosseguir com o tratamento do problema de saúde. Esse fato é a regularidade com que tomam um remédio específico, ou seja, o fato de tomar continuamente o mesmo medicamento faz com que se torne mais fácil de compreender ou lembrar as informações relacionadas a ele. Vejam os relatos:

P10/UBS1: [...] *Agora só tem um remédio lá em casa que aqui e acolá eu esqueço, mas é muito difícil, num foi nem esse que passaram aqui não, faz muito ano que eu tomo, um que tomo em oito e oito dia, aí tem dia que eu esqueço a data, aí passa do dia, mas é isso aí da vida. Num tem importância com esses daqui não, não tem nada haver com esse daí não, esse daí já é de muitos tempo que eu tomo, [...].*

P11/UBS1: *Só da receita que eu já tenho antiga que eu já venho tomando antigo né, que é o remédio de pressão eu entendo, agora outras letras assim, pra outro tipo de remédio eu não entendo não.*

P15/UBS1: *Não, eu num tenho dificuldade não por que já, quando ela diz já fica tudo decorado já. Esses de agora não, porque foi uma coceira que eu peguei no meu corpo, aí eu vim e ela passou o remédio para mim, agora o da pressão é todo dia.*

P25/UBS2: *Como bem, se ele passa o remédio pra você tomar assim, desse jeito assim, 'a senhora (fulano e sicrano)' o que eu entendo é isso, e tomo nas hora que ele fala. Aí eu sempre venho verificar a pressão, e a pressão devido eu tomar o remédio direitinho na hora que eles passa, graças a Deus vem vindo bem.*

P30/UBS2: *[...] eu não consigo entender bem [a letra], mas eu já tô sabendo do que ele disse aí eu lembro, aí eu tomo o medicamento sem eu ler a receita, por que já tomo continuamente, aí eu já entendo, quando ele me fala eu já presto atenção [...].*

P35/UBS3: *Eu lembro, mas só que lá na hora de beber o remédio sempre eu esqueço de beber, 'vixi eu me esqueci'. Às vezes eu mermo me lembro já passado da hora, mas eu tomo. Agora só tem um remédio que eu não esqueço não, esse é muito difícil, é o de minha pressão né, é um comprido de manhãzinha quando eu levanto e um cinco hora da tarde, é dois por dia. Esse daí eu num esqueço não, mas os outros às veze me esqueço né?*

P44/UBS3: *[...] tenho, por que eu tomo anticoncepcional, aí num pode esquecer nenhum dia, aí eu consigo lembrar de todos.*

O que se pretende chamar atenção com esses relatos é para o modo como os pacientes associam suas ações de compreensão das informações médicas com aquilo que tem um resultado prático em suas vidas como, por exemplo: manter equilibrada a pressão arterial, os níveis da hipertensão e evitar uma gravidez. Com isso, depreende-se que o 'compreender' e o 'lembrar' não se dão aleatoriamente, mas são ações articuláveis, construídas no cotidiano, a partir de uma motivação ou de uma necessidade específica de agir no contexto em que se insere, quando a situação interfere nos rumos da vida do sujeito.

Nesses casos, acontece principalmente, uma leitura reflexiva do mundo, referida por Freire (2011), pelo modo como eles criam mecanismos e estratégias de identificação, associação e aproximação para referenciar as coisas e os objetos do discurso com os quais lidam em seu dia-a-dia, tendo em vista a sua efetiva compreensão. Essas ações estão sobrecarregadas dos valores do letramento e da cultura ideológica do mundo em que vivem.

A forma como se comportam perante essas situações de uso da linguagem (oral – escrita / escrita – leitura do código) constitui uma evidência de como a questão do letramento está presente na vida desses sujeitos e de como eles utilizam-se de seus saberes e experiências sociais para portar-se no mundo letrado, o que demonstra que “a língua não existe fora dos sujeitos sociais que a falam e fora dos eventos discursivos nos quais intervêm e nos quais

mobilizam seus saberes” (KOCH, 2008, p. 202), muito pelo contrário, ela é uma realização social e interacional que se efetiva na ação ou *inter-ação*, fundada essencialmente, nos usos, como pretende Marcuschi (2010a [2001]).

Cada um desses 7 (sete) pacientes, pela forma como se envolvem com esses ‘usos’ da língua evidenciam seus letramentos. P10, por exemplo, assume a dificuldade em lembrar das coisas, o que pode ser entendido como uma particularidade do sujeito (o esquecimento), no entanto, o remédio que “*faz muito ano que eu tomo, um que tomo em oito e oito dia*” “*é muito difícil*” de esquecer. Percebe-se, nesse caso, que existe uma relação diacrônica construída entre o sujeito e o remédio, possibilitando a familiaridade com a situação e a criação do hábito de tomar o remédio, conforme uma rotina preestabelecida.

P11 menciona uma situação semelhante, porém mais relacionada à compreensão da letra do médico no ato da consulta. Para ela, o costume de usar continuamente determinado remédio, facilita o entendimento da letra na receita, a “*antiga que eu já venho tomando*”, “*o remédio de pressão eu entendo*”. Pode-se dizer que, nesse caso, não há uma leitura literal do código, tendo em vista que “*outras letras assim, pra outro tipo de remédio eu não entendo não*”. Essa mesma situação é destacada por P15, quando diz: “*Esses de agora não*”, ou seja, para esses dois sujeitos, quando surge um dado ou informação nova, representada pelo nome de novo medicamento, dificulta a leitura e compreensão da letra do médico. Percebe-se que o que há nessas situações, é apenas o reconhecimento e a decifração do código, capacidade que os sujeitos adquirem ao longo do tempo, a partir da regularidade com que tomam um mesmo medicamento e da convivência com a grafia do médico naquele contexto.

Além de P11, os relatos de P15, P25 e P35 exemplificam a presença do remédio “*da pressão*” como uma contante contínua no cotidiano desses sujeitos. Esses três mencionam a forma como a atividade de lembrar-se de tomar a medicação no horário correto integra-se às suas práticas cotidianas, por exemplo: “*um comprido de manhãzinha quando eu levando e um cinco hora da tarde, é dois por dia*” (P35). Verifica-se, com isso, que o costume, a familiaridade e a rotina com a situação, adquiridas com o tempo, entrelaçam-se as vivências cotidianas, constituindo assim, os domínios letrados específicos desses sujeitos, o que se respalda na ideia de Hamilton (2000), de que os letramentos são situados, e por isso não se constituem por níveis de habilidade, mas se realizam nas práticas sociais e comunicativas entre os sujeitos nos diferentes domínios do dia a dia, conforme as necessidades de interação.

P30 também, a partir de sua relação de tempo e de conhecimento com o médico, é capaz de diferenciar os usos orais e escritos da linguagem durante a consulta, ressaltando que

a compreensão se dá principalmente pela fala do médico. Com isso, percebe-se a importância da linguagem oral na comunicação médico-paciente.

Já P44, também atrela a questão de ‘lembrar o modo de seguir a medicação no horário correto’ às atividades da vida cotidiana, mas, sobretudo, pautando essa ação em uma necessidade muito particular, que teria implicações para sua vida social, que seria uma gravidez indesejada, decorrente do esquecimento de tomar o remédio.

Assim, também nesses dois casos (P30 e P44), os sentidos do letramento são construídos de forma situada, a partir de como os usos da linguagem estão envolvidos com a organização da vida dos sujeitos, atendendo suas necessidades de agir e produzir sentidos sobre o mundo. Por isso, recorre-se a Marcuschi (2001, p. 32), quando diz que: “todo sentido é situado e todo uso linguístico é sempre contextualizado em universos socioculturais”.

Os relatos desses pacientes demonstram então, que a compreensão, tanto das informações trocadas com o médico durante a consulta, como a lembrança do modo de seguir a medicação em ambiente doméstico, está atrelada a uma regularidade com que tomam um determinado tipo de remédio; e também com a convivência que têm com o médico, o que lhes permite o estabelecimento de uma relação de conhecimento e confiança.

As orientações dadas no contexto da consulta médica se estendem a outros contextos, acarretando diversos desdobramentos na vida do sujeito. Tendo por finalidade a compreensão das informações médicas, que implicam no tratamento adequado do problema de saúde, eles organizam e se envolvem em diferentes práticas de letramento, dentre elas, no ambiente doméstico, construindo assim, teias de articulações entre diferentes situações e contextos de uso da linguagem.

Essa perspectiva se articula com o conceito de práticas de letramento proposto por Barton (1994, p. 37) quando define que “são as diferentes formas como cada cultura utiliza a escrita, [práticas] nas quais as pessoas se baseiam num evento de letramento”, ou seja, os pacientes, a partir dos encaminhamentos dados durante o evento de letramento consulta médica, envolvem-se em diferentes práticas de letramento, tendo por finalidade a compreensão das informações médicas. E nesse processo, eles não operam de forma mecânica ou passiva, mas ativam conhecimentos acumulados cronologicamente, pela forma como atuam com e sobre a linguagem, construindo identidades e partilhando conhecimentos, imprimindo assim, suas marcas como agentes de letramento.

Outra questão identificada nas falas dos pacientes durante as entrevistas, e que figura como sendo de extrema relevância para exemplificar os propósitos, os objetivos, o objeto de estudo e o problema dessa pesquisa, diz respeito às experiências de (não) compreensão ou

mal-entendidos no uso da linguagem que eles vivenciaram com médicos em outros contextos de atendimento médico. Desse modo, apresentam-se, a seguir, alguns exemplos dessas situações, relatadas por 9 (nove) pacientes.

4.1.1.2 Experiências vivenciadas em outros contextos de consulta médica

Durante as representações sobre o evento de letramento consulta médica, alguns pacientes, embora digam que compreendem tudo o que o médico fala ou escreve, quando perguntados se já passaram por alguma situação em que essa compreensão não foi satisfatória, relataram algumas experiências, como estas:

P6/UBS1: *Já, lá no hospital do Promorar já. A doutora passou uma receita que eu não soube saber o que era, por que ela tinha anotado, e aí eu voltei para perguntar e aí foi que ela me explicou direito. Por que às vezes quando tem a receita não é o medicamento por que o rapaz na farmácia sabe, mas é a forma que a gente vai dar em casa o medicamento, por que a gente confunde né?*

P7/UBS1: *Já, passei por uma agora há pouco tempo que eu quebrei o ombro e eu fui falar com o ortopedista, e ele nem sequer olhou pra mim, nem examinar direito examinou, só apenas mandou eu remarcar pro médico que fez minha cirurgia, aí eu fiquei revoltada por que ele não examinou de jeito nenhum.*

P21/UBS2: *É. Já aconteceu, mais num foi aqui não, foi em Teresina. Uma medica lá da Pedra Mole, do hospital lá da Pedra Mole, que ela passou uma receita pra mim né? E eu não entendi muito bem, aí eu voltei para conferir com ela, e ela disse: 'não, num se preocupe não, você leve lá que o farmacêutico lá entende', num quis nem conversar comigo. E imaginei: 'e se eu for tomar esse remédio errado, e se por acaso o rapaz não entender também, me der um porque achou o nome parecido né? Ela lá não quis fazer, igual ele faz aqui com a gente não.*

P28/UBS2: *[...] foi no Parque Piauí, foi o médico lá que ele me encaminhou pro médico lá pra por causa do meu problema de nervo [...].*

P32/UBS3: *Aqui com o enfermeiro [nome do enfermeiro]. Foi sobre o negócio que eu tava gestante que ele disse que o menino já estava morto dentro de mim e eu fui pra Evangelina Rosa, entrei em desespero, chorando, foi isso. Aí quando três dias depois, eu fui pro hospital lá do Promorar, sentindo dor direto, aí chegou lá foi feito a ultrassom e tava morto já, dentro. Aí o médico disse que foi por causa do susto, que ele me apavorou muito aqui dentro, dizendo que 'tava mortinho, que não sentia mais o coração, que não sabia de nada, que o menino não mexia' e fiquei doida em casa.*

P34/UBS3: *[...] eu comecei a não entender [em Matões, Maranhão, onde ela morava] depois que botaram esses outros médicos, lá de outro país, aí ela falava meio inglês aí num dava de entender. Escrevia no papel aí a menina lá, a assistente de saúde lá me explicava direitim.*

P36/UBS3: [...] aconteceu há pouco tempo. É por que fui fazer uma ultrassom na particular e fui péssima, mal atendida demais, nam, odiei. É porque ele num me atendeu bem, simplesmente quando eu entrei lá pra fazer a ultrassom, ele num foi nem cinco minuto. A ultrassonografia tem ser bem feita, detalhada, por que particular né? E lá num foi desse jeito, nem mermo me mostrar no monitor o bebê ele não me mostrou. Terminou de fazer a ultrassonografia, geralmente entrega o papel pá gente se limpar né, por causa daquele líquido que bota na barriga da gente e ele não fez isso, fiquei toda suja véia, só fez sair da sala e disse pra mim me vestir pra poder sair.

P41/UBS3: [...] Já, eu já passei, talvez no Lineu Araújo, eu acho que eu passei por uma situação dessa, que eu num tava entendendo aí eu perguntei: 'diga no meu vocabulário pra eu poder entender que eu num tô entendendo', aí a doutora ou foi o doutor, que eu nem me lembro, não me recordo agora, me explicou o que era realmente. [...]

P44/UBS3: Já. Foi em Parnarama, era os cubano, aí como não tinha alguém na sala para me informar o que ele tava falando eu num entendi não, nada. Ele ficava perguntando minha idade e eu sem dizer, sem saber, dizia outra coisa, sem saber de nada, não tinha ninguém para informar. Aí com muito tempo foi que ele foi dizer: 'não, tô perguntando sua idade', 'nam pois fale logo em português você não sabe falar?! Eu num sei, num entendo'. Aí foi que ele falou, depois de muito tempo, que tava perguntando minha idade.

Esses exemplos servem para mostrar, que embora no contexto específico da pesquisa (UBS1; UBS2; UBS3) os pacientes digam ter compreendido as informações trocadas com o médico, o problema de compreensão na comunicação entre esses sujeitos é real, pois assume uma certa regularidade nos contextos de atendimento médicos, tanto que eles já o vivenciaram em outros locais, e de como isso interferiu diretamente na compreensão das informações necessárias ao andamento do tratamento do problema de saúde.

Além da compreensão, propriamente dita, ao situar essas diversas situações que tiveram problemas de comunicação com os médicos, os pacientes, localizam diversas outras questões que são caras à elucidação dos propósitos dessa pesquisa, como por exemplo:

- A presença do gênero receita médica mediando a interação e o repertório das ações sociais entre médico e paciente (**P6/UBS1** e **P21/UBS2**);
- A importância/função do farmacêutico e de outros sujeitos no processo de compreensão da escrita na receita (**P6/UBS1** e **P21/UBS2**);
- O modo de tomar ou lembrar-se de seguir a medicação em casa (**P6/UBS1**);
- O mau atendimento médico, quando o profissional não escuta, não dá atenção e não “*examina direito*” o paciente. Esse termo implica uma avaliação da ação do médico (**P7/UBS1**; **P28/UBS2** e **P36/UBS3**);
- A não compreensão da letra do médico (**P6/UBS1** e **P21/UBS2**);

- A transferência da responsabilidade – do médico para o farmacêutico – para que este faça a leitura da receita e explique ao paciente (**P21/UBS2**);
- O mau uso de expressões, acarretando traumas e complicações na vida do paciente (**P32/UBS3** e **P41/UBS3**);
- A incompreensão causada pelo registro linguístico, na perspectiva da língua, enquanto código diferenciado; das variedades linguísticas; do posicionamento que o sujeito assume no contexto de fala; na cooperação com o outro e na interação, como um todo (**P34/UBS3** e **P44/UBS3**). Sobre isso, Hilgert (2008, p. 127) reconhece que dentre os inúmeros fatores dos problemas de compreensão, “os mais marcantes parecem ser os de natureza intercultural, que tanto decorrem das relações entre falantes de línguas diferentes quanto das entre falantes nativos e não nativos de uma língua”.
- O papel do agente de saúde no processo de compreensão da escrita na receita e orientação do paciente (**P34/UBS3**).

Assim, percebe-se que os eventos de letramento citados, estão repletos de práticas de letramento, construídas pela forma como os sujeitos envolvem-se com usos ideológicos da linguagem nas práticas cotidianas. No centro disso, identificam-se os letramentos sociais desses sujeitos, pela forma reflexiva como enfrentam as dificuldades, buscam estratégias para resolver seus problemas; principalmente, quando fazem uma leitura específica da situação, por exemplo, nesses casos:

P36/UBS3 diz: “*A ultrassonografia tem ser bem feita, detalhada, por que particular né? E lá num foi desse jeito, nem mermo me mostrar no monitor o bebê ele não me mostrou*”, em que ela reconhece a assistência que o sistema particular deve garantir e a maneira como o exame deve ser realizado.

Ou neste caso, quando P41/UBS3 diz: “*‘diga no meu vocabulário pra eu poder entender que eu num tô entendendo’*” em que, automaticamente, ela se envolve em uma operação metalinguística, pelo modo como reconhece os diferentes usos do código linguístico para explicar a própria língua, conforme os contextos comunicativos em que é empregada; e empenha-se em fazer uma reflexão discursiva sobre o discurso.

E ainda nesse caso, em que P21/UBS2, diz: “*‘e se eu for tomar esse remédio errado, e se por acaso o rapaz não entender também, me der um porque achou o nome parecido né?’*”, em que o paciente é consciente das consequência de tomar a medicação errada. Essa postura de P21/UBS2, relativa ao receio de tomar a medicação errada é percebida também na fala de outros pacientes, como por exemplo:

a) **P2/UBS1**, que reconhece que se caso “*eu tomar de um, duas vezes do que é pra não tomar, eu posso tomar duas e não dá bem*”;

b) **P15/UBS1**, quando diz: “*às vezes uma pessoa me diz, mas vai dizer ao contrário, aí a pessoa vai beber o remédio errado*”;

c) e **P36/UBS3**, ao dizer que nas situações de dúvidas “*fica difícil, tem que vim [na UBS] pra poder perguntar novamente como é que toma, pra num tomar errado*”;

d) e também **P27/UBS2**, já discutido anteriormente, na análise de sua representação sobre o evento de letramento consulta médica.

Portanto, o posicionamento desses sujeitos revela seus letramentos, pela leitura reflexiva que fazem da realidade, uma vez que avaliam a situação, comparando aspectos positivos e negativos, prós ou contras do uso de um medicamento, pressupondo melhora, piora ou mesmo a morte, como consequências de uma compreensão equivocada de informações.

4.1.2 O evento de letramento consulta médica sob a ótica dos médicos

Os trechos das entrevistas com os médicos constituem elementos chaves para a construção de uma segunda face sobre o evento de letramento consulta médica. Essa segunda visão, também se centra na análise de alguns aspectos relacionados aos usos da linguagem (oral ou escrita) mediando à interação entre médicos e pacientes e, principalmente, na compreensão das informações trocadas entre eles, a fim de que possam construir sentidos sobre o mundo e inscrever-se nele, por meio do reconhecimento e valorização das formas ideológicas com que transitam no mundo do letramento. Veja-se os perfis desses sujeitos:

Quadro 06: Perfis dos médicos que representam o evento de letramento consulta médica

	Sujeito	Sexo	Idade	Nível de instrução/escolarização
Unidade Básica de Saúde Nazária (UBS1)	Médico (a) 01	F	28	Nível superior (graduação e especialização)
Unidade Básica de Saúde Secretaria (UBS2)	Médico (a) 02	M	70	Nível superior (graduação e especialização)
Unidade Básica de Saúde Bom Jardim (UBS3)	Médico (a) 03	M	56	Nível superior (graduação e especialização)

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Através dos questionamentos feitos a esses sujeitos, busca-se saber, principalmente, como ocorre as interações com os pacientes durante o evento de letramento consulta médica, enfocando **a)** na questão da compreensão (ou não) das informações a partir da forma como se comunicam com os pacientes; **b)** nos motivos para essa possível dificuldade ou falta de compreensão; e **c)** o que fazem para evitá-la ou solucioná-la (os problemas de compreensão).

Na percepção dos médicos, o princípio gerador da comunicação com os pacientes se dá desde que estes entram pela porta do consultório, trazendo consigo, diferentes histórias, desejos, aspirações e, principalmente, expectativas acerca de superação do problema de saúde enfrentado. A representação desses momentos, nos quais os sujeitos se envolvem em práticas de letramento, durante o evento de letramento consulta médica, são analisadas a seguir:

M1/UBS1: [...] Bem, a gente recebe os pacientes que vêm agendados, por que aqui a gente trabalha com o Programa Saúde da Família, atenção básica e não tem urgência é só marcação, então, ele chega, ele agenda a consulta, então ele sempre busca a gente, quando ele entra pela consulta, quando eles chegam, eu falo assim: 'O que foi que houve, que o senhor veio hoje aqui conversar comigo?' Ai, alguns pacientes eles já dizem logo: 'Eu vim por causa de um resultado do exame, eu vim solicitar o exame tal, eu vim por que eu tô com uma dor', alguns ficam assim meio confusos, acho que não entende, aí eu repito a pergunta: 'O senhor está sentido alguma coisa que esteja lhe incomodando?' Que a gente às vezes fala: 'Tem algum desconforto?' Eles também não entendem, aí a gente tem que malar, fazer a linguagem mais assim: 'Tem alguma dor?' Às vezes eles não sabem nem por que estão vindo, 'Foi o agente de saúde que me mandou aqui'; 'Eu não sei'. Às vezes a mãe vem com o menino, e o menino diz: 'Num tô sentindo nada', então você vai: 'Tá sentindo alguma dor? Tá vomitando? Tem uma diarreia?' Você vai fazendo a investigação, mas no começo eu gosto de perguntar, deixar ele falar, por que a gente aprende na faculdade exatamente isso, você tem que ver por que ele tá vindo, então, 'O que lhe tá incomodando?' 'Por que que o senhor tá vindo?' 'O que foi que houve que veio aqui hoje?' 'Não doutora, é só pra renovar uma receita', 'Não é por que eu vomitei ontem', mas às vezes eles travam, às vezes esquece, [...].

Nessa representação inicial sobre o evento de letramento consulta médica, M1 expõe algumas das formas de abordagem dos pacientes, as quais se fundam em efetivos usos da linguagem como forma de *inter-ação* (KOCH, 2012), uma vez que, pela forma como dialogam, constroem um projeto comunicativo compartilhado. Nesses diálogos, percebe-se um engajamento de M1, para iniciar a conversa; fazer uma investigação prévia sobre o estado do paciente; romper com a tensão que o ambiente da consulta apresenta; diminuir o nervosismo e a ansiedade dos pacientes; fazendo assim, com que a conversa flua e a consulta tenha um encadeamento lógico e sequencial: **a)** um ponto de partida (essa abordagem inicial); **b)** um desenvolvimento (médico e paciente discutem sobre o problema de saúde); e **c)** um

ponto de chegada (a concretização da consulta, quando o médico dá os encaminhamentos posteriores para o tratamento da saúde).

Nisso, percebe-se a dimensão axiológica das escolhas linguísticas, isto é, a diversidade de formas como M1 tenta organizar seu discurso para recepcionar o paciente. Essas diferentes maneiras de ‘dizer’ um mesmo conteúdo transformam o evento de letramento consulta médica num espaço de construções sociais, culturais e ideológicas, no qual concorrem diferentes práticas de letramento, marcadas pelas experiências e interesses dos sujeitos que nelas se envolvem, fazendo valer, assim, a ideia de que o evento de letramento se constitui como uma situação específica, “uma ocasião em que uma pessoa ‘tenta compreender ou produzir sinais gráficos’, isoladamente ou com outros” (BARTON, 1994, p. 36), enquanto que as práticas de letramento, “são as maneiras culturais comuns de utilizar o letramento em um evento” (p. 37), ou seja, localizam-se dentro do evento, e embora representem categorias mais amplas e abstratas, são elas que orientam a interpretação do que ocorre dentro desse evento.

Desse modo, para tornar tangível essa discussão, apresenta-se dois exemplos dessas práticas relatadas por M1, nas quais a presença da escrita e de suas manifestações ideológicas dá um sentido concreto à enunciação realizada entre os sujeitos:

M1/UBS1: [...] *já aconteceu de uma paciente chegar aqui, ‘Não doutora tá aqui’. Aí ela me deu um papelzinho que tinha tudo escrito que ela sentia. Eu tenho três anos aqui, e foi a primeira vez que eu vi isso, eu achei muito interessante, tinha tudo, ela botava: ‘Dor de barriga, num sei o quê, eu não durmo’, então ela disse: ‘Doutora é por que eu acho que eu vou esquecer’, e eu disse: ‘Pois eu adorei essa sua ideia a senhora faça’, por que aí ela não perde a oportunidade, que às vezes fica tão excitado que você esquece.*

M1/UBS1: [...] *aqui tem criança que vem sozinha. Na porta do meu consultório, tem uma plaquinha: ‘Menor de idade não é atendido só’, precisa de um acompanhante, uma pessoa responsável, ou pai ou um adulto, mas eu tenho criança aqui que eu já conheço e que eu atendo, que é um adulto, então eu acho que depende muito da maturidade, sabe? Depende muito da maturidade também, na questão da comunicação, tem criança aqui que sabe se expressar perfeito e têm outros que não são tão desenvolvidos, tem que ter um pouquinho de atraso, [...].*

Tem-se, nesses dois casos, a evidência de como o evento de letramento consulta médica é organizado em torno de peças escritas. O primeiro caso mostra o quanto a escrita figura como elemento de orientação da vida diária e guia das ações sociais das pessoas na comunidade, destinada ao cumprimento das necessidades, dos propósitos, das funções e dos interesses comunicativos dos sujeitos letrados. Essa apropriação natural, e ao mesmo tempo

intencional, do código alfabético, nas mais diversas instâncias comunicativas, como fez o paciente descrito por M1, revela os sentidos e as implicações sociais que a escrita representa na vida individual e coletiva em sociedade. Através da construção de uma lista (gênero textual que permite elencar e enumerar objetos ou coisas, relacionadas a um determinado tipo de situação cotidiana), a paciente codifica e documenta aquilo que representa suas necessidades imediatas de serem atendidas, a partir do contato com o médico.

No segundo caso, M1 chama de ‘maturidade’, aquilo que pode também ser referido como a capacidade de compreender e agir com discernimento crítico do mundo, fatos que nesse caso, tornam-se inesperados, pois se trata de uma criança, sujeito que pela idade cronológica, não se espera essa atitude. O não cumprimento da ordem expressa no texto escrito na porta do consultório corresponde à ultrapassagem de regras sociais que são definidas por meio da linguagem. M1 reconhece isso; no entanto, considera como algo positivo naquele contexto, uma vez que, apesar da pouca idade, o sujeito apresenta condições de lidar de forma reflexiva com as situações comunicativas do mundo letrado.

Outro importante aspecto a ser destacado, é que a mensagem expressa na peça escrita: “*plaquinha*” (gênero textual informativo) na porta do consultório (suporte textual), funciona como um passaporte de acesso ao evento de letramento consulta médica, o que pressupõe uma ‘habilitação’ para lidar com a situação comunicativa. Nesse caso, o sujeito possui as competências necessárias, a “*maturidade*” que lhe permite “*se expressar perfeito*”, o que pode estar atrelado ao seu letramento escolar (alfabetização), pois possui as condições básicas para o desenvolvimento de uma prática comunicativa; mas também, e principalmente, relaciona-se ao seu letramento social, no sentido amplo e ideológico do termo, visto que responde satisfatoriamente (e até superando limites), as demandas do mundo da leitura e da escrita, impostas pela sociedade atual.

Na continuidade de sua representação sobre o evento, M1 menciona outra questão relevante de ser discutida: a forma como a linguagem é utilizada, pode possibilitar ou não, uma melhor interação, intimidade, confiança, respeito e desenvolvimento satisfatório da prática comunicativa entre médicos e pacientes. Veja-se o relato a este respeito:

M1/UBS1: [...] *Porque assim, eu acho que a sinceridade, nós tamos num consultório que só está eu e o paciente, então eu tenho que ter a liberdade de perguntar para ele e ele tem que ter a liberdade de me responder. Graças a Deus eu nunca tive nenhum paciente que me recusasse responder alguma coisa, eu acho que pela minha liberdade de perguntar ele acha que eu sou tão ‘assim’ que ele responde: ‘O senhor sabe ler?’ [...].*

Com esse depoimento, M1 discorre sobre a necessidade do estabelecimento de uma relação de cumplicidade com o paciente, como pressuposto para que haja sucesso na consulta médica. O ponto delicado sobre o qual ela discorre é a questão do analfabetismo, quando pergunta se os pacientes sabem ler; questão que pode, muitas vezes, representar um constrangimento entre eles, considerando-se as implicações sociais e mesmo, de construção de uma autoimagem do sujeito, quando ele assume: ‘*Eu não sei ler*’.

Nessa relação, para que prevaleça a troca e a parceria, o contrário também precisa acontecer, ou seja, o médico também precisa reconhecer que não é um detentor pleno de saberes. Isso acontece, por exemplo, quando M1 rompe com uma perspectiva hierárquica e vertical no processo comunicativo, e assume que também tem dificuldade de compreender ou mesmo não possui o domínio de certas palavras. Quando isso acontece, pergunta ao paciente, conforme ela revela no depoimento abaixo:

M1/UBS1: [...] *assim, o médico, ele pode usar a linguagem dele de uma forma, a gente trabalha isso na faculdade, é orientado pra isso: falar de um jeito não vulgar, mas de um jeito que o paciente se sinta a vontade no ambiente dele, que ele entenda, por que o importante é a comunicação, é ele entender o que você tá falando e a pergunta que você tá fazendo; e às vezes acontece também, eles chegam com palavras que eu não sei, e eu não tenho vergonha de dizer: ‘mas eu não tô lhe entendendo, me explique de novo, o que é isso?’ Aí eles falam: ‘doutora é isso e isso e isso’, ‘Como é?’ Essa coisa, então assim eu acho que a humildade de você também perguntar, dizer que não tá sabendo que não tá entendendo, por que se não eu não vou ajudar eles, se eu num entendo o que é que ele tá dizendo.*

Por meio desses relatos, percebe-se a postura de equidade que M1 diz assumir no contato com os pacientes, em prol de uma boa comunicação; fato que atribui, principalmente, à formação profissional acadêmica, advinda da universidade durante a graduação: “*a gente aprende na faculdade exatamente isso, você tem que ver por que ele tá vindo*”. Essa postura coincide com a postura atual, assumida pelo currículo dos cursos de Medicina, os quais têm disciplinas específicas, que tratam sobre a importância do uso da linguagem com os pacientes, tema que também já possui ampla literatura, disponível na área médica.

Baseada nessa perspectiva, M1 considera, então, que o sucesso nessa comunicação, pressupõe um equilíbrio entre as diferentes formas ou jeitos de falar dos sujeitos, ou seja, ‘os falares’, que podem ser entendidos como as diferentes manifestações ideológicas do letramento social, que se expressam durante a interação comunicativa, em que concorre a “*linguagem dele*”, que representa a linguagem técnica, própria do profissional da Medicina,

estruturada e gramaticalmente formal e a linguagem utilizada pelos pacientes, que muitos, por não terem acesso a processos de alfabetização, na escola formal, não possuem o domínio de certos usos específicos da língua, embora sejam detentores do letramento social.

A performance comunicativa que M1 diz empreender com os pacientes, também se faz presente na fala de M2, quando, por exemplo, ele salienta a importância da boa comunicação com o paciente. Em sua fala, que mais parece um recado esclarecedor sobre a polêmica que envolve a questão da comunicação entre médicos e pacientes, expressa o seguinte:

M2/UBS2: *Eu acho apenas que é importante você transmitir isso pras pessoas, a quem for seu professor, seus colegas, porque a visão que as pessoas têm do atendimento médico é sempre uma coisa muito impessoal, muito fria, e no PSF, esse Programa de Saúde da Família, que pra mim foi uma das grandes coisas que esse país fez, tá permitindo que as pessoas, pelo menos no meu caso, especificamente, eu me sinto muito mais médico, tenho uma relação muito mais humana com as pessoas, a convivência próxima deles, isso faz com que normalmente o próprio tratamento tenha melhor eficiência quando você consegue que os pacientes se integrem, eles passam a gostar da gente, a entender melhor a gente e isso normalmente traz um bom resultado no tratamento. Isso é básico em qualquer relação humana e, em especial aqui nesta, quando as pessoas veem contar os seus segredos, suas coisas e eles têm que aprender a confiar nisso. E se eles não conseguem, se eles não confiam, eles ficam arredios, não soltam.*

Nessa fala de M2, coincidindo com o que disse M1, o profissional também tenta construir uma imagem sobre a postura que assume diante dos pacientes, reforçando a ideia de que para uma boa comunicação é preciso que o médico conquiste a confiança do paciente, e somente assim, o consultório se tornará uma espécie de “confessionário”, repleto de “segredos” e das marcas subjetivas e ideológicas que constituem os letramentos dos sujeitos.

Aprofunde-se mais sobre essa questão, na representação que M2 traz sobre o evento de letramento consulta médica, a seguir:

M2/UBS2: *Essa questão da comunicação do médico com o paciente, ao longo dos anos a gente vai se dando conta de que a comunicação com ele tem que ser o mais simplificado, o mais fácil dele entender possível. Não adianta eu falar uma linguagem médica se ele não tem capacidade de absorver essa linguagem, se ele não tem a capacidade de entender, é evidente que nem sempre a gente consegue traduzir aquilo que a gente deveria está informando, mas na regra geral, eu tenho tido alguma facilidade, pelo tempo pela experiência, pelo tempo que eu já tenho de estrada e isso de alguma maneira ajuda muito. Eu num tenho tido problema maior muito não.*

Assim como M1, que atribuiu a questão da boa comunicação com os pacientes à formação acadêmica que teve na universidade, M2 ressalta a questão do tempo de serviço (41 anos), como elemento determinante e fundamental para a aprendizagem de como lidar com a comunicação, bem como o aperfeiçoamento da prática, buscando superar os desafios.

Da mesma maneira que M1 diz: “*o médico, ele pode usar a linguagem dele*”; M2 em duas situações de sua representação, diz a mesma coisa: “*Não adianta eu falar uma linguagem médica se ele [o paciente] não tem capacidade de absorver essa linguagem*”; e “*o outro [o próprio paciente] não tem a capacidade de entender*”. Ao adotarem tal postura, é como se considerassem que existem dois tipos de linguagem, que se constituem como pontos contrapostos e distintos dentro da língua, os quais dividem, socialmente os sujeitos, entre àqueles que a dominam formalmente (alfabetizados/escolarizados), e que por isso, detém um poder; e àqueles que não possuem tal domínio (analfabetos), e, por isso, estão à margem de algumas realizações sociais que exigem estritamente o domínio formal do código.

Baseado em Marcuschi (2010a [2001]), contrapõe-se a essa noção estrita da língua, percebida na distinção feita por M1: ‘minha linguagem’ *versus* ‘linguagem deles’. Considera-se que a língua existe e se efetiva socialmente, por meio de diferentes usos, que se dão a partir de gradações e de um “*continuum de variações*” (p. 42) (Grifos do autor). Nessa mesma perspectiva, Rojo (2006, p. 37-38) acrescenta:

Aqui, devemos entender *língua* não somente como a língua padrão, mas como um conjunto de variedades regionais (*dialetos*) e de grupos e contextos sociais (*registros*), que serão utilizadas de maneira adequada aos contextos de uso, gerando diferentes *estilos* de dizer, oralmente ou por escrito. (Grifos da autora)

Associada a essa questão das diferentes manifestações de uso da língua, é preciso considerar as forças ideológicas que constituem os letramentos sociais dos sujeitos, visto que “há diferentes letramentos associados a diferentes domínios de vida, como a família, o trabalho e a escola” (BARTON; HAMILTON, 2000, p. 11), o que demonstra “o fato de o letramento poder atuar diretamente, e influenciar até mesmo culturas e indivíduos que não dominam a escrita” (TFOUNI, 2010, p. 39) formal, mas que leem e compreendem criticamente o mundo (FREIRE, 2011) a partir de seus múltiplos letramentos, que se associam inclusive, ao perfil socioeconômico e cultural dos sujeitos, como afirma Soares (2010, p. 80):

Pessoas que ocupam lugares sociais diferentes e têm atividades e estilos de vida associados a esses lugares enfrentam demandas funcionais completamente diferentes: sexo, idade, residência rural ou urbana e etnia são, entre outros, fatores que podem determinar a natureza do comportamento letrado.

Também a ideia de não conseguir “*traduzir aquilo que a gente deveria está informando*” (M2/UBS2) como propõe M2, ao referir-se a mesma situação, se invalida por esses mesmos argumentos expostos anteriormente.

Observe-se, neste sentido, que a língua se reveste de muitas facetas de uso, as quais os sujeitos utilizam para construir sentidos sobre si mesmo e o mundo a sua volta, conforme as necessidades comunicativas exigidas no jogo dialógico da enunciação.

Quanto a M3, veja-se o que ele destaca sobre a comunicação com os pacientes, em sua representação sobre o evento de letramento consulta médica:

M3/UBS3: *A comunicação direta. Abordagem do paciente com cumprimento, primeira comunicação é essa. [...] com relação à comunicação do médico com o paciente não existe nenhuma dificuldade não, não percebo isso não.*

Diferentemente de M1 e M2, que foram extensos em suas representações, M3 apresentou-as de forma muito breve e concisa, demonstrando, inclusive, certa resistência em emitir essas respostas, bem como em colaborar com a pesquisa, visto que apenas no terceiro encontro com o pesquisador foi que se disponibilizou em conceder a entrevista. Se considerado esse fato, atrelado ao número de pacientes que apontaram ter dificuldades de compreenderem sua letra (10 pacientes, conforme **Quadro 07**) ou vêem diferenças entre o oral e o escrito (03 pacientes, conforme **item 4.2.2**), uma pressuposição pode ser feita: a forma lacônica como M3 se dirige ao paciente, desde que este entra no consultório, não corrobora, por exemplo, para iniciar uma conversa, na qual o paciente se sinta a vontade para expor aquilo que está sentindo; supere a tensão, a ansiedade e o nervosismo que muitos pacientes sentem diante do médico. Isso dificulta o desenvolvimento de uma comunicação satisfatória durante a consulta; dentre outras questões que podem, ou não, desenvolverem-se com mais fluência, dependendo da forma como o médico aborda e escuta o paciente.

Essa última questão, da não escuta ao paciente, pode ser comprovada pela fala de **P45/UBS3**, que após sair do consultório de M3, diz ter solicitado a ele que lhe desse um

encaminhamento para a realização de exames, referente a uns sintomas que estava sentindo, no entanto ele não ‘escutou’ seu pedido, e por isso, P45 saiu insatisfeita do consultório, o que pode ser percebido quando expressa a seguinte mensagem: “[...] *mais só que ele não deu o que eu pedi, o que eu tava com mais necessidade era esse, ele num deu*”.

Estudos em diferentes lugares do mundo têm se debruçado sobre essa questão. Uma matéria intitulada: “*Médicos ouvem pouco seus pacientes*”, publicada no *The New York Times*, em 01/06/2004, discorre sobre o problema de comunicação entre médicos e pacientes, centrando a discussão, principalmente, na importância de falar com o paciente de forma entusiasmada, escutá-lo atentamente, não interrompê-lo durante a sua fala, manter o contato olho a olho e demonstrar interesse pela conversa.

Os dados apresentados nessa matéria são oriundos de pesquisas realizadas por renomados pesquisadores de grandes universidades do mundo (Universidade da Califórnia, Universidade de Toronto, entre outras), os quais evidenciam essa problemática. Essas pesquisas apontam para os inúmeros resultados positivos de uma boa comunicação entre médico e paciente, quando há diálogo e um interesse do profissional pelo problema do paciente. No entanto, os pesquisadores também constataram que, diante da discussão sobre esse tema, os pacientes demonstram interesse, enquanto que os médicos são resistentes a mudarem seu comportamento. Daí, a permanência das várias nuances e faces do problema, como evidenciam os pacientes desta pesquisa, em suas representações sobre o evento de letramento consulta médica.

Assim, em se tratando de compreensão das informações, sob a ótica dos médicos, uma questão surge nas representações dos três: a falta de domínio da leitura e da escrita, o que se relaciona com a escolarização e alfabetização dos sujeitos como fator que compromete a comunicação com os pacientes, a compreensão das informações e o tratamento de saúde como um todo, como se discute a seguir.

4.1.2.1 Compreensão vs Alfabetização/Escolarização: há uma relação?

Ao contrário da relação letramento e escolarização, que envolve fatores ideológicos e culturais constituintes do mundo da leitura e da escrita; a relação alfabetização e escolarização acontece de forma mais clara e sistemática; ou seja, o letramento não pressupõe uma relação direta com escola, pois independe dela; enquanto a alfabetização está intimamente ligada às

vivências dos sujeitos em ambientes formais de ensino. Por conta disso, neste ponto da discussão, discute-se a associação entre alfabetização/escolarização.

A questão do domínio do código formal alfabético se constitui como um passaporte para o ingresso em diversas esferas da atividade humana, dentre elas, aquelas que são formalizadas por pactos interativos entre sujeitos detentores de diferentes tipos de conhecimentos e das intenções que lançam mão para organizar suas ações no mundo por meio do código escrito. Dentre esses cenários, está à consulta médica, quando, por exemplo, os médicos apontam para a falta do domínio da leitura e da escrita, como uma das principais causas das dificuldades de compreensão, tomando por base os perfis de pacientes. Veja-se os discursos dos profissionais, extraídos de suas representações sobre o evento de letramento:

M1/UBS1: [...] *aqui no posto, como é um pessoal mais humilde, ainda tem muita gente que não sabe ler e escrever, sabe só escrever o nome e tem muito idoso [...].*
 [...] *tem uma dificuldade grande, principalmente nos pacientes que não sabem ler, [...].*
 [...] *É a questão da escolaridade mesmo. É importante demais, muito, muito você saber ler, escrever aqui pra gente, né? Pra mim como médico, o paciente nem tanto, por que eles escrevem errado, mas eu compreendo, mas a partir da leitura que pra eles, quando eles saem daqui do meu consultório, eles chegam em casa e eu acho que dá um desespero, por que olha pr'aquele papel vê um monte de letra que eles num sabe o que é, num tem pra quem recorrer e aqui tem uns pacientes que moram muito distante, tem paciente que mora a trinta minutos do posto, trinta minutos de outra casa, então é muito distante, não dá pra você pedir: 'ei menino me dá uma ajuda aqui, lê aqui esse, essa receita', então essa questão da escolaridade. Os adultos, os jovens não, que eles já desenrolam tudo direitinho, agora o idoso, que aqui a gente ainda tem idoso que num sabe ler, é a maior dificuldade é essa. [...].*
 [...] *eu acho que a escolaridade é o ponto fundamental pra gente começar a se entender, [...].*

M2/UBS2: [...] *É muito variável também. Quando o paciente já é de idade e tem alguém na casa que é mais jovem, filho, neto etc., a gente passa em geral pra ele [filhos, netos] já que o outro [o próprio paciente] não tem a capacidade de entender. Quando mais jovem até que não, a gente tem tido facilidade, as pessoas entendem bem [...].*

[A maior dificuldade se deve ao] *Ao nível de cultura das pessoas, ao nível de formação, nível de instrução mesmo. A gente tá lidando com uma camada da população mais baixa, essas pessoas num tem estudo, mesmo os mais jovens né? A gente vê que essa turma mais jovem ler muito pouco ou não ler nada, a escola já não mais oferece os meios pros estudantes se instruírem, então a gente tem algumas dificuldades relativa ao nível cultural das pessoas, basicamente é isso. Quanto ao mais, não, tá tudo bem, eu não tenho tido, sinceramente eu num passo, eu num vejo maiores dificuldades, eu num tenho dificuldades aqui, gosto de trabalhar exatamente por isso, porque eu consigo, [...].*

M3/UBS3: [...] *A maior dificuldade que existe é com relação à grafia. É a dificuldade deles ler, de interpretar a leitura, [...].*

Atrelada a questão do não saber ler, aparece, na fala de M1 e M2, o fator idade, como elemento preponderante para as dificuldades de compreensão. Nisso, identifica-se a forma como o acesso a escola foi negado durante muito tempo às pessoas “*mais humildes*” (M1), apenas uma camada privilegiada da população tinham acesso a esse poder, ‘um poder saber’.

No Brasil, somente no início do século XX, em meados dos anos 1930, seguindo as inspirações europeias, de um ideal de educação como direito humano e social, começou-se a discutir sobre a necessidade da Instituição ser oferecida a todos, por meio do sistema público. Essa ação teve por base as obrigatoriedades legais previstas pela Constituição da República Federativa de 1934, que deu visibilidade ao problema, quando estabeleceu que a educação é um direito de todos. Princípio que buscou consumir, por meio da criação de um Plano Nacional de Educação. Esse plano, propunha, pela primeira vez, a educação de adultos como dever do Estado, incluindo em suas normas, a oferta do ensino primário integral, gratuito e de frequência obrigatória, extensiva para adultos (GHIRALDELLI JR, 2003).

No entanto, nas diferentes regiões do Brasil (de Norte a Sul), esse processo percorreu caminhos diversos, demorando-se, assim, a ser efetivado, o que é pertinente com o que M1 e M2 relatam, pois esses pacientes idosos a que se referem, tem entre 60 e 69 anos (nascidos entre 1946 e 1955), de modo que são remanescentes desse período e, portanto, sofrem hoje, as marcas de exclusão que o analfabetismo acarreta para a vida da pessoa.

Essa dimensão social da questão do analfabetismo é reconhecida por M1, quando demonstra ter consciência das dificuldades que os pacientes enfrentam: “*eles chegam em casa e eu acho que dá um desespero, por que olha pr’aquele papel vê um monte de letra que eles num sabe o que é*”, e quando não têm alguém que os auxilie, por morarem em zonas rurais afastadas, torna-se ainda mais difícil seguir a medicação correta, e por consequência, dificulta a superação do problema de saúde. Assim, fica muito presente na fala de M1, sua preocupação com os pacientes, não apenas enquanto eles estão dentro do consultório, mas no modo como a partir de seus encaminhamentos, eles darão uma rumo à vida em outros contextos sociais.

Acrescentando a essa discussão, M1 e M2 convergem ainda, quando comparam idosos e jovens, situando estes, como pessoas ‘desenroladas’, mais bem informadas, e por isso, capazes de orientarem os primeiros, fato que se deve ao acesso a alfabetização escolarizada. E, por isso, os jovens são detentores de maior domínio de compreensão das informações; no entanto, embora concorde com isso, M2 faz uma crítica: “*a gente vê que essa turma mais jovem ler muito pouco ou não ler nada*”, fato que atribui diretamente, ao sistema escolar: “*a*

escola já não mais oferece os meios pros estudantes se instruírem, então a gente tem algumas dificuldades relativa ao nível cultural das pessoas”.

Em partes, concorda-se com M2, no entanto, é preciso considerar que a escola é apenas uma das agências de letramento, e talvez a principal delas, pelo espaço histórico-social que ocupa; no entanto não é a única. Principalmente, no atual contexto, de múltiplas formas de expressões culturais letradas presentes na sociedade tecnológica, que oportuniza diferentes condições e caminhos para a leitura. Enxergar a questão apenas por essa via unilateral é dar voz a uma perspectiva de letramento autônomo, que atribui à escola o papel de transmitir à escrita como um produto. De acordo com Kleiman (1995, p. 20):

[...] a escola, a mais importante das *agências de letramento*, preocupa-se não com o letramento, prática social, mas com apenas um tipo de prática de letramento, qual seja, a alfabetização, o processo de aquisição de códigos (alfabético, numérico), processo geralmente concebido em termos de uma competência *individual* necessária para o sucesso e a promoção na escola. (Grifos da autora)

Porém, o discurso que se pretende propagar contrapõe-se a este, uma vez que se considera o letramento ideológico, perspectiva que se assenta no entendimento de que não há ‘letramento’, no singular; mas sim, ‘letramentos’, plurais, que se manifestam por meio de diferentes práticas, localizadas dentro dos eventos de letramento, mediando as interações entre os sujeitos. Essas práticas “incorporam não apenas eventos de letramento, ocasiões empíricas integradas pela escrita, como também ‘modelos populares’ destes eventos e as pré-concepções ideológicas que lhes são subjacentes” (STREET, 1993, p. 12-13).

Soares (2003, p. 99), a partir de resultados de pesquisas, considera que embora a escolarização cumpra “um papel fundamental na promoção de habilidades associadas ao letramento”, considerado aqui também, como prática social, há “um número não desprezível de casos, é negada a relação entre escolarização e tais habilidades. Para explicar essa discrepância entre grau de instrução e nível de letramento, a atitude mais frequente é a de responsabilizar a escola”, como fez M2, culpalizando-a por não formar bons leitores, mas essa é uma “explicação que deve ser posta sob suspeita”, conforme a autora.

Para exemplificar a importância do saber ler para a eficácia do processo comunicativo, M1 faz uma comparação entre ela e os pacientes, estabelecendo uma diferença entre seus níveis de letramento escolar. Os pacientes, sujeitos de classe social mais baixa, “*mais humilde*”, tem pouco domínio da leitura e da escrita; enquanto ela se coloca na outra ponta do

processo: é capaz de compreender mesmo a escrita errada feita pelos pacientes. Diante disso, concorda-se com Street (1984, p. 01) quando diz: “o que as práticas e os conceitos particulares de leitura e escrita são para uma dada sociedade depende do contexto; que eles já se encontram situados em uma ideologia e não podem ser isolados ou tratados como ‘neutros’ ou simplesmente ‘técnicos’”, ou seja, M1 estabelece tal distinção entre ela e os pacientes, partindo de seu contexto enunciativo, de sujeito alfabetizado e letrado, deixando implícito aí, uma avaliação classificatória entre ‘quem sabe’ e ‘quem não sabe’ ler. Postura que, de certa forma, é compartilhada por M2, quando diz que “*a gente tá lidando com uma camada da população mais baixa, essas pessoas num tem estudo*”, também se posicionando no lado inverso da situação criticada.

Ao referir-se ao assunto, M3, mantendo sua forma concisa de expressar-se, sintetiza aquilo que M1 e M2 prolongaram-se em suas explicações; e limita-se apenas a dizer que os pacientes têm dificuldades de compreensão da grafia, por terem dificuldade de compreensão leitora, fato que também está atrelado ao baixo desempenho em leitura e escrita, atividades formais advindas do contexto escolar (alfabetização).

Assim, fica patente, pelas atribuições dos três profissionais, que a falta de domínios próprios da alfabetização escolarizada é um dos principais desafios na comunicação com os pacientes; e que, portanto, diante dessas situações, eles buscam desenvolver ações estratégicas para minimizar o problema, como se discute no próximo item dessas representações dos médicos sobre o evento de letramento consulta médica.

4.1.2.2 Estratégias de comunicação com os pacientes

Diante das dificuldades que os pacientes apresentam na compreensão das prescrições e orientações dadas pelos médicos - a maioria devido ao não domínio da leitura, como M1, M2 e M3 referiram anteriormente -, há a necessidade de criar diferentes estratégias para tornar a comunicação mais acessível ou ‘malear a linguagem’, como diz M1, tendo em vista o compromisso de fazer da consulta um espaço de diálogo e cooperação. Neste sentido, de acordo com Hilgert (2008, p. 128):

Seja por razões socioculturais, seja por motivos inerentes às condições de produção e, portanto, de formulação do texto falado, os problemas de compreensão não se revelam somente quando, no decurso da interação, por meio da intervenção

explícita, o ouvinte denuncia dificuldades de compreensão na manifestação do falante, ou quando este avalia como mal-entendido um enunciado daquele. Por reconhecer que o desdobramento da ação comunicativa está sujeito a toda ordem de turbulências de interpretação e compreensão, **o falante adota estratégias preventivas para evitar que o ouvinte tenha problemas de compreensão** e, portanto, para estabelecer sintonia entre enunciação e interpretação. (Grifos meus)

Nessa citação, o autor problematiza a questão e, em seguida, aponta para as possibilidades de superá-lo durante a interação, fato que pode ser evidenciado na fala de M1, quando representa o evento de letramento como um espaço dialógico, em que a base para a compreensão é a conversa, seja no momento imediato da consulta; ou na vida social do sujeito, em ambientes domésticos, a partir das informações trocadas durante a consulta.

A liberdade entre M1 e os pacientes na discussão sobre o problema de saúde, faz com que a construção das peças escritas presentes no evento (a receita, principalmente), bem como as orientações para prosseguir com o tratamento de saúde, aconteça de modo específico, por meio da utilização de diferentes estratégias para facilitar a compreensão.

Importa contextualizar, aqui, o que se entende por estratégias, neste caso específico, considerando que o termo pode ser definido de várias maneiras, de acordo com os propósitos da corrente teórica e da análise pretendida para o objeto de estudo. Neste caso, apenas para situá-lo, de forma geral, recorre-se a Koch (2014), quando considera que a atividade de produção e de compreensão textual é uma prática interativa e sociocultural, na qual os sujeitos mobilizam, para a construção dos sentidos, vários sistemas de conhecimentos, os quais classifica em linguístico, enciclopédico e **interacional**.

O primeiro sistema pressupõe o conhecimento dos aspectos gramatical e lexical, responsável pela organização adequada do material linguístico na superfície do texto, por meio dos mecanismos coesivos da língua. O segundo, também chamado de conhecimento de mundo, é aquele que se encontra arquivado na memória de cada indivíduo, seja do tipo declarativo (proposições acerca dos fatos do mundo) ou episódico (modelos cognitivos acumulados através da experiência), e que possibilitam o levantamento de hipóteses, a criação de expectativas e a produção de inferências que complementem as lacunas de compreensão do texto. O terceiro, constitui a ideia de *inter-ação* através da linguagem, compreendendo os conhecimentos *ilocucional*, que permite reconhecer os objetivos ou propósitos que o falante pretende alcançar na interação; o *comunicacional*, relativo às normas comunicativas gerais do processo comunicativo, ao que também Van Dijk (1994) *apud* Koch (2014), considera como modelos cognitivos contextuais; o *metacomunicativo*, que possibilita ao produtor do texto,

evitar falhas na comunicação, por meio do monitoramento do fluxo verbal e com base nas ações linguísticas que assegurem a compreensão do texto; e o *superestrutural*, que permite o reconhecimento dos textos como exemplares de determinado gênero ou tipo textuais.

É, portanto, com base nas formulações destes diversos tipos de conhecimentos, os quais englobam as “práticas peculiares ao meio sociocultural em que vivem os interactantes, bem como o domínio das estratégias de interação” (KOCH, 2014, p. 34), que se organizam as estratégias de processamento textual, dentre elas, cognitivas, textuais e sociointeracionais. Compreendendo-se, portanto, estratégia, conforme Van Dijk; Kintsch (1983, p. 65) *apud* Koch (2014, p. 50) como “uma instrução global para cada escolha a ser feita no curso da ação”.

Interessam para essa discussão, principalmente as **estratégias sociointeracionais**, as quais “visam a estabelecer, manter e levar a bom termo uma interação verbal” (KOCH, 2014, p. 36-37) entre os interactantes do discurso, como por exemplo, de preservação das faces, de polidez, de negociação, de atribuição de causas aos mal-entendidos, entre outras; e as **estratégias textuais**, que dizem respeito às escolhas realizadas pelos interlocutores, com vistas a produzir determinados sentidos, como por exemplo, de organização da informação (dado/novo e articulação tema/rema), de formulação (inserções e reformulações), de referenciação (anáfora ou catáfora), de “balanceamento” do explícito/implícito.

A luz dessas classificações é que se observa a organização das estratégias presentes no processo comunicativo entre médico e pacientes, quando os sujeitos realizam ações específicas que envolvem os comportamentos assumidos em determinado contexto, mediante a leitura e compreensão de uma peça escrita, tendo em vista que “o letramento também significa compreender o sentido, numa determinada situação, de um texto ou qualquer outro produto cultural escrito” (KLEIMAN, 2005, p. 10). Desse modo, aponta-se para as estratégias utilizadas por M1, que podem ser classificadas em três tipos:

1) as realizadas durante a consulta, na construção da receita médica, entre ela e os pacientes:

- a) “*eu faço a receita, eu viro a receita pro paciente e eu marco*”;
- b) “*eu uso é a questão do desenho, eu uso muito desenho, tracinho, eu boto o sol, boto a lua. Se o comprimido é três vezes ao dia, eu faço três comprimidos com barra, boto um comprimido, barra outro comprimido pra ele saber que é três vezes ao dia*”.
- c) “*eu boto o próprio horário, vamos supor de seis em seis horas, eu boto seis da manhã, meio dia, seis da tarde, meia noite*”.

Nesse primeiro caso, há uma combinação de atividades, ações e saberes mobilizados para promover a compreensão. Em **a)**, M1 manuseia o papel (suporte do texto), utilizando-se de plasticidade, colocando-o em diferentes posições (horizontal, vertical – frente, verso – cima, baixo – perto – longe), como uma maneira de facilitar que o paciente compreenda a informação escrita, pois ainda que ele não leia literalmente, ele pode compreender pela forma como os sinais gráficos se apresentam dentro do espaço da receita; em **b)**, M1 busca alcançar a compreensão do paciente por meio de diferentes linguagens, como ‘traços’, separados por ‘barras’, em número corresponde a quantidade de tomar o remédio ao dia; e principalmente, utiliza desenhos de imagens representativas do cotidiano, como o ‘sol’ e a ‘lua’, que pela simbologia que carregam, relacionados com os horários de dia (manhã) noite (tarde), possibilita que os pacientes lancem mão de saberes letrados do senso comum e compreendam. Em **c)**, ela considera os casos dos pacientes analfabetos, e por isso, ela cria uma sequência cronológica mais linear, que depreenda menos domínio do código formal.

Percebe-se assim, que M1 utiliza de **estratégias textuais**, relativas à **organização da informação**, de **formulação**, por meio de **inserções e reformulações** dos enunciados, e de **“balanceamento” do explícito/implícito** no texto, contando com os conhecimentos prévios dos pacientes, considerando-os como partilhados.

2) as realizadas durante a consulta, entre ela e os pacientes, mas de investigação e controle sobre a forma de seguir a medicação em ambientes domésticos:

- a) *“eu pergunto assim as vezes assim: ‘sobrou remédio?’ Por que aqui a gente trabalha com o que é distribuído, ele tem quantidade, então a gente faz pro mês, pra dá tantos dias, faz pra noventa dias, aí eu pergunto assim: ‘sobrou remédio?’ Se ele disser: ‘não!’ Tá tomando direitinho. ‘Faltou remédio?’ ‘Faltou’, ‘Sobrou remédio?’ ‘Sobrou’. Aí eu sei que ele tomou errado, então é uma forma deles nem percebe: ‘doutora tem um monte de remédio lá em casa’, ‘pois então o senhor não tá tomando certo não, vamos conferir aqui por que tá sobrando remédio’.*

Neste segundo caso, M1 conta com uma relação contínua e de muito tempo, construída com os pacientes, o que possibilitou um conhecimento entre eles, e por isso ela tem um controle sobre as ações que esses sujeitos realizam, a partir de suas orientações. Diante disso, ela cria um plano de ação a ser executado pelo paciente, embora este não tenha consciência disso, e através dos encontros mensais, ela consegue ter um controle e criar uma regularidade bastante eficaz para a condução do tratamento de saúde em outros espaços do cotidiano do paciente.

Aqui, prevalecem as **estratégias sociointeracionais**, relativas a uma **negociação**, que estabelece com os sujeitos, buscando construir uma ponte de sentidos entre a informação na receita e a compreensão das informações médicas.

3) as realizadas fora do consultório médico, com o auxílio, da equipe de apoio, que inclui técnicos de enfermagem, atendentes, farmacêuticos entre outros (*a discussão sobre a presença dos outros sujeitos que auxiliam nesse processo será discutida na *Análise 02*, quando se trata de processos de retextualização do gênero receita médica):

- a) *“eu peço pras meninas da farmácia separar a sacolinha em quantidade de remédio: ‘oh por que tem um aqui que só toma uma vez ao dia, então ele vai receber menos, esse daqui é esse’”*.

Neste caso, M1 conta com a ajuda de terceiros, que sob sua orientação, criam extratégias de encadeamento das informações dadas durante a consulta médica. Há uma associação entre volume (‘sacolinha’) e a quantidade de medicação, ou seja, o remédio que tomará mais vezes ao dia, está em grande quantidade na sacola, enquanto que o remédio que tomará menos vezes, está em menor quantidade na sacola. Nesse caso, conta-se com os conhecimentos letrados dos pacientes, que têm de compreender essa associação, para que possam cumprir com as orientações médicas.

Tem-se neste caso, o uso tanto de **estratégias sociointeracionais**, como de **estratégias textuais**. As primeiras, relativas a uma negociação que é feita entre as ‘menina da farmácia’ e os pacientes, contando que eles responderão satisfatoriamente àquelas instruções, a partir dos conhecimentos de mundo que possuem; ao mesmo tempo em que envolve as segundas, na medida em que ao transmitirem essas instruções, as ‘menina da farmácia, precisam **organizar e formular essas informações**, como por exemplo, a separação em quantidades, o que já envolve também, o **“balanceamento” do explícito/implícito** no texto, visto que consideram e contam com os conhecimentos prévios dos pacientes, considerando-os como partilhados. A presença das expressões “aqui”, “daqui” e “esse” mencionadas ao explicar as informações para os pacientes, denota a presença de estratégias de **referenciação**, quando esses referentes ativam um sentido dentro do texto e que neste caso, facilitam a compreensão do paciente.

Importante ressaltar que, para a realização desses diferentes tipos de estratégias, e que elas sejam satisfatórias para o tratamento do problema de saúde, M1 conta sempre com os letramentos dos pacientes, os quais, de acordo com as exigências e demandas do evento, respondem satisfatoriamente aos comandos. Para tanto, esses sujeitos utilizam-se de diferentes saberes acumulados em suas experiências com a cultura letrada, que podem, ou não, estar veiculados ao domínio formal do código (alfabetização), pois o que prevalece

nessas situações são as aproximações entre os sujeitos e as formas como se relacionam ideologicamente com mundo da leitura e da escrita. Demonstra-se, portanto, com isso, que os eventos de letramentos são espaços construídos em torno de “interações dos participantes e dos seus processos e estratégias de interpretação” (HEATH, 2001, p. 319) da língua escrita.

Em toda a representação de M1, de onde foram retiradas as estratégias acima, vejamos alguns aspectos relevantes que contextualizam a discussão sobre a situação comunicativa e as práticas de letramentos ideológicos vivenciadas pelos agentes de letramento:

M1/UBS1: [...] *Aqui no posto, quando ele tá aqui, eu explico [MENCIONA A ESTRATÉGIA 1, a): ‘oh é uma vez ao dia, duas vezes esse e esse e tal’, mas às vezes eu sei que eles num tão entendendo, eles olham pra mim e dizem: ‘não tô entendendo’, aí eu pergunto: ‘o senhor sabe ler?’ [...] Ele diz: ‘não, não sei’; aí eu pergunto: ‘o senhor mora com alguém?’ E alguns pacientes moram só, então assim, às vezes eu me apego com um desenho, a gente faz na receita, [MENCIONA A ESTRATÉGIA 3]. [...] *Tem muito paciente também deficiente visual, e prejudica muito por que depende da boa vontade do outro, e a gente sabe que nem sempre a pessoa que mora com a gente ela tá disponível a ajudar, então tem muito paciente diabético que tem deficiência visual, que mora só, tem muito idoso que mora só que não tem ninguém, então eu peço e explico, mas eu sei que na hora que eles saem do consultório, eles já esqueceram de tudo, então assim a gente faz os desenhos, tem uns que dizem assim: ‘oh melhorou bastante’, na hora que eles falam isso, eu já sei que resolveu, mas tem uns que nem no desenho, num consegue, mais aí a gente pede pra voltar: ‘oh se o senhor não entendeu não vá tomar errado não, deixe de tomar’, [MENCIONA A ESTRATÉGIA 2] [...] mas eu sempre digo: ‘se o senhor chegar em casa e não entender volte pro posto com a receita que a gente lhe explica novamente, não tem problema’.**

[...]

[...] *com os pacientes que tem a dificuldade de leitura, eu repito muito, eu faço receita, repito e alguns métodos [MENCIONA A ESTRATÉGIA 1, b)]. Como eles não sabem ler, não adianta eu botar de oito em oito horas, que eles não vão entender, às vezes o paciente ele sabe ler, mas ele não entende o que é de oito em oito horas, às vezes [MENCIONA A ESTRATÉGIA 1, c)]. Ajuda, por que eles já tomam no horariozinho certinho, mas a questão de quando não sabe ler, é o desenho que eu utilizo mais, é a questão do desenho.*

[...]

[...] *Eu ensino muito também a questão de termômetro, o uso do termômetro. Todo mundo quer usar o termômetro digital, mas tem o termômetro simples, de mercúrio. Às vezes a pessoa num quer dizer que não sabe usar, mas eu antes, eu digo logo: ‘se a senhora quiser, as meninas aqui lhe ensinam, venha que é bem facinho’. Às vezes a pessoa tem a vergonha de dizer que não sabe, mas eu trato assim, o posto um ambiente como eles podem voltar a qualquer hora, que aqui todo mundo sabe orientar, se não souber aqui, sabe pra onde mandar e resolver, mas justamente essa questão do deslocamento, de morar longe, da distância, às vezes dificulta eles vim ao posto pra tirar essas pequenas dúvidas e acaba deixando de tomar, ‘não doutora eu tomei só uma vez mesmo, num entendi mas era tão longe’, mas acontece essas historinhas.*

Esses relatos de M1 demonstram a forma como ela lida com a questão dos letramentos dos sujeitos, os seja, com os domínios letrados que eles possuem, articulando essas

habilidades com a comunicação; e fundamentalmente, com a vida social dos sujeitos fora das UBSs, no modo como isso interfere no tratamento de saúde, pois muitas vezes, as condições sociais, econômicas e culturais do sujeito têm implicações significativas no modo como ele se comporta durante o tratamento. Dentre essas situações, ela cita as necessidades enfrentadas por pessoas idosas, diabéticas, deficientes visuais, pessoas que moram longe da UBSs, “*que depende da boa vontade do outro, e a gente sabe que nem sempre a pessoa que mora com a gente ela tá disponível a ajudar*”. Essa fala de M1 é bastante ilustrativa, pois se alinha com o que três pacientes dizem sobre o mesmo assunto, confirmando o dilema que vivenciam:

P14/UBS1: *Olha, tem vez que eu num recorro a ninguém, se num for a minha a minha menina que ela lê, tem vez que entende alguma coisa, tem vez que não, tem vezes que eu num tenho a quem recorrer pra mim poder ter outra explicação.*

P15/UBS1: *Porque às vezes uma pessoa me diz, mas vai dizer ao contrário, aí a pessoa vai beber o remédio errado.*

P30/UBS2: *Eu num posso pedir ajuda pra agente de saúde por que ela num é muito de ajudar assim a gente, mas eu peço aqui pra menina [que trabalha na UBS].*

Considerando justamente essa situação, M1 busca diagnosticar e intervir sobre o contexto social dos pacientes. Sobre isso, ela traz outra representação importante, que diz respeito ao modo como disponibiliza a UBS para os pacientes, apresentando o local como “*um ambiente como eles podem voltar a qualquer hora*”, um espaço sempre aberto para solucionar os problemas, tirar dúvidas, enfim, que der um encaminhamento correto para o tratamento de saúde. Essa ideia também pode ser confirmada pelo número de pacientes (19 sujeitos, conforme a listagem apresentada no **item 4.2.3.1.2.1**, da *Análise 02*), os quais dizem que recorrem às UBSs para tirar suas dúvidas. Assim, por esse comprovado envolvimento dos sujeitos em práticas de letramento, em *inter-ações* por meio da linguagem, pode-se dizer, que as UBSs são importantes agências de letramento.

Ainda sobre as estratégias que utiliza com os pacientes, M1 menciona o uso do termômetro, uma prática de letramento considerada simples, mas que dependendo do nível de letramento escolar do sujeito, que implica saber ler ou não; e a partir disso, lidar com o ‘*termômetro simples, de mercúrio*’ ou mesmo o ‘*digital*’, pode representar um desafio e uma barreira de inserção social desse sujeito, dentro daquela esfera da sociedade, implicando diretamente em problemas de saúde. De tal modo, a relação entre linguagem e inclusão social é bastante próxima e presente nas práticas cotidianas dos sujeitos. Daí Rojo (2009, p. 98),

considerar que “as práticas sociais de letramento que exercemos nos diferentes contextos de nossas vidas vão constituindo nossos níveis de alfabetismo ou de desenvolvimento de leitura e escrita”, e portanto, a inclusão social, ou não, nos contextos letrados.

Quanto a M2, veja-se o que ele diz em sua representação do evento de letramento consulta médica, sobre as estratégias de comunicação com os pacientes:

M2/UBS2: [...] quando eu não consigo, eu brinco, eu falo as coisas de uma forma jocosa pra facilitar o entendimento, pra pessoa entrar no clima, normalmente eu me saio bem nesse caso. Isso tem muito haver com o tempo, com a experiência, com o tempo de estrada que eu tenho, mas eu, particularmente me sinto muito bem, muito a vontade em falar isso, por que eu já consigo esse bom nível de entendimento, porque eu gosto do tipo de trabalho que eu faço, e em última instância, eu gosto do que eu faço.

De imediato, M2 não aponta nenhuma estratégia específica, embora considere que “é difícil, se ele num tem o mínimo de conhecimento, num tem o mínimo de informação”, ou seja, se o paciente não sabe ler, por exemplo, torna-se difícil até mesmo desenvolver estratégias para o controle e andamento do tratamento de saúde. Neste aspecto, difere de M1, que mesmo com os pacientes analfabetos, tem estratégias bem definidas. Por isso, pode-se dizer que o comparando com M1, ele assume uma postura mais distante da realidade social dos pacientes.

Ao referir à questão do domínio da leitura e da escrita, mais uma vez, M2 aponta o nível de letramento escolar (alfabetização), que também chama de “nível de cultura”, como um fator determinante no processo comunicativo. Essa postura pode ser vista à luz da reflexão de Street (1984), quando considera que os conceitos relacionados ao letramento, são frutos de uma ideologia construída socialmente pelos representantes de cada agência ou instituição de conhecimento, e assim, “a fé no poder e nas qualidades do letramento é ela própria socialmente aprendida e não é um instrumento adequado para empreender uma descrição de sua prática” (p. 01), visto que esta, na variedade de suas formas de manifestações, é muito mais rica, complexa e multifacetada.

Grosso modo, M2 aponta apenas para a forma como busca adequar a linguagem às situações, por meio da realização de brincadeiras, de maneira “jocosa” que atraia, conquiste e mantenha a atenção dos pacientes, e assim, facilita o “entendimento”, fato que atribui também a sua experiência de tempo de serviço, reforçando assim, a postura de que a qualidade de seu trabalho está relacionada à prática desenvolvida ao longo da vivência durante anos naquele

universo de práticas letradas. Ou ainda, apoiando-se no saber do senso comum expresso no dito popular: “a prática leva à perfeição”.

Pela maneira mais geral como se expressa, pode-se dizer que M2 recorre mais a **estratégias sociointeracionais**, como uma negociação que atribui estabelecer com os pacientes, por utilizar essa linguagem ‘mais jocosa’; em que conta com os conhecimentos de mundo acumulados por cada paciente.

Já **M3/UBS3**, em sua representação sobre o evento de letramento consulta médica, sobre o mesmo assunto, apresenta o seguinte posicionamento: “*Já passei várias vezes, mas ele retorna e eu tento explicar da melhor forma possível*”. Neste caso, o médico reconhece o problema e busca, na prática, resolvê-lo, a partir de um diálogo com os pacientes, dando abertura, por exemplo, para que eles retornem a UBS, situação em que ele busca explicar da “*melhor forma possível*”. Essa forma específica, pode ser definida a partir da utilização da seguinte estratégia:

1) realizada durante a consulta, na construção da receita médica, entre ele e os pacientes.

a) “*Outra abordagem, com desenhos técnicos. Fazendo o desenhinho, como ele deve tomar. Botando um sol, uma lua. O que deve ser tomado de noite, durante o dia, ou após o almoço. Fazendo símbolos também*”.

Tem-se neste caso, a utilização de **estratégias textuais**, relativas à **organização e formulação das informações**, por meio de **inserções e reformulações** dos enunciados, e também de “**balanceamento**” **do explícito/implícito** no texto, contando com os conhecimentos prévios dos pacientes, considerando-os como partilhados, e que ajudarão a compreender as informações médicas, tanto dentro como fora das UBSs.

Neste caso, M3 explora outras formas de linguagem, como desenhos ou símbolos que se aproximam do cotidiano dos pacientes, facilitando assim, a compreensão. Este processo se realiza então, por meio de um pacto compartilhado entre ele e os pacientes, uma vez que estes realizam associações, inferências ou comparações, como habilidades sociocognitivas e letradas que foram construídas a partir dos conhecimentos vivenciais acumulados com o tempo, demonstrando assim, que o letramento parte de conhecimentos e visões de mundo, construídas na ordem social das ações humanas e compartilhadas diálogicamente. Ou seja, M3 assim como M1, assume uma atitude de reciprocidade na comunicação com os pacientes, e estes, em resposta, agem a partir do conhecimento letrado que possuem, assumindo assim, papéis ativos nas práticas de letramento que se envolvem dentro do evento de letramento

consulta médica. Essa situação de letramento é vista na reflexão de Bakhtin (2011 [1979], p. 271) quando descreve que na interação.

[...] o ouvinte, ao perceber e compreender o significado (linguístico) do discurso, ocupa simultaneamente em relação a ele uma ativa posição responsiva: concorda ou discorda dele (total ou parcialmente), completa-o, aplica-o prepara-se para usá-lo, etc.; essa posição responsiva do ouvinte se forma ao longo de todo processo de audição e compreensão desde o seu início, às vezes literalmente a partir da primeira palavra do falante.

É nessa atitude dialógica entre médico e pacientes, que há a expressão dos letramentos e conhecimentos de mundo destes últimos, que em resposta às estratégias lançadas pelo primeiro, conseguem compreender as informações e ter sucesso no tratamento de saúde, visto que “a compreensão é sempre dialógica” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 316). Portanto, esse raciocínio permite validar a noção de linguagem proposta pelo pensamento bakhtiniano aliada aos Novos Estudos do Letramento (NLS).

Para ilustrar reciprocamente a estratégia que M3 diz adotar (que analogicamente se assimilia com a de M1), utiliza-se das falas de duas de suas pacientes, que quando questionadas sobre o modo como recebem as informações escritas na receita e como fazem para lembrar-se de seguir a medicação, respondem que: “*eu peço pra botar bem explicadinho, quando é o doutor [nome do médico], ele me dá lá dentro da sala dele né, que ele tem a farmacinha dele lá particular, aí ele anota na caixa e aí facilita*” (P36/UBS3); e: “*Ele diz tudo direitim pra gente, ele anota*” (P37/UBS3).

Portanto, essa estratégia relatada por essas duas pacientes, acerca da prática de M3 (que neste aspecto é muito familiar a prática de M1; e também a de M2, embora este não tenha dito nenhuma estratégia mais específica), pode ser compreendida também, como uma tentativa de retextualização da receita médica ainda dentro do consultório, mas conforme os rumos deste estudo, considera-se apenas como estratégias utilizadas pelo médico para que o paciente compreenda as informações. A questão da retextualização é aspecto que ganha força nesse contexto, mas fora do consultório médico, nas situações em que os pacientes buscam alternativas de reeleitura das receitas e de compreensão das informações relativas ao tratamento do problema de saúde. Sobre isto, discute-se, com mais rigor, na *Análise 02*.

4.1.3 Algumas considerações (parciais) sobre a Análise 01

Dessa primeira etapa de análise dos dados, aquilo que de imediato salta dos discursos dos sujeitos, são “as formas criativas e originais nas quais as pessoas transformam o letramento para seus próprios objetivos e interesses culturais” (STREET, 1993, p. 01), as quais fundam a noção de letramento ideológico proposta pelo autor, ou seja, há uma pluralidade de jeitos de dizer e representar um mesmo evento comunicativo. Fato que decorre, sobretudo, das experiências e dos contextos de onde os sujeitos enunciam, o que possibilitou a identificação de diferentes visões sobre o evento de letramento consulta médica, construídas a partir das versões representadas pelos sujeitos que o compuseram: pacientes e médicos.

Ao exporem seus pontos de vistas sobre as práticas de letramento vivenciadas durante o evento de letramento consulta médica e a compreensão oriunda delas, os sujeitos o fazem de diferentes modos, mas todos mantêm entre si uma articulação, no que diz respeito, a considerar a consulta como um espaço de interação e de diálogo, no qual o que varia são as formas como esses acontecem, visto que são construídos por meio dos diversos usos ideológicos da escrita, que representam os letramentos sociais. Nessa perspectiva, Street (1994, p. 1-2) considera a relevância histórico-social das práticas de letramento, apontando que:

Existem vários modos diferentes pelos quais representamos nossos usos e significados de ler e escrever em diferentes contextos sociais e o testemunho de sociedades e épocas diferentes demonstra que é enganoso pensar em uma única coisa e compacta chamada letramento. A noção de que a aquisição de um letramento único e autônomo terá consequências pré-definidas para os indivíduos e as sociedades provou ser um mito, frequentemente baseado em valores baseado em valores específicos, culturalmente estreitos, sobre o que é propriamente o letramento.

É possível destacar, a partir disso, que a noção de letramentos atrela-se aos contextos de produção discursiva e às situações socioculturais nas quais os sujeitos se envolvem, em situações específicas de uso dialógico e interativo da linguagem (BAKHTIN, 2009 [1979] / 2011 [1979]) possibilita que esses sujeitos, de diferentes níveis de letramentos ou camadas sociais, dialoguem e construam significados para o mundo durante as interações (pelo curso da *inter-ação* (KOCH, 2012)), as quais são construídas, a partir dos entendimentos que têm da leitura e da escrita, adquiridos em suas experiências com o mundo dos letramentos, ou seja, as

formas como se dão as interações entre os sujeitos médicos e pacientes, são condicionadas pelos letramentos sociais que os constituem e os tornam singulares na sociedade.

Outra importante questão mencionada por Street (2006, p. 470-471) e que se aplica a essa discussão é o fato de que “os letramentos podem ser lugares de negociação e de transformação”, e é o que tem se percebido ao longo das representações trazidas pelos sujeitos. Por meio do diálogo, eles constroem argumentos, defendem pontos de vistas, assumem posicionamentos ativos ou passivos, diante das situações etc., estabelecendo assim, vínculos de articulação e construção de sentidos com o mundo letrado.

Os pacientes, por exemplo, em suas representações, não apenas contam sobre o evento de letramento consulta médica, de forma imparcial e neutra; mas em cada relato, há uma participação ativa e reflexiva, visto que utilizam de diferentes argumentos e estratégias para defender seus pontos de vista: avaliam, inferem, opinam, apresentam experiências correlatas, exemplificam, associam, predizem, comparam, concordam, discordam, classificam, rotulam, especificam, acrescentam, entre outras formas letradas de agir pela linguagem.

Já os médicos, em suas representações, também não se expressam de modo superficial, mas aprofundam a discussão, situando aspectos bastante particulares sobre a comunicação com os pacientes. Os três profissionais apresentam o outro lado de uma mesma história, daqueles que assumem um papel diferenciado, porém aliado dos pacientes. Eles reconhecem as dificuldades, as fragilidades e dizem que buscam possibilidades ou tentativas de superá-las. E assim como os pacientes, para defender seus pontos de vista e justificar seus papéis e postura na relação comunicativa, dizem que se utilizam de diferentes argumentos e estratégias, que evidenciam seus letramentos e suas formas de ação pela linguagem.

Nos relatos dos médicos, de M1 e M2, principalmente, visto que estes são mais extensos em suas representações, identifica-se uma série de acontecimentos, situações ou episódios que evidenciam a variedade das práticas de letramentos que compõem esse cenário letrado e suas relações: o consultório médico e a interação médico-paciente.

A reflexão inicial feita pelos profissionais recai, principalmente, sobre os modos como abordam os pacientes, como buscam aproximar-se deles, pois são conscientes de que a comunicação só será satisfatória, se houver a conquista de uma confiança. Esse estágio da relação é alcançado literalmente por meio dos usos argumentativos da linguagem. É a forma de malear o ‘dizer’ que faz com que a interação entre médicos e pacientes tenha resultados positivos e significativos na vida social destes últimos.

Assim, pelo modo como dizem interagir dentro do consultório, pode-se considerar que o evento de letramento consulta médica é repleto de práticas de letramento, que encaminham

e sustentam as relações entre os agentes de letramento (médicos e pacientes), possibilitando que eles se construam discursivamente por meio dos seus diálogos. A arquitetura discursiva do evento se dá pela aproximação que buscam ter durante a consulta, como uma forma de satisfação para ambos: o paciente, que tem suas necessidades atendidas; e o médico, que consegue realizar, com sucesso, a sua prática profissional.

De tal modo, no evento de letramento consulta médica há um endereçamento dialógico e recíproco de vozes, em que o oral e o escrito figuram como modos interligados de realização das práticas de linguagem. Essa inevitável articulação entre essas modalidades convergem para a tese de Heath (1983), de que nos eventos de letramento, mesclam-se ações orais com atividades escritas. No mesmo entendimento, Marcuschi (2010a [2001]) fala em “um contínuo de variações, gradações e interconexões” (p. 09), quando afirma que “as proximidades entre fala e escrita são tão estreitas que parece haver uma mescla, quase uma fusão de ambas, numa sobreposição bastante grande tanto nas estratégias textuais como nos contextos de realização” (p. 09). Dessa forma, as situações de uso da língua são construídas em torno desse contínuo de atividades situadas por meio das interações, e que portanto, podem ser sintetizadas como “modos de representação cognitiva e social que se revelam em práticas específicas” (p. 35). Para o autor (MARCUSCHI, 2001, p. 28), o modelo

adequado para tratar dos problemas do letramento é o que parte da observação das relações entre a oralidade e o letramento na perspectiva do contínuo das práticas sociais e atividades comunicativas, envolvendo parcialmente o modelo ideológico (em especial o aspecto da inserção da fala e da escrita no contexto da cultura e da vida social) e **observando a organização das formas linguísticas no contínuo dos gêneros textuais**. (Grifos meus)

Oportunamente, o autor aponta para uma questão fundamental de ser observada nos estudos do letramento: os gêneros textuais, uma vez que eles funcionam como ativadores de práticas letradas, orais e escritas, pois acontecem em instâncias comunicativas diversas, dentre elas, no contexto médico, como é o caso da receita médica, tratada a seguir, na *Análise 02*.

4.2 ANÁLISE 02: Analisando a compreensão do gênero receita no evento de letramento consulta médica

Nesta segunda etapa de análise dos dados se lida, primordialmente, com a retextualização do gênero do discurso receita médica, o qual é mencionado pelos sujeitos da pesquisa, principalmente os pacientes, em suas representações sobre o evento de letramento consulta médica. Ao fazerem uma contínua reflexão sobre a interação durante a consulta médica, eles evidenciam algumas das dificuldades de lidar com práticas ou microações de linguagem (práticas de letramento) que ocorrem dentro desse evento.

Essas dificuldades têm impactos nas práticas cotidianas dos pacientes, fora do contexto de atendimento médico, o que já envolve outros sujeitos, que os auxiliam na mediação entre o que aconteceu durante a consulta médica e as necessidades de organizar sua vida social, no que diz respeito à compreensão da receita e o prosseguimento correto com o tratamento de saúde. É dessa última etapa que se tratará agora, buscando perceber as estratégias que os pacientes, utilizam para a retextualização da receita médica, na qual a letra do médico aparece como a principal dificuldade de compreensão.

O quadro abaixo apresenta quantitativamente, conforme cada UBS, os pacientes que acusaram diretamente a letra do médico como a maior dificuldade na compreensão da receita.

Quadro 07: Pacientes que apontam a letra do médico como a maior dificuldade na compreensão da receita

UBS 1	UBS 2	UBS 3
P6: <i>Ah, as letras.</i>	P17: [...] <i>o modo de escrever da letra dele eu não entendo [...]</i>	P32: [A letra] <i>do doutor é complicada demais até pra gente ver [...].</i>
P7: [...] <i>na hora de escrever (meu deus, 'mi love') ninguém entende.</i>	P18: [...] <i>as letra do doutor já não entendo sabe? [...]</i> [...] <i>a letra já num compreendo bem</i>	P34: [...] <i>às veze eu num entendo a letra não [...]</i>
P9: <i>É, porque sempre letra de médico a gente falta num entender [...]</i>	P19: [As letras] [...] <i>tem muitas que eu num entendo. [...]</i>	P35: <i>A letra dele [...].</i>
P11: [as] <i>letras assim pra outro tipo de remédio eu não entendo não.</i>	P20: [...] <i>a letra dele. Médico mesmo tem a letra complicada. Num entendo muito não [...]</i>	P36: [...] <i>a letra é feia mermo... é difícil de entender... dificulta sim.</i>
P14: <i>A letra.</i>	P21: [As letras] [...] <i>no papel do exame ele manda uns nomes que só quem conhece lá é que entende.</i>	P37: [...] <i>Eu não entendo a letra... [...]</i>
	P22: [...] <i>Num entendo muito a letra não.</i>	P38: [...] <i>a questão da letra [...]</i> <i>Nesse caso aqui mesmo eu num tô entendendo é nada [...]</i>
	P24: [...] <i>às vezes num dá pra mim</i>	P39: [...] <i>O que fica difícil pra</i>

	<i>entender direito a letra [...]</i>	<i>mim entender é a letra dele. [...]</i> no caso dele aqui, para mim a letra dele é uma dificuldade pra mim entender né? Alguns nome eu entendo, outros eu vou só pelo rumo, o começo do nome e lá no terminar e eu pego que nome é.
	P25: [A letra] [...] às veze eu num entendo... [...]	P40: [...] a letra com bastante dificuldade da gente entender.
	P26: [...] eu num compreendo a letra dele e nem a fala dele, fica tudo uma coisa só [...]	P42: [...] na letra num entendo não [...]
	P27: [...] eu olhando pra aqui mermo [letra na receita médica] eu num entendo é nada. [...]	P44: [...] eu num entendi nem ar letra dele [...] num dá de entender qual remédio que ele tá passando.
	P29: [A letra] [...] por que é um pouco complicada, mais difícil. [...]	
	P30: A letra do doutor [nome do médico] eu não consigo compreender bem, por que, assim ele escreve tudo junto. [...]	

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Ressalta-se que os pacientes que disseram não saber ler, tidos como analfabetos, não foram considerados para efeito da análise apresentada nesse quadro, pois embora assumam ter dificuldades de compreensão das informações, o fato de não dominarem o código alfabético, os impossibilita de compreender a letra do médico. O fato foi reconhecido por alguns, quando questionados: ‘o que o médico poderia fazer para melhorar a comunicação com o paciente?’

P23/UBS2: *Compreendo bem [a fala]. A letra não, porque eu não sei lê sabe?*

P28/UBS2: *Sei não, porque uma que eu num sei ler mesmo, nem que ele escreva bem, se não tiver uma pessoa pra ler pra mim, eu num entendo, mas só que eu me alembro tudo direitim.*

P31/UBS3³³: *[...] por que eu não sei ler [...]. eu acho que nada não, não precisa melhorar nada não, por que mermo eu num entendo a letra mermo, [...] num sei ler.*

P45/UBS3: *Num sei. [...] Não, eu num entendo, que eu num sei ler né? [...].*

³³ É importante ressaltar que, embora P31/UBS3 tenha escrito o próprio nome no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e por isso tenha sido considerada ‘alfabetizada’, conforme a classificação feita no Quadro 04, a título de controle de informações sobre os sujeitos da pesquisa; aqui ela assume não saber ler. Pode-se dizer a partir disso, que ela consegue apenas desenhar o próprio nome, mas não possui o domínio de outras atividades com o código alfabético, como por exemplo, a leitura e a escrita de pequenos textos que circulam no cotidiano, o que impossibilita, muitas vezes, o seu desenvolvimento pessoal e profissional. Diante disso, conforme o conceito de alfabetismo e analfabetismo proposto pelo INAF, P31 pode ser considerada analfabeta funcional (que se situa entre o analfabetismo absoluto e a alfabetização em nível rudimentar), mas ainda assim, possui o letramento social, que lhe possibilita interagir socialmente com diversos grupos sociais.

Ao adotarem essa posição, os pacientes naturalizam o fato da não compreensão da letra, embora saibam lidar com as informações orais, fato que decorre de seus letramentos sociais. Pode-se inferir, que essa atitude de portar-se de forma conformada e resignada, subjaz ao monopólio social que é atribuído àqueles que têm o domínio do código escrito e o utilizam para gerir e controlar as ações sociais do meio em que vivem, fundamentando-se na ideia de que o poder para tomar decisões coletivas, tem por base o saber que possuem (GNERRE, 1998). Nesse aspecto, a palavra se constitui ainda, como um signo ideológico, o qual serve de arena para o desenvolvimento de lutas entre as classes sociais (BAKHTIN, 2009 [1929]).

Com relação à leitura do quadro acima, é possível visualizar que 27, dos 45 sujeitos entrevistados nas UBSs, convergem com a ideia de que a letra do médico é o principal fator que dificulta a compreensão das informações, evidenciando, assim, a dimensão da questão nesse estudo, uma vez que se investiga a compreensão na relação médico e paciente.

Não obstante, é importante frisar que eles não somente acusam ou reconhecem o problema, mas apontam soluções como, por exemplo, as listadas nos relatos a seguir, quando foram perguntados: “*A partir do que você apontou como problema(s) na comunicação com o médico, o que sugere para melhorar essa relação comunicativa entre médico e paciente?*”:

P6/UBS1: [Melhorar] *as letras, sempre, sempre as letras.*

P11/UBS1: *Eu acho que é as letra mermo, assim as, a caligrafia deles que tem uns que a gente ainda entende um pouco, tem outros que não, pra mim é a caligrafia.*

P14/UBS1: *Oh melhorar lá a leitura, como é? A escrever melhor. Ainda mais assim num interior, como é um interior desse, que não tem tanta gente que tem a leitura boa. Tem analfabeto, que não tem a leitura muito boa, como é que ele vai entender? Por acaso, tem vez que o médico que prescreve que nem na farmácia não entende, aí você não vai receber o remédio, tem que ir na farmácia comprar, chega lá você mostra, o farmacêutico ou a farmacêutica diz ‘não, eu não tô entendendo o que esse médico tá escrevendo aqui’, muitas vezes acontece isso, aí fica difícil.*

P17/UBS2: [...] *Se ele pudesse né? Por que letra de medico é letra, cada um escreve do seu jeito. Mas se por acaso tivesse assim que fosse escolher era a letra dele né?*

P19/UBS2: [...] *A caligrafia num sabe? A letra, acho que ele pode fazer outra que a gente entenda, né?*

P20/UBS2: *Melhorar a letra, colocar uma letra mais legível pá gente entender... Por que se fosse eu no colégio, a professora ia me reclamar. Ela aí me falar pra colocar a letra mais legível pra ela entender né não? No colégio é assim, então ele podia fazer a mesma coisa também.*

P21/UBS2: *No caso, é essa caligrafia deles né? Que eles eu num sei onde é que eles aprendem isso não, que no colégio sempre a gente é orientado a escrever uma coisa legível, que as pessoa entenda.*

P24/UBS2: *Eu acho que tipo assim letras legíveis, que dê pra gente entender melhor.*

P26/UBS2: *Assim, a linguagem cabôco, por que nós somos cabôco da mata, criado na mata, aí tem linguagem que ele passa que a gente num entende.*

P27/UBS2: *[...] ele escrever assim, mais ou menos assim [...].*

P29/UBS2: *Escrever mais um pouco, mais legível pra gente poder entender.*

P30/UBS2: *[...] As letras. Só pelo menos distanciar as palavras mais das outras, já ajudaria. [...].*

P32/UBS3: *Acho que é o jeito dele escrever mesmo né? Eu tive um professor assim, que escrevia ruim assim.*

P33/UBS3: *[...] só explicar direitim, é, eu acho, num sei, pra gente entender, explicar, mas ele explica bem... Só que ele tem a língua dele é meia enrolada. [...].*

P34/UBS3: *A escrever melhor pra gente poder entender as letra, ele escreve tudo ligeiro.*

P35/UBS3: *Agora a gente não entendeu a letra dele, então eu gostaria se os médicos pudesse escrever uma coisa mais bem “espivitadazinha”, não fosse aquela “garrancheira”³⁴ que eles fazê só que entende é eles. Agora mermo a minha menina foi comprar um remédio em Teresina e voltou sem comprar o remédio por que disse que o farmacêutico não entendeu a letra do negócio. Eles podia escrever mais claro, ter mais paciência. Isso que eu gostasse que fosse, por que o médico escreve muito ruim, aquela “garrancheira” dele, aquela coisa só que entende é eles lá mermo, difícil outra pessoa entender.*

P36/UBS3: *Botar mais num formato que seja mais legível, é que dê pra gente ver e entender, que às veze a letra parece uma e não é, é outra, é feio, feio mermo.*

P37/UBS3: *[...] se tivesse datilografado, se tivesse escrito de uma outra forma, letra de fôrma, principalmente, seria muito mais fácil o acesso da leitura da gente. Bom, pra ele melhorar só se ele tivesse assim uma máquina de escrever, um computador, alguma coisa pra digitar a receita, só, pra ficar melhor só se fosse assim, tudo digitado por que aí. Não sei se passaria mais tempo, se demoraria mais ou se andaria mais rápido.*

P38/UBS3: *É, acho que só a questão mesmo do escrever né? Por que o pessoal sempre fala que letra de medico é complicada de entender.*

P39/UBS3: *Como eu pego em programa de televisão, às veze que eu não sou muito de televisão, por causa do tempo, sou mais pra rádio né? A radio é 24 hora no ar, rádio comigo né? Eu uso rádio no carro, eu uso rádio em casa, rádio no celular, agora o que eu vejo com relação, o que eu vejo pra isso aí, para os médicos, é ele sabe que tem uma lei, tem uma ordem pra ele prescrever, escrever de uma maneira que todo mundo compreenda a letra, se ele não pode escrever normal, ele fazer letra de forma que todo mundo ler. Aí muitos passam por cima disso aí e não tá obedecendo isso aí.*

P41/UBS3: *Eu acho que era escrever, procurar escrever mais direito pro povo entender né? É a mesma coisa de tu pegar um documentozim com **a letra bem miudinha**. Ninguém entende, eu num entendo, isso aqui [mostrando a receita,*

³⁴ O uso desses dois termos pode ser atribuído ao contexto social de produção discursiva desse sujeito, o qual demonstra em seu modo de falar, o apego a jargões languageiros, de uso popular e informal.

reproduzida abaixo] eu já num enxergo direito, aí como é que eu vou entender né? Aí eu tenho que perguntar uma pessoa. [...].

Imagem 23: Receita mostrada pelo Paciente 41/UBS3: exemplo de letra “miudinha”

SEMUSA
CENTRO DE SAÚDE DO BOM JARDIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMUSA
CHP / Nº 10.850.403/0004-91
RUA BRAGA VASCONCELOS, 149 - Prefeitura de Nazaré
CEP: 64.116-070

RECEITUÁRIO

NOME: _____ DAT.: _____
ENDEREÇO: _____ Bairro: _____

Sociedade

*O Doct levou bem 1 fe
Uso med 2x dia*

*O Protovit já - P
de 10g 1x dia*

06/01/2017
Nazária, ____/____/____

Dr. Cívica Ger...
CRM/PA
Médico CRM
Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

P44/UBS3: *Só eles escrever um pouco melhor, assim por que tem gente que num tem estudo completo, aí fica difícil de entender até quando ar letra é normal mermo fica difícil e desse jeito aí, aí fica pior.*

P41/UBS3 quando mostra a receita médica (Imagem 23) e aponta aquilo que entende e o que não entende, está referindo-se ao ‘dizer’ escrito do médico, ou seja, dando pistas do modo como se deu a comunicação durante a consulta e de como resultou em uma compreensão ou não, das informações trocadas e ao mesmo tempo avaliando todo o processo comunicativo. Assim, percebe-se o saber letrado desse sujeito, pela forma como reproduz, de forma reflexiva, explicativa e contextualizada, a situação vivenciada no evento consulta médica.

Com esses posicionamentos, os sujeitos atuam sobre o problema ou buscam atuar pelo menos. Por exemplo, quando buscam ajuda com outras pessoas para auxiliá-las na leitura da

receita. Fato que decorre de suas habilidades de agir criticamente sobre as formas e os usos da escrita no cotidiano, conforme a perspectiva do modelo ideológico dos letramentos sociais.

Como qualquer outro gênero, a receita médica, é caracterizada por aspectos relativos a forma/estrutura, mas também, e principalmente, por sua função e propósitos de interação, como pretende os estudos bakhtinianos. De acordo com as regras tácitas do contexto social em que é construída, apresenta regularidades quanto ao formato e a configuração típica dos elementos visuais de sua composição; e dos elementos de linguagem verbal e tipográfica, conforme o Quadro 08, abaixo, construído por Martins (2009), em estudo sobre o design das informações presentes nas receitas médicas, em que analisa seus aspectos gráficos, a partir do levantamento de opiniões de médicos e farmacêuticos sobre a produção e uso de receitas.

Quadro 08: Lista de itens presentes no formulário de análise das receitas médicas

Seção	Subseção	Itens analisados
1. Formato	Características	<ul style="list-style-type: none"> • Largura, altura • Orientação • Tipo de papel • Uso da cor • Fundo • Presença de limite
	Margens	<ul style="list-style-type: none"> • Cima, Baixo, Esq, Dir
	Área Escrita	<ul style="list-style-type: none"> • Área • % da Área Escrita • Técnica de Produção • Cor da tinta
2. Tratamento dos Elementos Visuais	Identificação	<ul style="list-style-type: none"> • Área do logo • Proporção logo/página • Localização do logo • Presença de endereço
	Sinal de área nula	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo
	Separações	<ul style="list-style-type: none"> • Entre unidades prescritivas (UP) • Entre subitens
	Ênfase	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo
	Agrupador	<ul style="list-style-type: none"> • Recurso usado para agrupar UP
3. Tratamento dos Elementos Verbais	Unidades prescritivas	<ul style="list-style-type: none"> • Quantidade • Presença de abreviatura
	Índicio tipográfico	<ul style="list-style-type: none"> • Sublinhado • Outro
	Fechamento	<ul style="list-style-type: none"> • Cidade • Data • Assinatura • Carimbo
4. Observações		

Fonte: Martins (2009, p. 41)

A título de contextualização do assunto, o quadro acima apresenta todos os elementos da receita. Ainda que mantenha a consistência e tipificação dessa sua forma e desses traços linguísticos, ao sair do contexto inicial de produção (consultório médico), ela passa a circular por outras esferas comunicativas (farmácia, ambiente doméstico etc.), nas quais se adapta e se molda conforme os propósitos discursivos e os contextos comunicativos de cada interlocutor.

No cenário desta pesquisa, esse gênero se apresenta como uma das principais peças escritas que intermedeiam a interação entre médicos e pacientes, corroborando para a organização social de suas vidas durante o tratamento de saúde. Lopes (2006) em um estudo similar, no qual trata de práticas e eventos de letramento em uma comunidade, presenciou esta situação, na qual essa peça escrita funciona como um instrumento de ação letrada dos sujeitos, direcionando suas ações e influenciando nos rumos de seus comportamentos individuais e coletivos. Considere-se então, o relato dessa situação, expresso pela autora:

[...] os pacientes atendidos no posto, ao saírem de uma sessão de consulta do médico ou de um atendimento de urgência, sempre trazem à mão uma folha de papel na qual está escrito o receituário de medicação prescrita ou a guia de encaminhamento para exames laboratoriais. Esse texto é repassado a alguma atendente da instituição, quando os interessados são orientados a obter, na própria unidade de saúde, os remédios receitados. Se não for esse o caso, em seguida ou em outro momento, as pessoas dirigem-se a alguma farmácia para adquirir a medicação indicada. Esse é o momento em que se observa o intenso diálogo por meio da escrita, pois além do texto contido no receituário, os rótulos das embalagens e as bulas que acompanham cada frasco de remédio trazem informações importantes ao interessado. Várias vezes percebi o manuseio desses textos entre pessoas de uma mesma família ou entre vizinhos para, em alguns casos, discutirem sobre a maneira correta de usar a medicação indicada (LOPES, 2006, p. 113).

Nessa descrição, a autora persegue os passos que a escrita (receita médica) conduz dentro da comunidade, possibilitando a interação entre os agentes de letramento e o envolvimento em diversas práticas e evento de letramento na comunidade. Vejam-se as ações que os pacientes se envolvem, desencadeadas pelo direcionamento da escrita:

- a) saem do consultório médico com um papel (geralmente, a receita);
- b) envolvem-se em outras práticas dentro da instituição, com as atendentes;
- c) direcionam-se a uma farmácia, fora da instituição;
- d) interagem com o vendedor da farmácia/farmacêutico;
- e) ainda na farmácia, envolvem-se com diferentes manifestações da escrita, como o receituário, os rótulos das embalagens, as bulas, os frascos de remédios etc.;

- f) retornam ao ambiente doméstico e interagem com a família sobre o assunto;
- g) dividem essas informações com a comunidade próxima (vizinhos).

Essas são apenas algumas das situações explícitas (elementos visíveis das práticas de letramento (HAMILTON, 2000)) identificadas na leitura da situação ilustrada por Lopes (2006); no entanto, considera-se ainda, que existem muitos outros elementos não visíveis presentes nessas práticas. Nesta pesquisa, as situações relatadas pelos 45 pacientes das três UBSs demonstram que praticamente todos eles seguem um caminho semelhante ao exposto pela autora, na busca pelos resultados que a escrita na receita vislumbra socialmente, enfrentando, na maioria das vezes, os desafios e as dificuldades que essa escrita pode impor-lhes como, por exemplo, a dificuldade de compreensão da letra do médico.

E é portanto, diante da ‘letra ruim’ e ‘pouco legível’ que se percebem os domínios que os pacientes têm sobre as formas de uso da escrita, visto que apresentam sugestões para que a caligrafia se torne ‘mais legível’: “*distanciar as palavras mais das outras*”; “*datilografado*”; “*letra de fôrma*”; “*uma máquina de escrever, um computador, alguma coisa pra digitar a receita*”; “*se fosse assim, tudo digitado*”; entre outras alternativas, que evidenciam suas noções apreciativas e valorativas das formas comunicativas no cotidiano.

Um aspecto que figura com bastante vigor nas falas dos pacientes (**P21/UBS2**; **P20/UBS2** e **P32/UBS3**) é a forma como tratam a escrita no contexto médico, relacionando-a com as experiências do tempo de escola, demonstrando o quanto a presença da educação formal e institucionalizada, referida pela figura do professor, é marcante em seus processos de inscrição no mundo dos letramentos, permitindo assim, que se constate que o letramento está para além da noção de escrita concebida e praticada pela escola (KLEIMAN, 1995), embora exista uma “ausência de relação direta entre escolarização e letramento” (TFOUNI, 2010, p. 41); mas, ainda assim, é preciso considerar que a escola é uma das mais importantes agências de letramento, responsáveis pelo processo de **letramento social** dos sujeitos, visto que é uma instituição histórica, cultural e social, situada em um contexto mais amplo. (Grifo meu)

A hipótese aqui é, então, que letramento escolar e letramento social, embora *situados* em diferentes espaços e em diferentes tempos, são parte dos mesmos processos sociais mais amplos, o que explicaria por que experiências sociais e culturais de uso da leitura e da escrita proporcionadas pelo processo de escolarização acabam por habilitar os indivíduos à participação em experiências sociais e culturais de uso da leitura e da escrita no contexto social extraescolar (SOARES, 2003, p. 111) (Grifo da autora).

Esse aspecto já foi discutido na *Análise 01*, sob o ângulo da visão dos médicos, quando associam às dificuldades de compreensão das informações com os processos de escolarização e alfabetização vivenciados pelos pacientes.

Outra questão relacionada à escola, mas no caso, que diz respeito à ausência dela é o grave dilema social que é o analfabetismo, o qual também emerge dos relatos dos pacientes (**P14/UBS1** e **P44/UBS3**), quando apontam como uma questão problemática a ser considerada no processo de comunicação com os médicos. Fato que **M1/UBS1** e **M2/UBS2** também reconhecem em seu relatos; porém, alargando a visão sobre o problema, quando se preocupam com o modo como esses sujeitos lidam com as informações escritas fora das UBSs.

Diante disso, percebe-se que tanto pacientes como médicos reconhecem e legitimam a importância do saber ler para o pleno desempenho cidadão na sociedade letrada, pois quando não existe o domínio pleno dessas tecnologias, os sujeitos são impedidos de realizarem algumas atividades sociais que exijam habilidades específicas do letramento escolar como, por exemplo, a leitura de uma receita médica.

Além da questão do analfabetismo, P14, mais P35, apresentam relatos fecundos para essa análise sobre o problema da compreensão na comunicação entre médicos e pacientes. Eles discorrem sobre os problemas da leitura a partir de suas realidades locais, situando as barreiras que isso cria em seu dia a dia como, por exemplo, na compra do medicamento, quando o problema de não entender a letra do médico se estende àqueles que têm o domínio do código formal (letramento escolar): o farmacêutico que, nesse caso, assume a responsabilidade de transmitir a informação correta para o paciente, tarefa que faz parte das atividades do médico, uma vez que ele é o sujeito institucionalmente atribuído desse poder (Médicos e pacientes têm mencionado essa questão, ao longo de seus relatos).

Já P39, conforme já foi destacado na análise de sua representação sobre o evento de letramento consulta médica, demonstra seu letramento, quando situa os diversos envolvimento que tem com o mundo da escrita e do conhecimento de diversos gêneros textuais, tanto orais, como escritos, na esfera digital, tecnológica e midiática. Esse tipo de leitura reflexiva realizada cotidianamente, possibilita-lhe conhecimentos diversos, dentre eles, a legislação específica sobre a atuação do médico.

Esse aspecto legal a que P39 se refere estão presentes na Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 1.601/2000, publicada no Diário Oficial da União (D.O.U.), em 18 de agosto de 2000, Seção I, pg. 64; e também no Código de Ética Médica, aprovado sob a Resolução CFM nº 1.931/2009, publicada no D.O.U., de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Respectivamente, esses documentos trazem os seguintes textos:

É vedado ao Médico:

Art. 39 - Receitar ou atestar de forma secreta ou ilegível, assim como assinar em branco folhas de receituários, laudos, atestados ou quaisquer outros documentos médicos.

É vedado ao médico:

[...]

Art. 11. Receitar, atestar ou emitir laudos de forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de seu número de registro no Conselho Regional de Medicina da sua jurisdição, bem como assinar em branco folhas de receituários, atestados, laudos ou quaisquer outros documentos médicos.

Esses são os dois principais aparatos legais que tratam da questão no âmbito nacional. No entanto, é válido acrescentar que, alguns estados brasileiros, já possuem legislação específica, instituindo multa para os médicos que não emitirem receitas em letra legível. E uma das principais soluções para isso, nos adventos da cultura tecnológica, é a utilização dos meios eletrônicos para o registro de histórico médico (prontuário eletrônico do paciente) e de prescrição de medicamentos (receitas médicas, encaminhamentos para exames etc.).

Essa questão é importante de ser mencionada, pois ao longo dos tempos tem sido alvo de discussões; e atualmente, têm se intensificado ainda mais, com muitos casos veiculados pela mídia (televisão e internet, principalmente), em que o não cumprimento das obrigações legais tem sido causa de processos judiciais envolvendo médicos, pacientes, familiares e farmacêuticos, em decorrência das implicações da falta de clareza nas práticas comunicativas, acarretando problemas sérios, como o agravamento da doença e até mesmo a morte, em razão de uso indevido da medicação, por exemplo.

Para ilustrar essa discussão sobre a complexidade que o problema de compreensão da linguagem médica acarreta na vida dos pacientes, recorre-se a uma notícia do Jornal *Folha de S. Paulo*, na Seção Equilíbrio, de 2001, em que traz dados problematizadores sobre a questão:

A grande maioria das dúvidas enviadas à seção “Pergunte Aqui” são sobre doenças e respectivos tratamentos. E boa parte delas são de leitores que já foram ao médico – ou aos médicos –, estão com o diagnóstico na mão, receberam uma prescrição e pedem ao jornal uma confirmação sobre o que ouviram do médico ou um esclarecimento para as inúmeras dúvidas surgidas durante a consulta. Sinal de que a comunicação do paciente com seu médico anda com problemas. [...] Os resultados de uma pesquisa feita no ano passado no pronto-socorro pediátrico da Universidade Federal de São Paulo retrata uma situação dramática: um quarto dos acompanhantes das crianças saíam do consultório sem entender o que havia acontecido lá dentro; 90% não sabiam sequer o nome do médico, e 24% não conseguiam ler o que estava escrito na receita, graças à famosa “letra de médico”. (MORAES, 2001, p. 1-2)

Na tentativa de minimizar essa problemática, algumas empresas de comercialização de medicamentos (farmácias), têm desenvolvido iniciativas no sentido de apoiar e reforçar as determinações legais. Veja-se, a propósito, na imagem reproduzida abaixo, o exemplo disso: um panfleto publicitário³⁵ (gênero textual que permite divulgar informações sobre marcas e produtos, geralmente em locais públicos de grande circulação), de uma grande rede nacional de farmácias, o qual traz as orientações sobre o preenchimento correto da receita médica.

Imagem 24: Panfleto com orientação para o preenchimento correto da receita médica

AQUI TEM

FARMÁCIA POPULAR

REMÉDIOS DE GRAÇA
 PARA ASMA, HIPERTENSÃO E DIABETES.

VEJA COMO É SIMPLES TER ACESSO AOS ITENS INCLUSOS NA FARMÁCIA POPULAR.

Leve o folheto com as informações corretas para o seu médico

Leve para uma Big Ben com o selo Farmácia Popular:
 • Receita médica correta
 • CPF • Documento com foto

Receba seus remédios com desconto ou gratuidade


Solicite ao seu médico o preenchimento correto da sua receita

Receita Médica

Nome do Paciente _____
 Medicamento _____
 Dose e modo de uso do medicamento _____
 Cidade e data _____
 Endereço completo do paciente _____

Na sua receita deve constar:

- ✓ Nome do Paciente
- ✓ Medicamento Prescrito
- ✓ Posologia
- ✓ Local e Data da Prescrição
- ✓ Endereço do Paciente
- ✓ Assinatura do Médico
- ✓ CRM e Estado do CRM do Médico
- ✓ Endereço do Consultório ou Hospital ou Clínica

Fonte: Coletado em vias públicas de Teresina (PI) (2015)

³⁵ Há de se considerar discursos outros neste panfleto. Por exemplo, a mensagem veiculada se trata de uma campanha do Governo Federal sobre os preços dos medicamentos a serem vendidos nas farmácias populares. Entretanto, somente com o preenchimento correto e a letra legível é que essa venda ou mesmo a distribuição gratuita dos medicamentos será possível. O Governo controla e vistoria toda essa saída de medicamentos, para que então, possa proceder com o repasse para as farmácias. Devido isso, é de interesse direto destas, a padronização de um modelo de receita. O preenchimento adequado e a legibilidade estão a serviço da empresa farmacêutica, atendendo a uma situação mercadológica, e não necessariamente atendendo a uma orientação do ponto de vista da saúde do paciente. Por isso, essas instruções têm uma intenção ideológica e financeira.

Retomando a questão das soluções ou alternativas de melhoria apontadas pelos pacientes, percebe-se que, de diferentes formas (a variedade dos letramentos sociais), eles dizem que seria ‘*melhorar a letra*’, porém, enquanto isso não acontece, uma vez que essa iniciativa não depende diretamente de suas ações; eles vão, por conta própria, criando estratégias e mecanismos individuais ou coletivos, para resolver suas dificuldades de compreensão, seja da letra, do modo de tomar a medicação ou também dos horários.

Assim como na *Análise 01*, em que, os pacientes destacaram “*um fator favorável à compreensão e à lembrança para seguir a medicação*”, neste ponto da discussão, destaca-se “*um fator que dificulta a compreensão da letra do médico na receita*”, também apontado pelos pacientes, visto que é diante dessas dificuldades, que buscam a ajuda de outros para a leitura da receita ou criam estratégias de retextualização, caracterizadas como as situações em que os sujeitos fazem releituras, readequações ou reconstruções do texto da receita, a fim de compreender a linguagem médica. Essa será a questão central desta *Análise 02*.

4.2.1 Um fator que dificulta a compreensão da letra do médico na receita

Um fator que se sobressaiu sobre os demais, nas falas dos pacientes, relativas às dificuldades de compreensão da letra do médico é a quantidade de remédios escritos na receita. Há uma relação de proporção, ou seja, quando é mais de um remédio escrito na receita, aumenta a dificuldade de compreensão da letra. Destaca-se isso, pois é preciso considerar todos os fatores que atravessam o caminho da compreensão entre médicos e pacientes. Tanto aqueles que facilitam, e principalmente aqueles que dificultam, como este, evidenciado por 3 (três) pacientes em seus relatos:

P11/UBS1: [...] [Quando é só um], o remédio de pressão eu entendo, agora outras letras assim, pra outro tipo de remédio eu não entendo não.

P13/UBS1: [...] assim, quando passa muito remédio, aí complica que é muito, mas hoje eu entendi, que foi só um.
[...] Quando é só um, quando vem muito não. [...].

P24/UBS2: [...] às vezes num dá pra mim entender direito a letra [...] por que são muitos remédio que ele passa [...].

De modo semelhante, esse fato também é atestado por M1/UBS1, quando aponta que tem muitos pacientes, principalmente idosos, que *“usam anti-hipertensivo, usa hipoglicemiante, usa remédio de coração, então, quanto maior a quantidade de medicação mais difícil”* a compreensão das informações relacionadas com o modo de seguir a medicação. Ou seja, sob as duas óticas que recobrem o evento de letramento consulta médica (a do paciente e a do médico), a questão aparece como importante de ser explorada neste estudo.

De maneira oposta, P38/UBS3 também retrata essa mesma situação, quando menciona a questão de lembrar o modo de seguir a medicação correta em casa. Para ele torna-se fácil, *“porque é só um comprimido, um comprimido duas vezes ao dia”*, ou seja, em todas as situações que os pacientes precisam fazer uma leitura, a questão da quantidade de informações é um fator determinante, tanto em casos que fazem a leitura da escrita na receita, pressupõe o domínio alfabético, relacionado com a aprendizagem formal do código, quanto em casos que precisam lembrar o horário de tomar o medicamento em casa. Nesse espaço, realizam uma leitura no sentido amplo, ‘de mundo’, nos termos freireanos (FREIRE, 2011), em uma perspectiva discursiva, como forma de atribuição de sentido, habilidade que pressupõe a maneira como o sujeito interage com o mundo ideologicamente.

Decorre disso, a ideia de que o grau de dificuldade de compreensão depende da quantidade de grafemas utilizados para expressar o conteúdo. Os pacientes, mesmo que não saibam ler, conseguem, pela fisionomia do texto, o plano composicional (estrutura formal) (BAKHTIN, 2011 [1979]), ou seja, a forma como os elementos gráficos se organizam no gênero receita. Por exemplo, pela quantidade de linhas, associam os *“tipos”* de remédio, e dessas associações, extraem as informações necessárias para uma construção de sentidos.

Nesse processo, primeiro os sujeitos reconhecem as informações expressas na receita, ou seja, apropriam-se da quantidade de elementos gráficos presentes no texto, através de um processamento visual das informações e, em seguida, interpretam esse material com base em uma associação entre a quantidade de enunciados escritos com aquilo que eles representam socialmente. Nisso, eles assumem um caminho, construindo sentidos sobre o texto, a partir dos significados que a escrita tem socialmente e das implicações que traz para as suas vidas.

Desse modo, pela condução e desfecho da atividade leitora realizada pelos pacientes, pode-se considerar que ela insere-se nas perspectivas interacionistas de leitura que, alinhadas à concepção discursiva e dialógica da linguagem de Bakhtin (2009 [1929]), considera-a como um processo de interlocução, construída durante a atividade discursiva de interação dos sujeitos. Dentre as perspectivas, situa-se o modelo socio-interacional de leitura, que considera a interação não somente entre leitor e autor, por meio do texto; mas a interação do leitor com

os seus conhecimentos prévios (ou de mundo) e os aspectos sociais que são mobilizados por meio dos conhecimentos letrados do sujeito durante a leitura, possibilitando a construção de diferentes significados e interpretações, conforme os pontos de vista do leitor.

Nesse processo, segundo Silva (2004, p. 328) “quando a atenção se volta não só para o texto ou para o leitor, mas para ambos, levando em conta questões sócio-históricas ligadas ao autor do texto e a seu leitor, entra-se na concepção de leitura denominada sócio-interacional”, na qual “o processo de ler transforma ambos, o leitor e o que foi lido, já que o significado é sempre uma relação entre o texto e o contexto (sóciohistórico-cultural) e não existe à parte da interpretação de alguém daquela relação”.

Portanto, essa atitude interativa dos pacientes diante do mundo da escrita, pode ser situada, considerando-se a natureza social e ideológica de seus conhecimentos letrados, que lhes possibilitam conhecer e intervir sobre os problemas de sua realidade, criando e recriando a partir das dificuldades de relacionar-se com a escrita. Isso significa dizer que, esses sujeitos, a partir do conhecimento e das experiências reais que têm acumuladas sobre a escrita médica, a qual muitas vezes, apresenta-se como um problema para o desenvolvimento de suas ações; desenvolvem estratégias (associação, inferências etc.), que viabilizem a compreensão do conteúdo da receita, fato que se deve ao seus letramentos, entendido aqui, pelas palavras de Street (1984, p. 01) como “práticas sociais e concepções de leitura e escrita”.

Desse entendimento, discute-se a seguir, sobre as diferenças entre a fala e a escrita do médico na construção da receita, também apontado como fator que dificulta a compreensão das informações relacionadas a receita e ao modo adequado de seguir a medicação, exigindo que os pacientes envolvam-se, posteriormente, em processos de retextualização.

4.2.2 Diferenças entre o oral e o escrito na construção da receita

Outro fator que corrobora para que os pacientes precisem criar estratégias de retextualização das receitas são as diferenças entre a explicação oral do médico sobre o modo de tomar a medicação e a maneira como ele escreve essa mesma informação na receita médica, ou seja, algumas vezes não há uma articulação entre fala e escrita, dificultando assim, a compreensão das informações. Alguns pacientes relatam sobre isso em suas representações:

P6/UBS1: [...] *por que às vezes ele fala uma coisa e aí depois bota outra.*

P7/UBS1: *Algumas vezes sim, que tem médico que fala bem explicado, mas na hora de escrever (meu Deus, 'mi love') ninguém entende.*

P17/UBS2: *[...] o modo dele falar eu entendo, agora o modo de escrever, da letra dele eu não entendo e é de medico nenhum. É geral. Isso é geral, por que eu também faço tratamento no médico lá no CAPS e eu também não entendo a letra dele [...]*

P18/UBS2: *[...] a fala eu compreendo, mais a letra já num compreendo bem [...].*

P19/UBS2: *[...] A letra tem diferença. Tem muito pouco pessoa que às vezes entende letra de doutor mermo [...].*

P21/UBS2: *É, no caso, é por que quando ele passa um exame desses, por exemplo, né? Esses nomes aí a gente num conhece muito. Agora só que na hora que ele tá explicando pra gente ele num explica numa linguagem que a gente entenda. Ele num fala do jeito que ele escreve não. Pra gente ele fala mais explicado né? E no papel do exame ele manda uns nomes que só quem conhece lá é que entende.*

P22/UBS2: *[...] assim eu entendo mais o que ele fala, a letra não.*

P24/UBS2: *Tem algumas coisa aí [a fala] que eu entendo, num sabe? Agora já tem outras coisas [a escrita] que eu não entendo muito bem.*

P26/UBS2: *[...] a letra dele às vezes fica a mesma coisa, a fala dele com a letra, por que eu num compreendo a letra dele e nem a fala dele, fica tudo uma coisa só [...].*

P27/UBS2: *Eu entendo quando ele fala né? Mais aqui mermo assim, eu olhando pra aqui mermo [a receita médica] eu num entendo é nada.*

P30/UBS2: *A letra do doutor [nome do médico] eu não consigo compreender bem, por que, assim ele escreve tudo junto, eu não consigo entender bem [...] quando ele me fala eu já presto atenção, até porque eu não compreendo a letra dele, eu compreendo a letra da enfermeira, mas a dele eu não compreendo, pela fala já resolve. [...].*

P37/UBS3: *[...] ainda não tive esse problema de num entender a linguagem do doutor né. Eu não entendo a letra... [...].
[...] se ele falasse igualmente está escrito nessa folha aqui [a receita médica], seria ótimo, mas... [...].*

P39/UBS3: *[...] O que fica difícil pra mim entender é a letra dele, mas a linguagem dele pra mim... Agora a letra dele é que eu tenho dificuldade pra compreender. [...].*

P42/UBS3: *[...] eu entendo quando ele fala, já na letra não [...].*

Um aspecto inicial relevante de ser mencionado é o presente na fala de **P7/UBS1**, que para dar ênfase a sua fala, ela utiliza-se de uma expressão típica da língua inglesa, demonstrando o reconhecimento e adaptação do termo para o seu contexto, conforme as situações comunicativas. Esse fato se deve a forte influência das línguas estrangeiras no vocabulário da língua portuguesa, de modo que, muitas vezes, as pessoas utilizam palavras, mesmo sem conhecerem o significado, apenas pelo contato que têm com elas em diversos veículos comunicativos. Assim, elas acabam incorporando tais palavras ao vocabulário, com

ou sem aportuguesamento. Nesse caso, ocorreu esse processo, pois “*mi love*” é uma referência a expressão “*my love*”, da língua inglesa, que traduzida, significa “meu amor”. O interessante dessa reflexão é que naquele contexto de uso (durante a entrevista), normalmente não se aplicaria a expressão, o que demonstra que P7 utiliza-a, sem o conhecimento de sua tradução.

Quanto aos demais relatos dos pacientes, eles demonstram que a falta de articulação ou inapropriações entre a fala e a escrita criam uma série de dificuldades para eles processarem as informações. A maioria atribui maior facilidade de compreensão da oralidade, e por isso ficam muito atentos quando o médico fala, conforme P30/UBS3 expressou em seu relato acima; e também está presente nas falas dos dois pacientes abaixo:

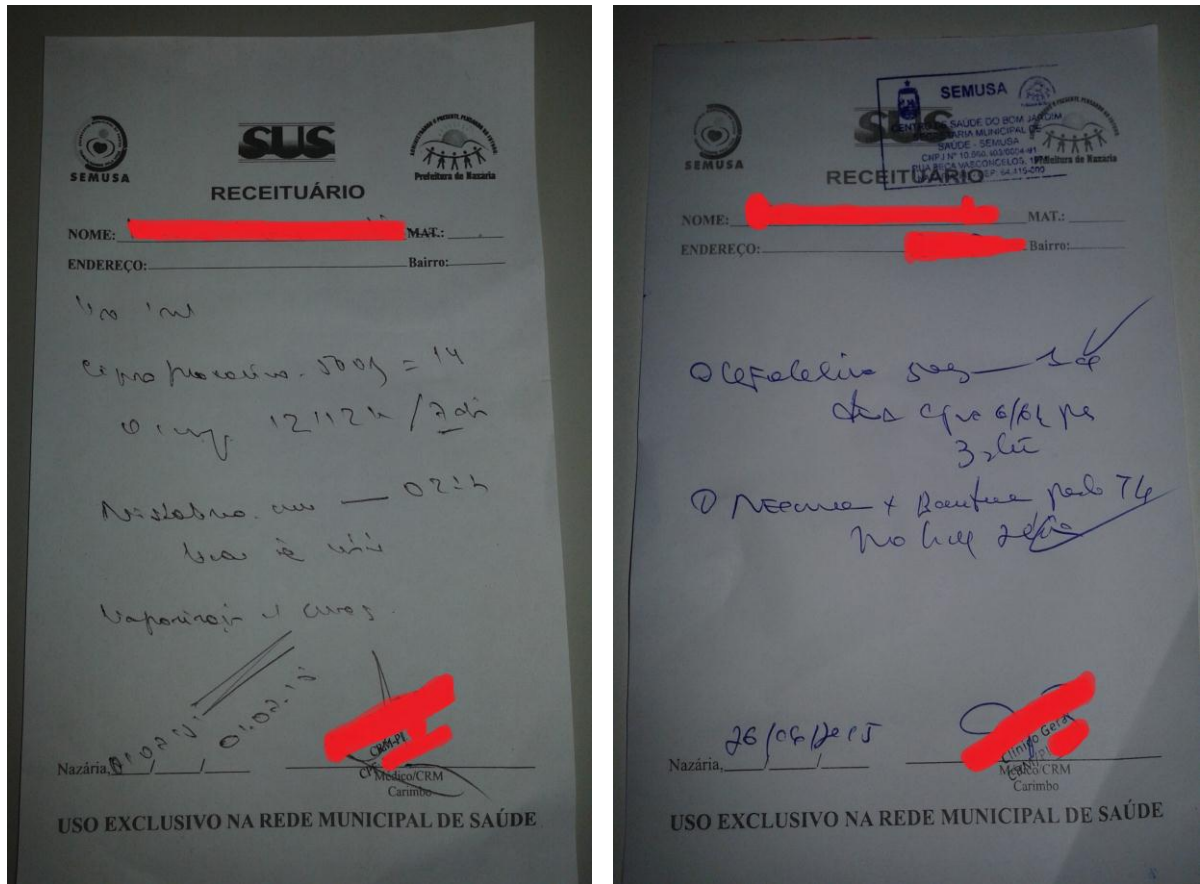
P7/UBS1: *Olha, com a doutora aqui não tem o que reclamar, por que a explicação dela já vai, eu já levo já de mente, as letras pode até ser complicado, mas na explicação já dá de entender tudo, agora tem vez que não, aí eu tenho que perguntar de novo, aí eu já vou com a explicação que ela dá, quando ela tá escrevendo na receita eu já fico de olho, já fico olhando direitinho.*

P15/UBS1: [...] *quando ela diz, já fica tudo decorado* [...].

Assim, percebe-se a importância da fala nesse processo e que as dificuldades de compreensão, geralmente, estão relacionadas à escrita. Chama-se atenção também, para o fato de que os pacientes têm noção de que a causa do problema está diretamente relacionada a ação do médico. Por exemplo, P30/UBS2, diz: “*eu compreendo a letra da enfermeira, mas a dele eu não compreendo*”, ou seja, reconhece e critica a situação, comparando-a com outras experiências advindas do mundo da escrita. O discernimento desse sujeito, assim como dos demais, que também se portam de forma semelhante, evidencia seus comportamentos.

Para ilustrar a questão das dificuldades de compreensão, e também, uma maneira de comprovar a situação denunciada, P27/UBS2 e P37/UBS3, por exemplo, mostram as receitas:

Imagem 25 e 26: Receitas mostradas pelos pacientes P27/UBS2 e P37/UBS3: exemplo de que a fala do médico não corresponde à escrita



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Na discussão sobre o problema, alguns pacientes (P37 e P39, por exemplo), envolvem-se em outra situação relativa às dicotomias na linguagem, quando contrapõem escrita e fala, classificando a primeira como “letra”, e a segunda como “a linguagem”, pode-se dizer, que eles estabelecem uma visão comparativa, tomando as modalidades de uso da língua, sob uma perspectiva da imanência do código, considerando-o em si mesmo, através de uma “relação dicotômica de dois pólos opostos”, como critica Marcuschi (2010a [2001], p. 37) (grifos do autor), ao propor que é preciso considerá-las a partir de um *continuum tipológico*, fundado na noção dos usos e nas práticas sociais de interação dos sujeitos.

Outra observação a ser feita quando referem à fala como “linguagem”, é o valor semântico e de personalidade que lhe é atribuído: **a)** “a linguagem do doutor” e **b)** “a linguagem dele”. Com isso, reforçam a ideia de que existem dois tipos de linguagem e que as condições sociais, econômicas, culturais e, principalmente, de letramento de cada sujeito é que determina qual delas ele utilizará e, no caso do médico, é natural que “essa linguagem” seja formal, padronizada, distante da linguagem dos pacientes e por isso mesmo, difícil de ser

compreendida, “*só quem conhece lá é que entende*”, como diz **P21/UBS2**, referindo-se a outros sujeitos da área da saúde, que estão ‘capacitados’ a compreenderem a letra do médico.

Assim como Marcuschi (2010a [2001]), Street (2014) analisa a questão das dicotomias entre as duas modalidades da língua (fala *versus* escrita), situando que durante muito tempo, essas práticas foram tratadas como opostas baseando-se nos argumentos que sustentavam a teoria da ‘grande divisão’ que distancia “cultura oral x cultura escrita”, proposta por Ong (1998 [1982]) e seguidores, como Godoy (1988), Olson (1977), entre outros. Street aponta que essa noção, que remete ao modelo autônomo de letramento, contribuiu para o surgimento de vários “mitos do letramento”, os quais se organizam sob essas três noções:

A noção de que o discurso escrito codifica o significado por meio da lexicalização e da gramática, enquanto o discurso oral o faz por meio de aspectos paralinguísticos, levando por conseguinte às diferenças entre o potencial das duas modalidades e a uma reafirmação implícita da grande divisão; a noção de que o discurso escrito é mais “conectado” e “coeso”, enquanto o discurso oral é fragmentário e desconexo; e por fim, o mito de que a língua escrita entrega seu significado diretamente “preto no branco”, enquanto a língua oral é mais “encaixada” nas pressões sociais imediatas da comunicação face a face (STREET, 2014, p. 178).

Esses mitos defendem uma supremacia cognitiva da escrita. Street (2014) rejeita-os, considerando que eles não dão conta da base transcultural do fenômeno da escrita (letramento) na sociedade moderna, a qual se veicula a contextos sociais e ideológicos, marcados pela cultura dos participantes (agentes de letramento), engajados em uma gama de eventos e práticas de letramentos, mescladas de aspectos orais e escritos, que se complementam nos usos cotidianos, conforme se observa neste estudo. Buzato (2009, p. 12) fecha esse entendimento, apontando que:

Uma das consequências mais importantes do enfoque nos eventos de letramento é que ele elimina a dicotomia entre oralidade e escrita – até então tomada como pressuposto – e demonstra existir nas práticas interpretativas da escrita um entremeamento dos códigos, registros e modalidades linguísticas e semióticas, de modo que os sentidos são sempre negociados e construídos interativamente.

De todo modo, quando a mensagem falada não corresponde à escrita, e vice-versa; ou nos casos em que nenhuma das duas é compreensível, como ilustra P26/UBS2, as implicações

sociais são ainda mais complexas. Assim, a dificuldade de compreensão da letra na receita ou mesmo da linguagem oral do médico aparece nos discursos dos pacientes das três UBSs pesquisadas, o que demonstra a persistência do problema, embora exista uma legislação que proíba isso, conforme mencionado anteriormente.

Os profissionais também demonstraram ter noção do problema e reconhecem-no, inclusive; por exemplo, M2/UBS2 diz: “*eu sei da dificuldade que as pessoas têm de entender a minha letra, como a de todos*”.³⁶ Nesse caso, ele tanto se coloca como autorreferência da situação, individualizando o fato; como também o generaliza, visto que estende para todos os médicos, reconhecendo que é natural a dificuldade de compreensão da letra em todos os lugares. Essa mesma noção se faz presente na fala de alguns pacientes (**P9/UBS1; P17/UBS2; P19/UBS2; P20/UBS2; P32/UBS3; P33/UBS3 e P38/UBS3**, apresentados na introdução desta dissertação), que reconhecem e se dão como conformados com o fato.

Cientes da situação, os três médicos apresentam as seguintes justificativas para e sobre o problema de comunicação com os pacientes, principalmente, a escrita na receita:

M1/UBS1: [...] *aqui a gente tem muito paciente, às vezes eu não consigo passar o dia explicando. [...]*.

M2/UBS2: [...] *eu ao tempo que estou escrevendo, eu tô falando como é que ele deve tomar aquela medicação, eu sempre vocalizo aquilo que eu tô escrevendo*³⁷, *até por que eu sei da dificuldade que as pessoas têm de entender a minha letra, como a de todos.*

[...] *É o tempo, por isso que eu digo, aqui a frequência da consulta e o tempo e, por isso eu limito a consulta, o número de consultas pra poder dar a cada um o melhor que eu posso, pode ser até o que eles não precisam, mas o melhor que eu posso dar ou que eu percebo seja a necessidade deles, eu faço.*

M3/UBS3: *O numero muito grande de pacientes de ser atendidos, termina a letra saindo feia.*³⁸

³⁶ Essa fala de M2 se alinha com a fala de dois de seus pacientes. A primeira diz que é muito difícil entender “*aqueles letra do doutor*”, então “*eu acho que é por isso que ele explica pra gente direitim né?*” (**P18/UBS2**). O segundo, diz que entende: “*porque ele gosta de explicar bem direitim pra gente. A gente entende por causa disso, porque ele é um médico atencioso que só com os paciente aqui*” (**P21/UBS2**). Ou seja, estes relatos são coerentes com raciocínio de M2, no sentido de que sua letra é notadamente difícil, e por isso ele precisa ser claro na fala, para que o paciente compreenda as informações.

³⁷ A comprovação disto pode ser percebida no relato de duas de suas pacientes. A primeira, diz: “*Sempre o que ele escreve bate com o que ele me explica tudo direitinho*” (**P16/UBS2**). A segunda diz que se lembra da orientação oral ‘vocalizada’, por ele, “*até por que na hora que ele tá escrevendo, ele já me diz: ‘de doze em doze horas’, ou: ‘três vezes ao dia’, ‘duas vezes ao dia’, ou: ‘só um comprimido de três em três dias’, eu já consigo entender direitim*” (**P30/UBS2**).

³⁸ Essa justificativa de M3 é de certo modo, aceita por alguns pacientes. Isso pode ser percebido na fala de **P27/UBS2**, quando diz que é normal a letra ser ruim, “[...] *porque tem que escrever rápido e aí é assim mermo [...]*”. Embora esta paciente seja de M2/UBS2, o exemplo é válido, pois os três médicos compartilham as justificativas apresentadas para o problema.

Diante disso, percebe-se que eles atribuem a causa do problema, principalmente ao curto tempo destinado às consultas, em decorrência da quantidade de pacientes que precisam ser atendidos por dia, o que revela mais uma falha do sistema de saúde pública no Brasil. Pode-se considerar também, que esses discursos soam como uma espécie de “defesa da face” ou defesa da própria imagem diante do problema, uma tentativa de justificar suas ações, transferindo a responsabilidade, por exemplo, para o Sistema.

É possível inferir então, diante dos relatos, tantos dos pacientes como dos médicos, bem como da observação de todo o contexto pesquisado que, embora reconheçam o problema, os médicos parece pretenderem preservar o mito em torno da escrita médica, como se ela fosse um instrumento sagrado, atribuindo-lhe “valores cognitivos intrínsecos” (MARCUSCHI, 2010a [2001], p. 16), e, portanto, aqueles que a detém, precisam mantê-la em segredo, conservando-a como um código secreto, que viabiliza ou não, a ocupação de lugares privilegiados na sociedade. Nesse caso, a figura do médico que histórica e culturalmente foi construída sob a égide da detenção de um saber, que conferiu-lhe um poder. Essa ideia se funda também, no paradigma da autonomia, em que pesa a noção de superioridade intelectual, sustentada pelos mitos do letramentos, criticados por Street (2014), anteriormente.

Portanto, diante dessa análise da problemática em torno da comunicação durante a construção da receita, aponta-se para um aspecto fundamental a ser considerado pelos médicos: a clareza na linguagem oral (a fala), em virtude de que a compreensão desta, dispensa o domínio formal do código alfabético, considerando-se, por exemplo, o grande número de pacientes analfabetos, que não tem nenhum domínio do código formal (como os três médicos apontaram), e por isso, não conseguem ler as informações na receita e também não podem recorrer a leitura das informações presentes na bula de medicamentos. Sobre esta, discute-se a seguir, quando se situa o papel, o lugar e a função que a bula assume nessa relação comunicativa, mediando a compreensão das informações orais e escritas, conforme a abordagem dos gêneros discursivos adotada nesse estudo.

4.2.2.1 O lugar da bula de medicamentos na relação comunicativa

Este gênero discursivo, bula de medicamentos, mencionado anteriormente, assume, então, um papel de destaque no contexto dessa pesquisa, uma vez que auxilia no processo comunicativo entre médicos e pacientes, seja para **a)** solucionar as dúvidas deixadas pela fala

ou escrita do médico; ou **b)** confirmar ou refutar uma informação relativa ao modo de tomar a medicação; conforme os dois pacientes abaixo, exemplificam, respectivamente, essas funções:

P8/UBS1: [...] *eu também leio muito as bula dos remédio pra mim saber exatamente; olho na receita, se eu não entender, mas eu entendo pelo menos os dia, por que letra de médico... (risos) [...]*

P35/UBS3: [...] *eu mermo leio também a receita às vezes do remédio que ele passa, aí eu me esqueço, mas o remédio tem também a bula, aí a gente procura ver [...]. [...] às vezes tem diferença do que ele passa pra gente usar, o modo que ele passa pra gente usar com o que tá na receita, aí eu vou pro da receita lá. Ele diz: 'você use assim, assim, assim', e aí eu mando minha menina lê a receita ou a bula; ou eu leio também a receita ou a bula, aí na bula tá de outro jeito às vezes, aí eu vou pelo o que a bula tá dizendo.*

Conforme a fala dos pacientes, pode-se considerar que, a bula de medicamentos intermedeia as situações comunicativas dos sujeitos; principalmente, para solucionar as dúvidas deixadas durante o evento de letramento consulta médica, seja pela fala do médico ou pela escrita no gênero receita. Portanto, ela funciona como uma via secundária a que os pacientes recorrem posteriormente. Assim, a bula assume a função de guiar, esclarecer e dar os comandos que organizam as ações dos sujeitos no mundo, inserindo-se, assim, na sequência textual injuntiva proposta por Adam (1992) e Bronckart (2012), uma vez que dá instruções procedimentais para a realização de ações; e funcionam também, na organização dos domínios sociais comunicativos, nos aspectos tipológicos e nas capacidades de linguagem dos sujeitos, regulando seus comportamentos, como tratam Dolz; Schneuwly (2004).

O certo é que diante das dificuldades de compreensão, decorrentes das diferenças entre a fala a letra do médico na construção da receita, o gênero bula de medicamentos cumpre um importante papel social na condução do tratamento de saúde, fornecendo informações, inclusive, de caráter mais técnico, como: composição, indicações, contra-indicações, precauções, posologia, reações adversas, efeitos colaterais, modo de usar etc.

Pelo exemplo de P35/UBS3, percebe-se que este gênero é decisivo na solução de algumas dúvidas, não somente da fala do médico, mas também da letra na receita, pois existem situações que tanto a fala, como a escrita na receita são diferentes da bula e nesses casos, prevalece a informação dada nesta última, ou seja, a bula sobrepõe-se à receita. Isso pode ser atribuído ao fato da escrita na bula, ser digitada no computador, ter passado por um processo de 'lapidação' e de formulação dado pela esfera industrial farmacêutica, de comercialização de medicamentos; e, por isso, impõe maior confiança e credibilidade para

o paciente, e neste caso, portanto, a escrita computadorizada assume uma supremacia sobre a escrita cursiva, ‘à mão’.

Esses fatores, discutidos e exemplificados nestes dois tópicos (“*Um fator que dificulta a compreensão da letra do médico na receita*” e “*Diferenças entre o oral e o escrito na constituição da receita*”), conforme os títulos denotam, servem para problematizar a questão das dificuldades de compreensão da linguagem (oral e escrita) utilizada pelo médico. É a partir dessa problemática, que se apresentam, nos próximos tópicos, as estratégias e/ou mecanismos de retextualização da receita médica que os pacientes utilizam para compreender a letra do médico e lembrar os horários de seguir a medicação correta, conforme a prescrição, dada pelo médico na receita médica.

4.2.3 Processos de retextualização da receita médica por parte dos pacientes

Nesse estudo, a questão da retextualização, é investigada a partir de situações reais de uso da linguagem, evidenciadas pelo os modos como os sujeitos reorganizam as informações sobre e de um texto (a receita médica) com o qual tiveram contato em um determinada instância discursiva ou contexto de produção (evento de letramento consulta médica). Essa análise tem por base principalmente, as orientações teóricas de Marcuschi (2010a [2001]).

As operações realizadas pelos pacientes evidenciam algumas estratégias e/ou mecanismos utilizados durante os processos de retextualizações da receita médica, envolvendo as modalidade oral e escrita da língua, com e sem mudança de gênero. Observe-se a categorização desses processos, retiradas do *corpus* da pesquisa:

1) Estratégias e/ou mecanismos verbais

- a) Textos dos pacientes para compreender a receita
- b) Textos de ‘outros’ para os pacientes compreenderem a receita

2) Estratégias e/ou mecanismos não verbais

- a) Ações descritas pelos pacientes para entender a receita

No contínuo de organização das várias etapas desses processos, serão observadas ainda, se acontecem mudanças, ou não, na modalidade de uso da língua (oral ou escrita); bem como também, as mudanças, ou não, do gênero, orientando-se pela leitura de Decat (2002, p. 164-168-170-174), que baseada em Marcuschi (2010a [2001]), considera:

- i) **Retextualizações do oral para o escrito com mudança de gênero;**
- ii) **Retextualizações do escrito para o escrito com mudança de gênero;**

iii) Retextualizações do oral para o escrito, com e sem mudança de gênero;

iv) Retextualizações do oral para o escrito sem mudança de gênero.

Continuando esse raciocínio, considera-se também, possibilidades de:

v) Retextualizações do escrito para o oral com mudança de gênero

E exclui-se, de imediato, qualquer possibilidade de:

vi) Retextualizações do escrito para o escrito, sem mudança de gênero;

vii) Retextualizações do escrito para o oral sem mudança de gênero.

Pois os gêneros receitas médicas só podem ser construídos (escritos) por médicos, e assim, os pacientes, em suas releituras, não estão formalmente e institucionalmente habilitados a produzirem uma nova receita médica. Portanto, **todas as suas retextualizações, implicarão em uma mudança de gênero**, fato que elimina também, a segunda possibilidade (**‘sem mudança’**) da etapa **iii**); e totalmente a etapa **iv**), proposta por Decat (2002).

Importante esclarecer ainda, que o que se considera como retextualização neste estudo, são as ações dos sujeitos na releitura do gênero receita médica, considerando modos e situações que se envolvem na busca por compreensão das informações relacionadas a esse gênero; e não o texto, enquanto material linguístico concreto, como comumente é feito na literatura. Desse modo, faz-se um relevo sobre a questão da retextualização, tratada por Marcuschi (2010a [2001]).

Os pacientes reconhecem o gênero e sua importância, compreendendo-o parcialmente (Marcuschi (2010a [2001], p. 70) também reconhece isso, quando diz que “*compreender* não equivale a *compreender bem*” (Grifos do autor)), mas ainda assim, precisam de outras informações, com outros sujeitos, seja para **a**) compreender a letra do médico; ou **b**) lembrar o modo ou horário de tomar a medicação; contanto que **nestas duas situações, a discussão se volta sobre a receita, visto que ela comporta estas duas informações**. Assim, este argumento, parte do pressuposto de que, no centro dessas ações está o texto (receita médica) como material linguístico concreto, que funciona como elemento interacional e de realização de atividades cognitivas complexas, envolvendo as modalidades oral e escrita da língua.

Pra defender isto, busca-se subsídio ainda, nas palavras de Marcuschi (2010a [2001], p. 122-123), quando ao discutir sobre a complexidade que envolve os processos de retextualização do oral para o escrito, principalmente, recomenda que “a proposta não deve, no entanto, ser tomada como uma fórmula ou receita, podendo ser modificada de acordo com os propósitos que cada analista tiver em mente”.

O conceito de retextualização, neste sentido, pode ser revisitado e reforçado, considerando-o então, como uma atividade textual, linguística e discursiva, que se realiza

conforme os enquadres socioculturais realizados em cada situação de interação, a partir das necessidades que os sujeitos tem de organizar suas práticas comunicativas e de compreensão referencial do mundo da leitura e da escrita, por meio de diferentes gêneros textuais.

Para a realização dos processos observados neste estudo, orienta-se, portanto, pelas **operações que seguem as regras de transformação** (estratégias de substituição, seleção, acréscimo, reordenação e condensação), buscando explicitar os aspectos linguísticos-textuais-discursivos envolvidos nos processos de retextualização, presentes principalmente nos blocos **A: idealização** e **B: reformulação**, explicitados por Marcuschi (2010a [2001], p. 69), no **Quadro 03**, reproduzido neste trabalho.

4.2.3.1 Estratégias e/ou mecanismos verbais

Neste caso, a noção de estratégia, tanto verbais como não verbais, utilizadas pelos sujeitos nos processos de retextualização da receita médica, baseia-se nas formulações gerais de Marcuschi (2010a [2001]), ao apontar que a retextualização acontece a partir de operações complexas e de procedimentos convencionalizados e estratégicos. Assim, as estratégias são ações ou comportamentos específicos assumidos pelos sujeitos diante de um determinado contexto da vida social, com vistas à leitura e a compreensão das informações relacionadas a uma peça escrita (texto/gênero), ou seja, as formas de interação e construção de sentidos com o mundo, mediadas pelos conhecimentos letrados, de maneira individual e coletiva.

Considera-se como estratégias e/ou mecanismos verbais, as ações realizadas pelos pacientes, em diversos contextos enunciativos, em que lidam com o gênero receita médica, relacionando-o diretamente com outros textos verbais (gêneros textuais), que lhes possibilitem construir um sentido e facilitar a compreensão da receita, implicando aí, uma relação de complementariedade entre diferentes materiais linguísticos. Por meio dessa relação, têm-se dois tipos de situações: **a)** materiais (textos ou gêneros) construídos pelos próprios pacientes; ou **b)** textos criados por outras pessoas para auxiliá-los na compreensão da receita.

4.2.3.1.1 Textos dos pacientes para compreender a receita

Os dois exemplos abaixo, retirados do *corpus*, evidenciam algumas das estratégias e/ou mecanismos verbais de retextualização das ações relacionadas à receita médica, a fim de

compreender as informações que o gênero comporta. Nesses casos, tem-se textos que os próprios pacientes produziram para mediar esse processo. De imediato, essa atitude, já evidencia seus comportamentos e atitudes letradas diante da situação.

Exemplo (I):

P22/UBS2: *Num tenho muita facilidade de lembrar não, mas chego em casa eu boto no papel ali, horário e tudo.*

Imagem 27: Texto-base: Receita de P22/UBS2

SEMUSA SUS Prefeitura de Nazária
RECEITUÁRIO
 NOME: [REDACTED]
 ENDEREÇO: [REDACTED] Bairro: [REDACTED]
 Um litro
 Estreptococo em suspensão. 0.625g
 Oí camy é um litro na 20 h
 2x. A: 1 hora e 6: hora.
 De 1 hora. au 10h
 Debu oí ampla. 0.142 M
 pequena
 Clo 20 20 20. 1g
 Oí camy é 1g
 Nazária, 20/08/15 Médico/CRM
 Carimbo
 USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Das operações realizadas na situação do exemplo (I):

- transformação do texto-base (a receita), escrito; em outro texto escrito, sem alteração na modalidade de uso da língua: *da escrita para a escrita*.
- mudança de gênero: da receita médica para um ‘papel’, que no caso, pode ser o gênero bilhete, uma simples anotação ou qualquer outra denominação similar. Neste caso, envolve operações de *transformação* do texto, por meio de aspectos textuais-discursivos de *reformulação*, como *acréscimo* ou *substituição*, visto que o novo texto, tanto pode juntar-se ao texto-base, como pode substituí-lo; e assim, *eliminando-o* também, constituindo uma operação de *idealização*.

Analisando-se o texto-base, considera-se que o nível de dificuldade de compreensão da receita pode está atrelado a quantidade de informações (remédios e instruções de como tomá-los); bem como o fato de o médico não ter enumerado a quantidade de remédios, e assim, as informações estarem todas misturadas, o que dificulta ainda mais a localização e o

processamento das informações presentes no texto, conforme foi evidenciado anteriormente, no relato de alguns pacientes (P11/UBS1; P13/UBS1 e P24/UBS2).

Exemplo (II):

P40/UBS3: [...] *eu fico sempre também marcando assim, no celular pra tá sempre naquele horário, pra num passar.*

Imagem 28 e 29: Textos-base: Receita e Receituário Controle Especial de P40/UBS3

The image shows two medical forms side-by-side. The left form is a 'RECEITÁRIO' (prescription form) from SEMUSA. It has fields for patient name, address, and date. Handwritten notes in blue ink are present, with red circles highlighting specific parts: 'Suple', 'O Benzetil Goo... 200mg', 'Aplic 5/5 dia', 'O Neomine + Qu... 70mg', 'No sup na 1 dia', and '28/08/2015'. The right form is a 'RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL' (Special Control Prescription Form) from the Prefeitura Municipal de Nazaré, Secretaria Municipal de Saúde. It has fields for issuer and patient identification, and a section for prescriptions. Handwritten notes in blue ink are present, with red circles highlighting 'Benzetil Goo... 200mg', 'Aplic 5/5 dia', 'O Neomine + Qu... 70mg', 'No sup 20mg', and '28/08/15'. Both forms have a signature of 'Dr. Cláudio Geral' and a date of '28/08/2015'.

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Das operações realizadas na situação do exemplo (II):

- a) uma transformação do texto-base (a receita), escrito; em outro texto escrito: *da escrita para a escrita*, considerando-se também nesse processo, a presença do texto sonoro, uma vez que a informação está vinculada ao áudio do celular.
- b) mudança de suporte: da receita para o celular, que pelo contexto em que a questão é tratada, pode-se considerar como um lembrete no despertador do celular. Neste caso, ocorrem operações de *transformação* do texto, envolvendo principalmente, aspectos textuais-discursivos de *reformulação*, através de *acréscimo*, visto que o novo texto, junta-se ao texto base. Embora isso, não se considera que haja uma

substituição, ou uma *eliminação*, no sentido literal desses processos, pois esse novo texto (no celular) responde somente às necessidades individuais da pacientes, no âmbito particular; ela não poderia, por exemplo, utilizar-se desse novo texto para comprar o medicamento na farmácia, visto que, neste contexto, exige-se a receita para a venda do medicamento.

Ainda no exemplo (II), há também, uma mudança no gênero, pois o sujeito traz uma parte do texto para dentro do celular, especificamente as instruções, descaracterizando assim, o gênero médica. Nesse caso, fica uma indefinição quanto a que gênero pode estar sendo referido, tendo em vista que o celular é um suporte textual, que comporta uma infinidade de textos e hipertextos (constituídos de gêneros), com características próprias da escrita tecnológica e digital, que trouxe novas possibilidades de criação de práticas discursivas.

Na concepção de Marcuschi (2004 p. 10), “uma nova tecnologia projeta estratégias de textualização [**e retextualização, nesse caso, em especial**], gera um novo gênero e subverte, até certo ponto, cânones bem estabelecidos no processo de construção textual”. Esse conceito se aplica ao exemplo da situação de retextualização, no sentido de que P40 subverte as convenções textuais tradicionais do gênero epistolar bilhete, que usualmente utilizaria nessa situação, substituindo-o pelo lembrete no despertador do celular, em função da tecnologia.

O modo como P40 retextualiza a receita pode ser referido ainda, à luz do conceito de gênero trazido por Marcuschi (2010b, p. 19), quando os considera como produtos históricos, frutos do trabalho coletivo e inseridos na dinâmica da vida social e que “contribuem para ordenar e estabilizar as atividades comunicativas do dia a dia”, ou seja, a estratégia de ‘marcar’ os horários de tomar o medicamento no celular é hoje, na sociedade tecnológica e midiática, uma atividade que se integrou ao cotidiano dos sujeitos, exigindo deles o letramento digital (BUZATO, 2006), mesmo daqueles que não dominam plenamente a leitura e a escrita nos moldes exigidos pelos letramento escolar.

Quanto aos dois textos-base de P40, observe-se que eles são os mesmos referidos na análise de sua representação sobre o evento de letramento consulta médica (*Análise 01*), quando menciona o nome do antibiótico “Benzetacil”, para situar o problema que vivencia. Também neste caso, percebe-se uma dificuldade de compreensão da letra, embora o médico tenha escrito com letras maiores (de fôrma), separando e enumerando por meio de (○), cada informação nova apresentada dentro do corpo do texto, como uma estratégia que pode facilitar a leitura, diferentemente da receita do Exemplo (I).

Um aspecto a ser destacado nesses processos de retextualização dos exemplos (I) e (II), é que os novos textos construídos têm em comum o aspecto da precisão quanto a

informação que carregam. Seja o texto convencional (I), ou o texto digital (II), precisam dar conta de uma informação presente na receita: ‘lembrar o horário da medicação’, porém, as atividades cognitivas de leitura realizadas pelos sujeitos, para o planejamento e execução desse processo, diferenciam-se situacionalmente. No exemplo (I), tem-se uma maior participação do paciente, que apenas mudou o formato do texto, mas ainda assim, precisa lê-lo; diferentemente do exemplo (II), quando ele agenda a atividade no celular, estabelece uma espécie de acordo com o aparelho, para que ele o lembre de realizar a ação, e assim, automaticamente ele está dispensado da atividade, pois apenas a executa, a partir do alerta.

4.2.3.1.2 Textos de ‘outros’ para os pacientes compreenderem a receita

Nos três exemplos abaixo, as estratégias e/ou mecanismos verbais de retextualização das ações relacionadas à receita médica, contam com a participação de outros sujeitos, a quem os pacientes recorrem, solicitando que produzam textos orais ou escritos, que os auxiliem no processo de compreensão das informações médicas:

Exemplo (III):

P17/UBS2: [...] *Na farmácia eu peço para ele [o farmacêutico] botar [escrever] na caixa, ou então atrás na receita pra quando eu chegar em casa meus filhos pegar. [...]*

[...]

[...] *Quando chego em casa aí, lá os meus filhos fazem uma, tipo uma tabela assim dizendo: ‘tal remédio tal hora’, ‘quantos comprimidos por dia’, é assim que ele fala pra mim. Quando não vem uma pessoa mais eu, ele escreve, diz como é que é pra mim fazer, aí quando eu chego em casa eu falo pra meus filhos pra mim não esquecer eles escreve uma faz uma tabela e ali bota ali... [...]*

Imagem 30: Texto-base: Receita de P17/UBS2

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Das operações realizadas na situação do exemplo (III):

- a) uma transformação do texto-base (a receita), escrito; em outro texto escrito, sem alteração na modalidade de uso da língua: *da escrita para a escrita*;
- b) mudança de gênero: da receita para:
- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|-----------------------|
| a. a escrita na caixa de medicamentos | → | } | contexto farmacêutico |
| b. a escrita atrás da própria receita | → | | |
| c. uma tabela | → | | contexto familiar |

Este caso em evidência também envolve operações de *transformação* do texto, principalmente, por meio de aspectos textuais-discursivos de *reformulação* do texto, através de processos de *acréscimos*, visto que os novos textos juntam-se ao texto base. Também neste caso, não se considera que haja uma *substituição*, ou uma *eliminação* (que envolve aspectos textuais-discursivos de *idealização* do texto), pois estas três novas produções textuais servem apenas para ordenar as atividades da vida particular da paciente, no modo de seguir a medicação, mas ainda assim, para a situações mais formais, como a compra do medicamento ou o retorno da consulta médica, ela possa substituir a receita pela tabela.

Nesse caso, o gênero multiplica-se em outros, conforme os contextos que circula. No contexto familiar, a tabela, que, embora não seja tão usual nas relações informais e simples do cotidiano, se constitui como um gênero de natureza primária (BAKHTIN, 2011 [1979]), pelo contexto em que é produzida e pelos propósitos comunicativos que assume. Já no contexto farmacêutico, as informações da receita assumem um outro formato, no caso da escrita na caixa de medicamentos, esta passa a ser um suporte para um gênero que pode ser considerado como lembrete; e no caso da escrita no verso da própria receita, esta passa a fazer parte de um processo metatextual, em que ela mesma é tomada como instrumento comunicacional para explicar a si mesmo, tendo como diferencial a questão da letra, que, no caso, deverá ser de mais fácil compreensão que a do médico.

Esse processo de escrita na receita pode aludir ao fenômeno que Marcuschi (2010b) chama de “heterogeneidade tipológica”, pois a receita, embora mantenha as características específicas enquanto gênero, passa a comportar, no verso, outras sequências de tipos textuais, com o mesmo propósito comunicativo, mas que podem ser considerados como um lembrete, um aviso, um recado etc.

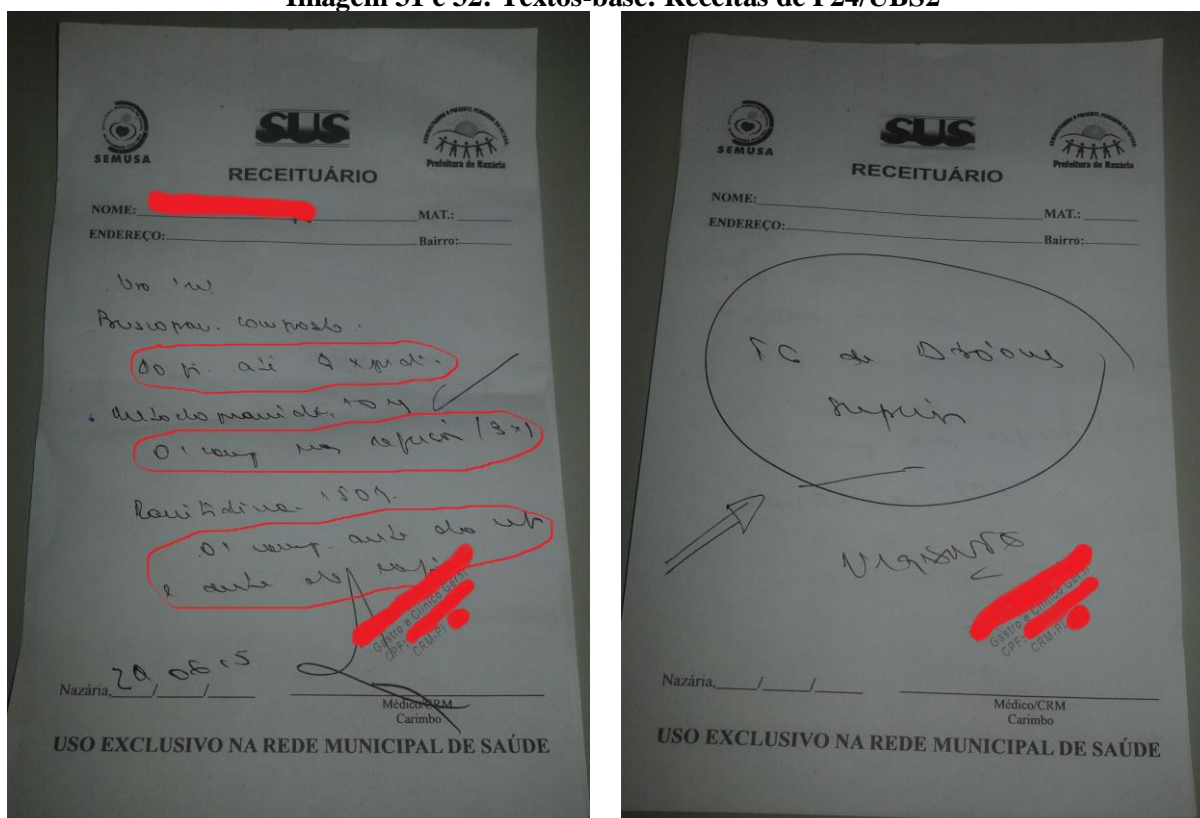
Conforme identificado neste trabalho, com outros exemplos do *corpus*; e também ilustrado por Lopes (2006), a receita é uma peça escrita que transita e dá forma às ações sociais dos sujeitos dentro do contexto no qual se insere. Nesse caso, as ações praticadas pelos sujeitos em seu processo de retextualização possibilitam que se perceba a relação entre os processos de processamento textual-discursivos e a organização da vida social desses sujeitos.

Quanto à letra, também apresenta dificuldade de compreensão, embora esteja melhor organizada no corpo textual da receita: formato grande, embora enroladas; e também, o distanciamento e o recuo de cada período frasal, possibilitando que se considere como uma mudança de informação, e assim, facilita o processamento visual das informações.

Exemplo (IV):

P24/UBS2: [...] às vezes num dá pra mim entender direito a letra, aí eu pergunto pras menina. Peço pras menina anotar no remédio direitim, tudo direito, tudo dentro dos conformes. Ela sempre bota no remédio num sabe? Assim, se é um vidrinho aí ela coloca num 'coisinho' [esparadrapo ou fita gomada, por exemplo] e passa no remédio pra mim lembrar, por que são muitos remédio que ele passa, aí em tudim a [nome da atendente] coloca: 'oh, esse aqui você toma tal hora, esse aqui tal hora, esse aqui tal dia', tudo ela passa direitinho como é.

Imagem 31 e 32: Textos-base: Receitas de P24/UBS2



Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Das operações realizadas na situação do exemplo (IV):

- uma transformação do texto-base (a receita), escrito; em outro texto escrito, sem alteração na modalidade de uso da língua: *da escrita para a escrita*;
- mudança de gênero: da receita para o vidro de medicamentos. Neste caso, assim, como no exemplo (II), tem-se uma situação muito peculiar, mas pelo contexto em

que se realiza, e conforme também foi observado durante a coleta de dados, pode-se considerar como um lembrete, bilhete ou aviso feitos em um pedaço de esparadrapos ou fita gomada, que são colados no frasco, e têm a função de facilitar a leitura e compreensão das informações.

Os aspectos textuais discursivos de retextualização das informações da receita, envolvidos nesse processo organizam-se, principalmente, em operações de *transformação* do texto, principalmente, por meio de aspectos textuais-discursivos de *reformulação*, que envolve de processos de *acréscimos*, visto que os novos textos, juntam-se ao texto base, no sentido complementar a mensagem que ele pretende transmitir, o que não quer dizer, evidentemente, que haja uma *substituição*, ou uma *eliminação* (que envolve aspectos textuais-discursivos de *idealização* do texto), pois o fenômeno acontece em dadas circunstâncias da vida privada dos sujeitos, propiciando construções de sentidos, muito específicas.

Esse processo de retextualização, e ao mesmo tempo de produção textual, envolve um intrincado de questões relativas à natureza de produção e de recepção do texto. As atendentes da UBS lançam mão dos recursos de que dispõem no ambiente de trabalho, como o frasco de medicamentos, o esparadrapo e a fita gomada, para a construção de um texto que expresse os propósitos comunicativos daquela situação e facilite a compreensão das informações médicas. Esses três elementos, funcionam indistintamente, a serviço de um projeto de orientação e de compreensão do mundo. Tal processo ocorre, devido a dinamicidade própria dos gêneros, que “assim como a língua varia, também variam, adaptam-se, renovam-se e multiplicam-se” (MARCUSCHI, 2011, p. 19), aliando-se ao contexto comunicativo no qual se inserem e por isso, circulam de diferentes maneiras e nos mais variados tipos de suportes.

É exatamente essa a questão chave desse caso, uma vez que os três materiais utilizados para a escrita do texto, com a finalidade de acrescentar as informações dadas na receita, podem ser considerados como suportes incidentais (MARCUSCHI, 2003), uma vez que não foram produzidos com essa finalidade, mas podem e são, nesse caso, utilizados para a escrita de várias sequências de tipos textuais. Essa realidade reforça a tese de Marcuschi (2003, p. 01), de que “todo gênero tem um suporte, mas a distinção entre ambos nem sempre é simples e a identificação do suporte exige cuidado”, pois o suporte não determina o gênero, mas o contrário, é o gênero quem pede um suporte adequado para o alcance de seu propósito comunicativo, como neste caso, em que diante da dificuldade de compreensão apresentada pelo paciente e da necessidade de retextualizar a receita médica, o recurso mais fácil para “fixar e mostrar o texto” (MARCUSCHI, 2003, p. 10) era um desses citados.

Outra questão, talvez a mais complexa, é que considerando-se esses recursos como suportes, não têm-se ainda um gênero definido na situação, pois de fato, o que há, é um suporte inserido dentro do outro. Por não ter na literatura, a denominação para este processo, denomina-se neste estudo, de **sobreporte textual**, devido a sobreposição de diferentes espaços físicos de construção de sentidos. Há nesta formação um movimento de redefinição das configurações pré-estabelecidas para o formato desse recurso, implicando em novas possibilidades de construção de sentidos para o gênero que “suporta”, em virtude da estreita relação entre estes elementos, gênero e suporte.

Quanto as letras nas receitas, elas apresentam dificuldade de compreensão; porém, em menor nível de complexidade, o que se deve ao fato de estarem distribuídas separadamente cada item; ou mesmo no caso em que o médico fez um círculo e uma seta, afim de chamar a atenção do paciente para aquela informação específica.

Exemplo (V):

P41/UBS3: [...] às veze na caixa, anota na caixa, peço pra ele [farmacêutico] anotar na caixa, quando compro o remédio direitim. O rapaz da farmácia anota tudo direitim que a gente leva pra ele né? Ele já deixa tudo direitim pra não esquecer.

Imagem 33 e 34: Textos-base: Receitas de P41/UBS3

SEMUSA RECEITUÁRIO

NOME: [REDAZIDO] MAT: [REDAZIDO]
 ENDEREÇO: [REDAZIDO] Bairro: Solimão

0 Anapax 500mg — 7ml
 de 1 cpo 14/11

0 Fudocetabande 25mg 1 ca
 de 1 cpo 14/11

Nazária, 26, 06/11/15
 Dr. [REDAZIDO] Médico CRM Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

SEMUSA RECEITUÁRIO

NOME: [REDAZIDO] MAT: [REDAZIDO]
 ENDEREÇO: [REDAZIDO] Bairro: Solimão

0 Cetaceoxafes 200mg 1 ca
 de 1 cpo 1x/die
 pr 20 dias pr 20 dias

0 Dantamon base d f
 1x tres 2x/die

Nazária, 26, 06/11/15
 Dr. [REDAZIDO] Médico CRM Carimbo

USO EXCLUSIVO NA REDE MUNICIPAL DE SAÚDE

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Das operações realizadas na situação do exemplo (V):

- a) uma transformação do texto-base (a receita), escrito; em outro texto escrito, sem alteração na modalidade de uso da língua: *da escrita para a escrita*;
- b) mudança de gênero: da receita para a caixa de medicamentos. Assim, como nos exemplos (III) e (IV), não se têm definido o tipo de gênero que o novo texto pertence, mas considerando-se o contexto situacional e o propósito comunicativo, pode-se tê-lo como um lembrete, um recado ou aviso, em virtude de que a caixa de medicamentos exerce o papel de suporte textual.

Assim, neste exemplo (V) acontece o mesmo processo verificado no exemplo (III), quando a receita é identificada no contexto farmacêutico, em que sua retextualização envolve operações de *transformação* do texto, através de aspectos textuais-discursivos de *reformulação* do texto, ativados por meio de *acréscimos*, visto que os novos textos, juntam-se ao texto base, no sentido de solucionar as dúvidas deixadas pelo primeiro e fixar ideia na memória dos sujeitos, a fim de que ele tenha um tratamento de saúde adequado.

A dificuldade de compreensão da letra nestas duas receitas, pode estar relacionada ao fato de que, embora as informações estejam numeradas, elas estão muito próximas, mal distribuídas dentro do espaço da receita, dificultando assim, a identificação, o processamento visual e compreensão das informações.

Diante desse último exemplo de texto produzido por outras pessoas, a fim de facilitar a compreensão das informações médicas, conclui-se da importância que outras pessoas, além do próprio paciente e do médico, assumem no tratamento de saúde como um todo, desde o acompanhamento do paciente ao consultório (neste caso, um membro da família) a uma intervenção mais externa no processo de retextualização das informações da receita (as produções textuais feitas pelos farmacêuticos e atendentes das UBSs). Além dos pacientes, os médicos também ressaltam seu papel no processo. De tal modo, apresenta-os, a seguir, conforme o modo como foram devidamente referenciados, tanto pelos pacientes, como pelos médicos, durante suas representações sobre o evento de letramento consulta médica.

4.2.3.1.2.1 Os ‘outros’ presentes no processo de retextualização das informações médicas

Existem dois tipos de situações nas quais os pacientes recorrem a outros sujeitos para auxiliarem na solução das dúvidas. Na primeira é para **i)** ajudá-los a compreender a letra do

médico na receita e as informações orais dadas durante a consulta; e na segunda é para **ii)** ajudá-los a lembrar os horários de tomar a medicação em casa.

I) Primeira situação: para ajudar a compreender a letra do médico na receita e as informações orais dadas durante a consulta:

P1/UBS1: *Eu busco informação na minha irmã que é enfermeira.*

P2/UBS1: *Quando eu não entendo com o médico, [...] eu perguntei a enfermeira aqui [...] pergunto a essa moça que entrega remédio aqui. [...] a entregadeira do remédio aqui.*

P3/UBS1: *Alguma pessoa, perto de casa que sabe ler, que entende, que é costumada em médico aí eu pergunto.*

P6/UBS1: *Quando eu não compreendo eu tenho que ir no farmacêutico pra mim perguntar, pra me orientar.*

P7/UBS1: *Eu tento que vim aqui no posto e falar com uma das meninas que já entende melhor.*

P9/UBS1: *Eu volto aqui e procuro aqui [na UBS].*

P12/UBS1: *[...] sempre minha fia é quem lê pra mim. [...] ela também é técnica de enfermagem.*

P13/UBS1: *Aqui, o posto [...].*

P14/UBS1: *[...] a minha a minha menina que ela lê, tem vez que entende alguma coisa [...].*

P15/UBS1: *[...] Eu volto aqui [UBS] pra perguntar [...].*

P16/UBS2: *Se acontecer de não entender a letra do meu médico às vezes eu [...] peço ajuda a minha agente de saúde.*

P17/UBS2: *[...] eu falo com as menina aqui fora, elas explica tudo direitim [...].*

P18/UBS2: *[...] aquilo que eu não entendo aí eu peço o meu menino para olhar direitinho sabe? Aí então, peço outra pessoa que entende aquelas letras, por que tem muitos deles que não entende aquelas letra do doutor né? [...].*

P19/UBS2: *[...] eu recorro a agente de saúde [...].*

P21/UBS2: *[...] Eu procuro o agente de saúde, que ele dá uma explicaçõzinha e se ele não conseguir entender ele envia a gente novamente pro médico.*

P22/UBS2: *Tem meus filhos; e aqui no Posto [nome da atendente]; e a agente de saúde.*

P23/UBS2: *Pra minha menina... [...] quando eu chego em casa eu falo com a minha menina.*

P24/UBS2: *[...] muitas coisas quando eu não entendo eu pergunto as menina lá fora... Assim, sobre a receita num sabe? [...].*

Quando eu não entendo muita coisa na receita eu peço pra ela [atendente da UBS], que trabalha aqui.

P25/UBS2: *Às veze quando ele diz uma coisa que eu não entendo bem aí eu pergunto aqui a menina aqui que marca... [...].*

P26/UBS2: *Peço ajuda a uma pessoa que é mais informado... [...] Em qualquer lugar, uma pessoa que compreenda, a agente de saúde que sempre a gente vê, ela dá uma explicação.*

P28/UBS2: *[...] mia fia que mora perto de mim.*

P29/UBS2: *Eu volto até no posto e procuro informação com alguém que saiba.*

P30/UBS2: *[...] eu peço aqui pra menina [que trabalha na UBS]. [...].*

P31/UBS3: *Eu venho no posto.
[...] a mia menina, eu chego lá ela diz tudo, aí ela explica tudim pra mim.*

P32/UBS3: *[Nome da pessoa que trabalha na UBS] [...], eu pergunto pra ela, que ela me explica [...].*

P33/UBS3: *[...] eu falo com as menina aqui ai as menina vai lá com a receita, aí diz e eu fico aqui esperando, mais né toda vez não. [...].
Aqui é elas [atendentes da UBS], em casa é minhas filha.*

P34/UBS3: *[...] a assistente de saúde lá me explicava direitim. [...].
O meu esposo e às vezes a assistente de saúde também [...].*

P35/UBS3: *Eu peço pra minha menina às veze lá em casa lê a receita [...].*

P36/UBS3: *[...] tem que vim aqui [na UBS], pra poder perguntar novamente como é que toma pra num tomar errado [...].*

P37/UBS3: *[...] em casa eu tenho a orientação de uma pessoa mais jovem que também entende muito bem e ajuda... [...].
[...] a gente pede ajuda na comunidade com alguém que tenha mais entendimento, se a gente se complicar em alguma coisa né? [...].*

P38/UBS3: *Volto aqui [na UBS] de novo, procuro ali na farmácia, tudo de novo [...].*

P41/UBS3: *Eu tenho uma sobrinha que é estudante de enfermagem, eu sempre eu pergunto pra ela... Eu levo lá onde ela mora em Teresina aí ela me esclarece tudim, alguma duvida que eu tenho, já peço pra ela, ela me esclarece.*

P42/UBS3: *[...] passo ali na farmácia, torno a lembrar de novo, aí sempre eu fico bem atenta.
Agente de saúde.*

P43/UBS3: *Meu esposo.
[...] sempre quando eu num entendo, meu esposo entende, que ele sabe mais, que ele também já trabalhou numa clínica lá em Teresina, aí sempre quando eu num entendo muito, assim num compreendo a letra ele sempre ajuda [...].*

P44/UBS3: *As menina que fica lá fora [da UBS] [...].*

P45/UBS3: *[...] eu venho [a UBS] e pergunto essas menina [que trabalham na UBS], aí elas vão e me explicam [...].*

II) Segunda situação: para ajudar a lembrar os horários de tomar o remédio em casa:

P4/UBS1: [...] *Eu pergunto pra meu esposo cumá é!*

P5/UBS1: [...] *Eu procuro pro meu fie ou pra minha mãe, [...].*

P10/UBS1: [...] *quando eu não me alembro, meu filho tá ali pra me orientar.*

P12/UBS1: [...] *mia fia [...] ela também é técnica de enfermagem.*

P17/UBS2: [...] *os meu filhos [...].*

P26/UBS2: *A muié, a esposa é quem orienta, 'tem que tomar essa hora, desse jeito', por que eu sou esquecido como quê.*

P32/UBS3: *Eu sou difícil demais pra tomar remédio no horário certo, que eu sou danada de esquecer as coisas. Meu marido. É ele que fica no meu pé direto pra tomar o remédio na hora, porque se num fosse ele...*

P33/UBS3: *Às veze eu lembro e às veze eu esqueço [...] eu tenho umas menina em casa que elas entende. Elas já tem o ensino médio, elas entende tudim, aí dá tudo direitim.*

P34/UBS3: [...] *Às veze eu num lembro o horário não, é meu esposo que explica direitim o horário certo.*

P37/UBS3: [...] *em casa eu tenho a orientação de uma pessoa mais jovem que também entende muito bem e ajuda... [...].*

P45/UBS3: [...] *ai minha menina diz é 'tal hora, tal hora', aí eu já peguei a base dos horários, da hora [...].*

Nas duas situações, principalmente na segunda, é geralmente um membro da família que auxilia nesse processo, visto que acontecem totalmente em ambiente doméstico, fato que demonstra o caráter social e ideológico das práticas escritas integradas à vida das pessoas no universo familiar, interferindo em seus modos de interagir entre si, conforme também apontou Lopes (2006). As práticas de letramento desenvolvidas em torno desses escritos, implicam, inclusive, em possibilidades de socialização e formação cultural dos agentes envolvidos na situação, uma vez que ao discutirem sobre problemas de comunicação no contexto médico, envolvem-se em questões de ordem política, econômica e cultural do País.

Uma leitura depurada de todas essas falas dos pacientes possibilitou elencar exatamente quem são esses 'outros' sujeitos, distribuindo-os conforme os contextos em que intervêm com algum tipo de produção textual (oral ou escrita). Veja-se no Quadro 09, abaixo esses sujeitos, os quais corroboram para a criação de uma rede de práticas de letramento:

Quadro 09: Os ‘outros’ sujeitos que auxiliam na solução das dúvidas relativas à letra do médico e à lembrança de seguir a medicação em casa

OS SUJEITOS	
EM AMBIENTES DOMÉSTICOS	EM OUTROS ESPAÇOS
Filhos (as)	Enfermeiro (a)
Mãe	Técnicas de enfermagem no posto de saúde ³⁹
Esposo (a)	Auxiliares de enfermagem no posto de saúde
Sobrinhos (as)	Atendente do posto de saúde
Vizinhos	Moça da farmácia do posto de saúde: “ <i>a entregadeira do remédio</i> ” (P2/UBS1)
	Agente de saúde/assistente de saúde
	Pessoa da farmácia (atendente/vendedor)
	Farmacêutico

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Conclui-se, pela listagem dos dados, que a busca de ajudas é uma tônica comum a esses pacientes. Na primeira situação, 36 sujeitos relataram o fato; na segunda situação, foram 11, o que resulta em um grande número de constatações do problema. Esta grande diferença entre a quantidade de pacientes que ilustraram a primeira situação para a segunda (25 a mais), corrobora para a discussão principal deste estudo, de que o problema da compreensão da linguagem, principalmente escrita, é um fator preponderante entre esses grupo de pessoas.

Considera-se, que a grande recorrência desse fato decorre da postura dos próprios médicos, que muitas vezes transferem suas responsabilidades de esclarecer as dúvidas dos pacientes para esses outros sujeitos. Alguns pacientes (P14/UBS1; P21/UBS2 e P35/UBS3) já mencionaram isso em seus relatos; e os próprios profissionais também assumem o que fazem:

M1/UBS1: [...] às vezes quando sai na porta eu peço pra [nome da pessoa], que é a minha *técnica*, que eu digo que é minha, que sem ela eu não vivo, que ela me ajuda muito, ela explica novamente [...]. Tem a **moça da farmácia** também, que ela já trabalha, as menina entende, explica novamente [...].

M2/UBS2: [...] você tem sempre que se acudir com **alguém da família**, ou eu peço pro **agente de saúde**, eu transfiro sempre essa responsabilidade pro agente, nesse ponto, os agente de saúde são extremamente úteis, são muito bons, e meus agente de saúde todos, quando eu digo: ‘olha essa pessoa tá precisando de ser acompanhada, pra tomar a medicação direito ou é preciso de cuidados especiais’, os meus agentes, normalmente fazem essa cobertura muito perfeito, até hoje não deu problema nenhum a esse respeito.

M3/UBS3: [...] eu peço, às vezes a minha **atendente** pra ajudar na explicação.

³⁹ Neste caso, optou-se por utilizar a expressão ‘posto de saúde’, ao invés de ‘Unidade Básica de Saúde (UBS)’, como vem sendo referido ao longo do texto, como uma forma de manter a originalidade da ideia dos pacientes, uma vez que eles reconhecem e referem-se ao lugar sempre com a primeira denominação.

O conteúdo desses relatos é oportuno de ser trazido neste ponto da discussão, uma vez que aqui percebe, pela voz dos próprios médicos, que as dificuldades de compreensão da letra ou do modo de seguir a medicação, que ecoaram das inúmeras vozes dos pacientes ao longo de suas representações, têm, de certo modo, uma justificativa de sê-lo. No então, duas breves reflexões podem ser feitas dessa questão:

a) Se os médicos concebem e praticam a questão dessa maneira, de certo modo, eximindo-se do cumprimento de seu papel, isso pode reforçar muitos dos problemas de relação com os pacientes, inclusive jurídicos, como se tem presenciado muito atualmente;

b) Em contrapartida, se esta for uma situação comedida, pode ser favorável ao andamento do processo como um todo, ou seja, se houver essa articulação entre os diferentes segmentos do contexto hospitalar, isso pode ajudar a resolver muitos problemas, como por exemplo, aqueles mencionados por M1/UBS1, dos pacientes que moram distante das UBSs, idosos, deficientes visuais, diabéticos, e que por isso, tomam a medicação de forma incorreta, ou mesmo deixam de tomar. Nestes casos, a presença do agente de saúde, pode ser fator fundamental no esclarecimento de dúvidas e orientação para a superação das dificuldades.

De tal modo, em reconhecimento da dualidade que a questão pode apresentar-se, o fundamental é contorná-la, através do bom senso e do discernimento acerca dos limites da atuação de cada profissional no tratamento do paciente, e principalmente, as responsabilidades a serem devidamente assumidas, prevendo os prós e os contras da situação.

Portanto, após apresentarem quem são esses ‘outros’ sujeitos que auxiliam os pacientes na compreensão das receitas, e dos desdobramentos que isso traz, a partir do contexto pesquisado e da fala dos médicos, discute-se a seguir, sobre as estratégias e/ou mecanismos não verbais criadas pelos pacientes para a compreensão das informações.

4.2.3.2 Estratégias e/ou mecanismos não verbais

Compreende-se como estratégias e/ou mecanismos não verbais, aquelas ações realizadas pelos pacientes, em diversos contextos enunciativos, nos quais lidam com o gênero receita médica (texto), associando-o a outras formas de comunicação, que não manuseiam diretamente com o texto, como material linguístico concreto, mas ainda assim, são capazes de auxiliar no processo de compreensão da leitura e da escrita de um texto, implicando também uma relação de complementariedade entre diferentes materiais, o verbal (a receita médica) e o não verbal, no processo de construção de sentidos por meio da linguagem. Baseando-se neste

entendimento, expõe-se, aqui, as ações de retextualização da receita médica, descritas pelos pacientes, com vistas à compreensão das informações relacionadas a esse gênero.

4.2.3.2.1 Ações descritas pelos pacientes para entender a receita

O exemplo abaixo, retirado do *corpus*, é bastante ilustrativo da forma como alguns pacientes criam estratégias e/ou mecanismos não verbais de retextualização das ações relacionadas à receita médica, seja para compreender a letra ou lembrar o modo e horário de seguir a medicação, informações que estão presentes no gênero. Nesse exemplo, o sujeito associa o processo de compreensão dessas informações, a diferentes possibilidades de domínios letrados presentes em seu cotidiano.

Exemplo (VI):

P2/UBS1: *Não, eu nem tenho muito [facilidade de lembrar o horário de tomar o remédio], porque eu sou doente de pressão alta, mas eu, por exemplo, eu vou receber esse aqui que o que ela passou hoje, eu vou receber o da pressão alta, o da pressão alta são dois viu? Tem um que é 3 por dia, outro é só um, na hora que eu recebo eu pergunto logo a moça que entrega qual é o de eu tomar só um, por que eu posso esquecer, eu separo logo, o de eu tomar 3 eu boto dum lado; e o de eu tomar 1 eu boto do outro, tá entendendo? Separo logo. Até lá mermo no lugar do remédio lá, na gaveta, eu boto um aqui e outro aqui, nos dois lados. É pra mim não confundir, pode até eu tomar de um duas vezes do que é pra não tomar, eu posso tomar duas e não dá bem né?*

Imagem 35: Texto-base: Receita de P2/UBS1

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Das operações realizadas na situação do exemplo (VI):

- a) nesse caso, as operações de transformação do texto-base (a receita), escrito, não envolvem a leitura literal do código escrito formal, embora haja uma alteração na

modalidade de uso da língua: *da escrita para a oralidade*. A transmutação para esta modalidade envolve a realização de estratégias cognitivas e sociointeracionais, na reconstrução das informações, a fim de compreendê-las, de modo sistemático e atrelado as ações do seu dia a dia. A receita é compreendida, a partir de uma explicação oral, e com base nisso, os mecanismos que o sujeito utiliza advém de seus domínios letrados sobre o mundo, que lhe possibilita operar com complexas atividades que envolvem a escrita, mesmo sem o pleno domínio desta;

- b) estratégias associativas entre **linguagem x espacialidade x quantidade**, o que envolve a realização de inferências, comparações, associações, entre outros mecanismos necessários para organizar as informações do mundo da escrita;
- c) mudança de gênero: da receita para **relatos cotidianos e ações aplicadas às circunstâncias** (gêneros orais espontâneos), baseadas em uma orientação funcional e procedimental, conforme uma regulação mútua de comportamento e agir no mundo, o que caracteriza os gêneros de tipologia injuntiva (ADAM, 1992; BRONCKART, 2012; DOLZ; SCHNEUWLY, 2004).

Diante dessa situação, considera-se que os aspectos textuais discursivos de retextualização das informações da receita, organizam-se, principalmente, por meio de operações de *transformação* do texto, envolvendo aspectos textuais-discursivos de *reformulação*, a partir de uma *reordenação* das informações relacionadas ao texto-fonte; *acréscimos*, visto que os novos textos, juntam-se ao texto base, no sentido de complementar à mensagem, o que não equivale a uma *substituição*, ou uma *eliminação* (envolve aspectos textuais-discursivos de *idealização* do texto), pois o que ocorre é um reajuste na forma de organização das informações, demarcadas primordialmente, pela mudança no gênero, que ao transmutar-se, assume características do novo texto.

Quanto a letra na receita, pode-se considerar que M1 tem uma caligrafia razoavelmente fácil de ser compreendida (ressaltando-se novamente, que nesse caso isso não ocorra porque P2 não domina o código), pois os nomes estão bem distribuídos dentro do espaço da receita; cada informação nova, apresenta-se sob uma numeração e um recuo que a diferencia das demais; e, principalmente, os desenhos do sol e da lua na receita configuram aquilo que M1 (assim como M3) diz que utiliza para facilitar a compreensão do paciente, o que, nesse caso, é bastante coerente, pois P2 é analfabeto e, portanto, a compreensão das informações por meio de outros tipos de linguagens presentes em seu cotidiano, que dispensem a leitura formal do código, constitui uma estratégia fundamental para a ativação do sentidos, da memória e da compreensão das informações relativas a receita.

4.2.4 Algumas considerações (parciais) sobre a Análise 02

Como tentativa de reconhecer e manter um *continuum* entre práticas e eventos de letramento e modalidades de uso da língua (oral ou escrita), a exemplo de Marcuschi (2010a [2001]), nesta *Análise 02*, empenhou-se em tratar das formas, estratégias ou mecanismos que os pacientes recorrem para compreenderem a letra do médico presente no gênero receita médica e as demais informações relacionadas a esse gênero nos usos cotidianos.

Essa continuidade analítica dos dados teve por finalidade aprofundar a discussão sobre letramentos, aplicada a observação das práticas de retextualização das informações da receita médica, quando os pacientes lidam com o oral e o escrito, *continuum* tipológicos básicos dos estudos dos *New Literacy Studies* (Novos Estudos do Letramento - NLS), em que esse processo é concebido como Prática Social (LPS), fundada nos usos, lugar onde os gêneros textuais ganham suas formas linguísticas e discursivas. Para Soares (2002, p. 145-146):

O que esta concepção acrescenta [...] é o pressuposto de que indivíduos ou grupos sociais que dominam o uso da leitura e da escrita e, portanto, têm as habilidades e atitudes necessárias para uma participação ativa e competente em situações em que práticas de leitura e/ou escrita têm uma função essencial, mantêm com os outros e com o mundo que os cerca formas de interação, atitudes, competências discursivas e cognitivas que lhes conferem um determinado e diferenciado estado ou condição de inserção em uma sociedade letrada.

Desse modo, pelas relações que estabelecem nos contextos de letramento, as ações dos sujeitos vão sendo construídos a partir das vozes dos outros, através de processos comunicativos intrincados e dialógicos, nos quais as manifestações mais elaboradas da língua, oral ou escrita, “surgem nas condições de um convívio cultural mais complexo e relativamente muito desenvolvido e organizado (predominantemente a escrita)” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 263). Nesse caso, a manifestação escrita que entremeia a relação médico e paciente é, fundamentalmente, o gênero discursivo receita médica, de natureza secundária, conforme classificação bakhtiniana, constituindo-se como via comunicativa de desdobramentos diversos na vida social do sujeito, como comprar o remédio, seguir os horários de tomá-los etc., entre tantas outras aberturas de produção discursivas, verificadas nas retextualizações que os sujeitos fazem desta peça escrita.

Assim, partindo-se do princípio de que os gêneros são fenômenos históricos que se relacionam a aspectos culturais e que a língua é manifestação do discurso na enunciação e decorrência das ações do homem em suas interações sociais, considera-se que o processo de retextualização (ou refacção e reescrita) de gêneros textuais traz à tona a necessidade de se refletir sobre a situação de produção de texto como parte integrante do gênero e também sobre as esferas de atividades em que os gêneros se constituem e atuam. (DELL'ISOLA, 2007, p. 12)

Partindo, portanto, das situações de produção e, principalmente recepção desse gênero, é que se buscou percorrer seus passos dentro das práticas comunicativas, orientando-se pelos processos de letramento social dos sujeitos, na maneira como eles lidam com a língua, articulando e mobilizando saberes, em processos de retextualizações que envolvem mudanças, principalmente no tipo de texto proposto para uma nova organização das informações.

Nesse percurso, foram apresentadas as situações de seis pacientes, que se envolveram em situações de retextualização das informações presentes na receita, sendo 5 (cinco) alfabetizados e 1 (um) analfabeto, fato que teve um peso determinante nessa discussão, em virtude de que os processos de retextualização partem diretamente de uma reflexão crítica a letra do médico, ou seja, ao código linguístico, e, portanto, o fato de saberem ler constitui como uma prerrogativa e também uma defesa ou apoio para seus argumentos, atribuindo que a dificuldade reside na letra do médico, ou seja, o problema parte das ações do profissional, pois se não o fosse, se as letras fossem legíveis, seria compreensível, visto que eles dominam formalmente o código.

Os cinco pacientes que sabem ler (P22/UBS2; P40/UBS3; P17/UBS2; P24/UBS2 e P41/UBS3), desenvolveram estratégias e/ou mecanismos verbais nos processos de retextualização da receita médica, como por exemplo, **a)** textos criados por eles mesmos para compreender a receita; ou **b)** recorreram a textos de outras pessoas para compreender a receita; enquanto somente o paciente que não sabe ler (P2/UBS1), é que desenvolveu estratégias e/ou mecanismos não verbais nos processos de retextualização da receita médica, por meio de **a)** ações mais gerais, que evidenciam sua habilidade reflexiva de ler e interagir com o mundo, para além da palavra, conforme os termos freireanos.

A conclusão disso é que diante das manifestações e da complexidade atreladas ao uso da escrita, sobressai-se, com mais vigor, os comportamentos e as habilidades letradas de cada sujeito, o que nem sempre está relacionado diretamente com sua desenvolvultura com práticas de alfabetização escolarizadas, discussão que se assenta sob o afã de considerar, de acordo com Kleiman (1998), que as práticas de letramento assumem diferentes significados em decorrência da agência de letramento em que acontecem e conforme o modelo ideológico,

uma vez que elas “são aspectos não apenas de uma cultura, mas também das estruturas de poder numa sociedade” (KLEIMAN, 1995, p. 38), e que, por isso, também, a questão do letramento se tornou de “interesse social” (p. 15), fato que se constatou nesta pesquisa.

Dos aspectos caros a serem destacados das retextualizações das informações relativas à receita médica, merece destaque algumas regularidade de organização dos processos:

- a) Em todas as situações, mantêm-se a questão da perspectiva e dos propósitos comunicativos previstos pelos sujeitos, uma vez que o que é alterado é a maneira como a informação será lida, no entanto não interfere em seu conteúdo. Ou seja, o objetivo é a compreensão, seja ela escrita em um frasco de medicamentos ou numa receita médica padronizada. Por conta disso, não são percebidos desvios de propósito, apenas reajustes e readaptações durante o processo, elegendo-se novos caminhos de leitura, de acordo com as particularidades da situação;
- b) Nesse processo, as novas produções textuais acrescentam-se a leitura do texto-base, no sentido de reformulá-lo ou ampliar suas possibilidades de construção, mas não o substituem, em virtude de que esses novos textos produzidos atendem apenas a situações comunicativas muito específicas, que restringem-se ao âmbito particular dos pacientes (leitores);
- c) A participação de outros sujeitos nesse processo evidencia e reforça a questão da dialogicidade na linguagem e da interação entre os sujeitos que, no contexto pesquisado, acontece não só entre médicos e pacientes, conforme as representações demonstraram, mas também e, fundamentalmente fora dos consultórios, quando as complexidades do mundo da leitura (as dificuldades de compreensão da letra do médico) se apresentam como empecilhos para a realização de algumas práticas sociais de linguagem, questão que geralmente é superada, pela atitude letrada de cada sujeito, lendo e transformando o mundo em geral, e por consequência, seu caso particular.

Em síntese, nos seis exemplos apresentados ocorrem processos de transformação com a linguagem, implicando em uma redistribuição das propriedades do texto, que alocado em um novo gênero, mantém a perspectiva comunicativa, mas adequa-se aos novos moldes de circulação e distinção linguística específico do novo texto no qual se apresenta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem não tem um território interior soberano, está todo e sempre na fronteira, olhando para dentro de si ele olha *o outro nos olhos* ou *com os olhos do outro*. [...] Revelou-se o papel do outro, só à luz de quem é possível construir qualquer discurso a respeito de si mesmo. Revelou-se a complexidade do simples fenômeno da contemplação de si mesmo no espelho: com os próprios olhos e com os olhos do outro ao mesmo tempo, **o encontro e a interação dos próprios olhos com os olhos do outro, a interseção de horizontes (do seu e do outro), a interseção de duas consciências.**

[pois]

Tudo é meio, o diálogo é fim. Uma só voz nada termina e nada resolve. Duas vozes são o mínimo de vida, o mínimo de existência.

(BAKHTIN, 2011 [1979], p. 341-343) (Itálico: do autor; Negrito: Grifos meus)
(BAKHTIN, 2013 [1929], p. 293)

Revisitando os alicerces definidos para a construção desta pesquisa – as hipóteses, os objetivos, as perguntas de pesquisa e as motivações para a realização do estudo -, baseados nas possibilidades encontradas nos estudos da linguagem, nestas considerações finais objetivava-se retomá-los e, a partir disso, apontar algumas considerações pertinentes à defesa e o fortalecimento dos Novos Estudos do Letramento, com base nos modos como médicos e pacientes processam as informações trocadas durante o evento de letramento consulta médica, tendo como foco a compreensão do tratamento de saúde como um todo.

A discussão desenvolveu-se então, em torno do seguinte problema: durante o evento de letramento consulta médica, o paciente efetivamente compreende as instruções do médico a partir da prescrição, tanto oral, como escrita? Para respondê-la, analisou-se as entrevistas de médicos e pacientes, nas quais eles trazem suas **a)** representações sobre o evento de letramento consulta médica, mencionando diversos aspectos relacionados a leitura e a escrita, que possibilitaram problematizar e aprofundar olhares específicos sobre a questão; e **b)** as retextualizações do gênero discursivo receita médica, como principal *lócus* de conflito dessa relação, e que, por isso, os pacientes desenvolvem diferentes estratégias e mecanismos de releituras das informações orais ou escritas, com vistas a uma plena compreensão, que resulte no sucesso do tratamento de saúde. (Para ilustrar toda essa discussão, as imagens das receitas médicas foram sendo postas em leitura, conforme expressassem o sentido e os significados das ações letradas relatadas pelos agentes de letramento).

A variedade dos dados analisados neste trabalho possibilitou o entendimento de que os níveis de letramento escolar ou escolarização dos sujeitos - médico e pacientes - variam conforme suas experiências com a escola formal (alfabetização); no entanto, todos eles, são detentores de letramentos sociais. Em particular os pacientes, que possuem domínios

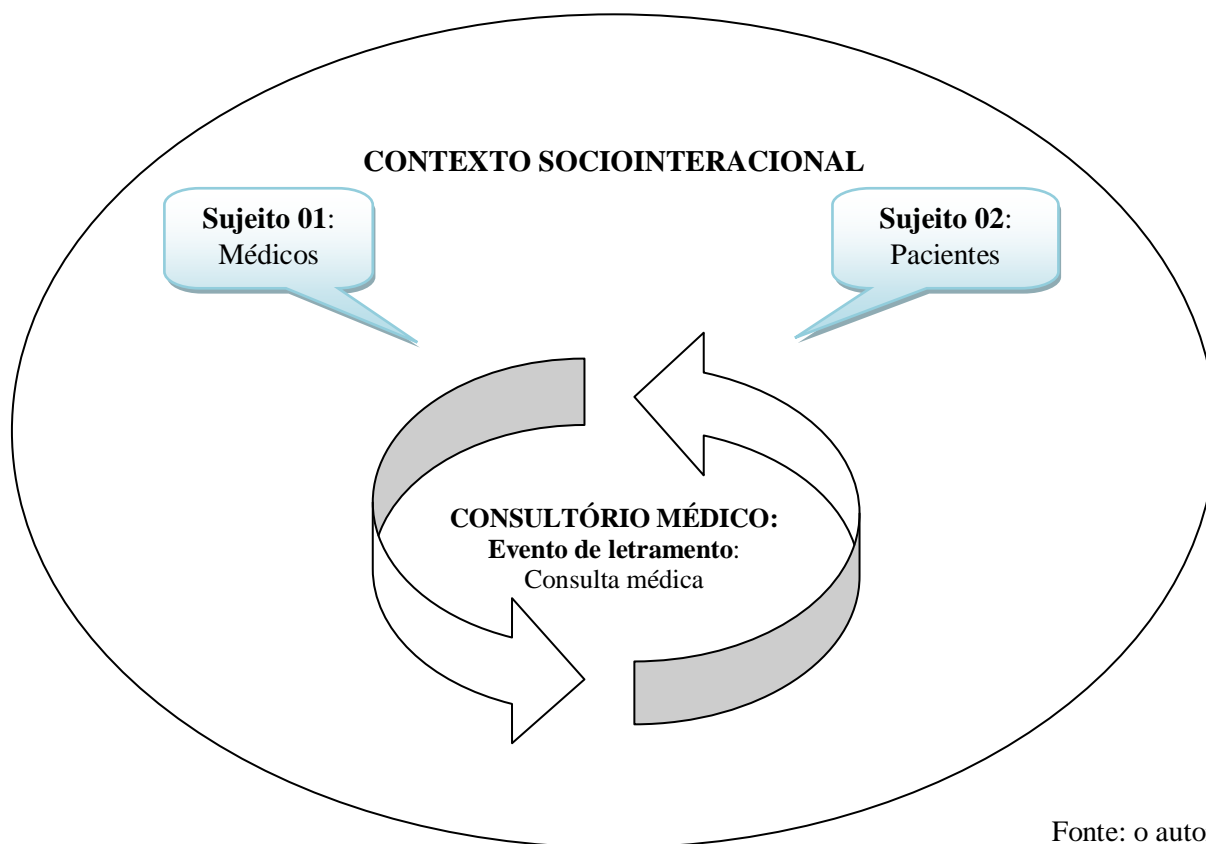
peculiares dos quais lançam mão, tanto para interagir com o médico durante o evento de letramento consulta médica, bem como para lidar, de forma estratégica, com as informações escritas na receita, que orientam a compra e a tomada da medicação.

A realidade observada nas três UBSs pesquisadas e a prevalência nos dados aqui apresentados demonstra que uma das questões mais conflituosas que aparece na relação entre médicos e pacientes é a comunicação, nas modalidades oral ou escrita, que pode muitas vezes não serem claras e trazerem problemas de compreensão para os pacientes. O problema mais grave é observado na modalidade escrita, manifesta na letra escrita no gênero receita médica. Tanto os pacientes como os médicos apontaram para isso. Os primeiros em tom de reclamação e descontentamento, mas, ainda assim, assumem uma postura crítica e letrada na forma como buscam transpor o problema e apontar soluções para superá-lo. Os segundos reconhecem o problema, e, de certo modo, assumem sua responsabilidade com a situação. Embora também digam que buscam criar estratégias para resolvê-lo; percebe-se ainda, que há a manutenção de uma cultura de preservação da face, posicionando-se como guardiões de um território de ocupação social, conforme os padrões historicamente postulados.

Essa visão, advinda da leitura e da análise crítica dos dados, busca se alinhar também à noção de linguagem adotada para esse estudo, apoiada em Bakhtin (2009 [1979] / 2011 [1979]), para quem as relações são construídas de modo dialógico, por meio de ações compartilhadas, em que um age responsivamente ao outro. Isso significa que até mesmo a escuta silenciosa e o ficar calado são uma resposta. Desse modo, considera-se que a compreensão oriunda da relação entre médico e paciente se dá de modo colaborativo, por meio de exames, diagnósticos, conversas, prescrições e encaminhamentos ocorridas no evento de letramento consulta médica e que direcionam o tratamento de saúde e as resoluções práticas no andamento da vida dos pacientes, tendo em vista que “compreender a enunciação de outrem significa orientar-se em relação a ela, encontrar o seu lugar adequado no contexto correspondente” (BAKHTIN, 2009 [1929], p. 137) e, portanto, “qualquer tipo genuíno de compreensão deve ser *ativo*, deve conter já o germe de uma resposta” (p. 136). E é isso o que acontece: o paciente, ainda que não compreenda totalmente a informação, orienta-se pelo que o médico diz, e como resposta a essa compreensão, encontra uma melhoria para o seu problema de saúde, agindo conforme os domínios letrados que possui sobre o mundo.

Considerados os modos de representação do evento de letramento consulta médica, evidenciados na *Análise 01*, e das retextualizações do gênero receita médica, apresentadas na *Análise 02*, pode-se depreender o seguinte entendimento sobre o contexto situacional pesquisado, conforme essa Figura 2:

Figura 2: O quadro situacional de realização das práticas de letramentos



Esta figura reúne os elementos que constitui o todo situacional de realização do evento de letramento consulta médica, identificados na pesquisa. Dentro desse quadro mais amplo (contexto sociointeracional), situa-se o contexto específico (consultório médico), onde se realizam os eventos de letramento, e dentro destes, as práticas de letramento. Conforme proposto nessa figura, esse evento possui duas faces (dois lados), construídos a partir das representações, tanto dos médicos, quanto dos pacientes. De diferentes lugares sociais e sob perspectivas distintas, eles vão ‘dizer’ suas representações sobre as interações acontecidas em um mesmo evento (a consulta médica). Isso se deve, em grande parte, pelos diferentes graus ou níveis de letramentos que eles possuem, e também, pelos propósitos distintos que essas duas categorias de sujeitos sociais possuem ao falar sobre um mesmo fenômeno.

Pode-se dizer a partir disso que através do letramento, os sujeitos “mantêm com os outros e com o mundo que os cerca, formas de interação, atitudes, competências discursivas e cognitivas que lhes conferem um determinado e diferenciado *estado* ou *condição* de inserção em uma sociedade letrada” (SOARES, 2002, p. 146). Destaca-se disso, a questão da alteridade e da interação social, aspectos fundantes da noção bakhtiniana de linguagem, e na

qual o letramento é visto como uma prática social interacional, que busca reconhecer e valorizar os sujeitos em seus contextos e experiências com a leitura e a escrita.

Deste modo, assim como a palavra, que segundo Bakhtin (2009 [1929], p. 117), “comporta *duas faces*”, neste estudo, o evento de letramento consulta médica, assumiu uma caracterização semelhantes (conforme a Figura 02), uma vez que as reflexões sobre ele foram tecidas a partir do jogo de representações, sob a visão dos pacientes e dos médicos, buscando, por meio desses diferentes olhares, conjugar a ideia de que ele constitui um espaço de interação social, no qual a presença da escrita, transcende a materialidade do código e possibilita que os sujeitos se inscrevam no mundo, através de ações dialógicas.

Quando os pacientes trazem suas representações, eles o fazem por meio de uma postura de concordar ou não, com o modo como o médico se comunica com eles, por meio de uma sequência de organização discursiva, que pode ser dividida em três etapas: **a)** narração sobre os fatos; **b)** comentários/argumentos; e **c)** soluções para o problema. Por exemplo, quando P25/UBS2, diz: “às veze eu entendo bem e às veze eu num entendo”, bem como muitos outros pacientes expressam a mesma opinião; eles demonstram um discernimento crítico, de saber o que é certo, errado, ou mesmo, um ideal do que poderia ser uma escrita médica legível e compreensível, o que implica em considerar o modo como o médico escreverá. Daí a compreensão ser também, uma atividade metalinguística.

Então, no geral, eles compreendem a partir de uma avaliação, que fazem até mesmo, da própria incompreensão, ou seja, eles têm a exata noção daquilo que compreendem e do que não compreendem, bem como os responsáveis por isso, seja: **a)** eles mesmos, por não saberem ler; ou **b)** os médicos, pela forma como se comunicam. Este domínio independe do saber ler, pois mesmo os pacientes analfabetos, conseguem realizar algum tipo de leitura, como por exemplo, o tamanho da letra, a localização no papel, a quantidade de letras (palavras) e linhas escritas e, por fim, reconhecem a importância e do significado social que aquele papel (a receita) representa para o tratamento de saúde e na sua vida como um todo.

Ao fazerem esse tipo de discernimento, os pacientes demonstram ter certo domínio discursivo sobre o evento de letramento consulta médica como um todo, demonstrando um grau de compreensão. Quando se referem à escrita materializada na receita, o fazem de modo metonímico, ou seja, tomam-na por todo o processo, demonstrando que eles conhecem a dimensão contextual de produção daquela peça escrita, que, em sua concretização, representa um modo de agir sobre o mundo. Deste modo, a receita tem papel-chave nesse cenário letrado, simbolizando o processo comunicativo entre médico e paciente, visto que ela sumariza o encontro entre eles, sendo uma ponta final desse encontro, com desdobramentos

em sua vida social, em casa, no trabalho etc. Mesmo quando se referem apenas ao material linguístico, tomando-o como a letra do médico, “*essa letra aqui*” (P25/UBS2), é possível afirmar que não se trata apenas de um apontamento para o texto, mas é uma forma concreta de expressarem suas opiniões sobre a escrita do médico, avaliando como ela está sendo apresentada naquele momento.

Percebe-se, na representação de cada paciente, que os usos da língua e as formas de interação entre eles e os médicos são questões que realizam guiados por aspectos subjetivos, o que implica considerar, não somente as condutas pré-determinadas pelo evento de letramento consulta médica, mas, e principalmente, os discernimentos, as atitudes compartilhadas (ou não), os comportamentos, as divergências, os acordos, as percepções, as condutas, enfim, as ações que fazem com que cada sujeito se torne ativo em seus usos das linguagens.

Essas ações puderam, então, ser mais bem expressadas por meio de todas as estratégias que esses sujeitos criam para superar os limites impostos pelo mundo da linguagem médica, e ao mesmo tempo, superando-se a si mesmo, demonstrando elevado nível de letramento e compreensão crítica e reflexiva do mundo. Desse modo, eles lidam com a situação, por meio de associações, inferências, comparações, avaliações, entre outras estratégias, que possam resolver o problema imediato de compreensão das letras do médico, bem como contribuir para o sucesso, em longo prazo, no tratamento de saúde, como, por exemplo, sugestões para a interferência positiva no processo: falar de forma clara e pausada, escrever melhor, digitar, escrever em letra de fôrma etc.

Sob a ótica dos médicos, o evento de letramento consulta médica ganha outra roupagem; constrói-se a segunda face da realidade interacional representada por seus depoimentos. Emparelhando-se aos discursos dos pacientes, eles também situam uma diversidade de práticas de letramentos dentro da consulta e o modo como se portam. Ao relatarem sobre isso, percebe-se uma série de aspectos relevantes de serem considerados: **a)** reconhecem o problema da comunicação; **b)** apontam para algumas de suas principais causas, atribuindo ao domínio da leitura e da escrita; **c)** as implicações disso, tanto na comunicação durante a consulta, como no tratamento posterior; **d)** relatam as estratégias que dizem desenvolver, com vistas a diminuir os problemas de compreensão; e por fim, **e)** se posicionam como autorreferência no processo, e de certo modo, assumem suas responsabilidades sobre o problema, o que não quer dizer também, que demonstrem interesse em mudar de postura.

As expressões de letramento advindas das ações desses sujeitos são decorrentes, em grande parte, do processo de escolarização que tiveram, ou seja, eles detêm o letramento escolar, e a maioria de suas ações são orientadas pela perspectiva do sujeito alfabetizado, que

possui o domínio do código, o que contrasta com os pacientes que, muitas vezes, não tem o mesmo domínio formal da língua, e por conta disso, há divergências nos usos, gradações nas formas de expressão e comunicação, que se não forem revistas, podem prejudicar todo o processo de tratamento de saúde, que está intimamente ligado a comunicação.

Um aspecto fundamental desse diálogo trazido pela representação do paciente e do médico, é que tornou possível confrontar ou checar as informações de um com as dos outros. Por exemplo, das contradições observadas pode-se destacar que, embora os três médicos digam que buscam ter uma boa interação e comunicação, que realizam estratégias que viabilizem a compreensão por parte dos pacientes; estes, em grande número, e em diversas situações relatadas nas entrevistas, apontam para os problemas que vivenciam, principalmente aqueles relacionados à letra do médico escrita na receita ou em qualquer outra peça escrita construída durante o evento de letramento consulta médica.

Quantitativamente, o número dessas reclamações varia de uma UBS para outra, conforme, observa-se no Quadro 10, abaixo:

Quadro 10: Síntese quantitativa e percentual do número de pacientes que acusaram problemas de compreensão da linguagem médica (oral ou escrita), distribuídos por cada UBS

UBS1		UBS2		UBS3	
Número de pacientes		Número de pacientes		Número de pacientes	
P2/UBS1 <i>*Reclamou, mas, de uma situação com M2, assim será contabilizado para o referido médico.</i>	P E R C E N T U A L (%)	P17/UBS2	P E R C E N T U A L (%)	P32/UBS3	P E R C E N T U A L (%)
P5/UBS1		P18/UBS2		P33/UBS3	
P6/UBS1		P19/UBS2		P34/UBS3	
P7/UBS1		P20/UBS2		P35/UBS3	
P8/UBS1		P21/UBS2		P36/UBS3	
P9/UBS1		P22/UBS2		P37/UBS3	
P10/UBS1		P23/UBS2		P38/UBS3	
P11/UBS1		P24/UBS2		P39/UBS3	
P12/UBS1		P25/UBS2		P40/UBS3	
P13/UBS1		P26/UBS2		P41/UBS3	
P14/UBS1		P27/UBS2		P42/UBS3	
P15/UBS1		P28/UBS2		P44/UBS3	
		P29/UBS2		P45/UBS3	
		P30/UBS2			
TOTAL DE PACIENTES QUE RECLAMARAM DE SEU RESPECTIVO MÉDICO		05 33,33%		13 <i>*Incluindo o, caso mencionado na coluna 01</i> 86,66%	

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Importante frisar diante desse quadro, que não necessariamente as reclamações foram diretas da letra do médico da respectiva UBS, mas são relatos nos quais os pacientes reconheceram e legitimaram o problema de compreensão da linguagem médica, de modo geral. No **Quadro 07**, nas páginas 168-169, têm-se exatamente, aqueles que reclamaram de seu respectivo médico, os quais estão inclusos neste **Quadro 10**. Para diferenciá-los, aqui eles estão em negrito. (Resumindo: os que estão em negrito são os que reclamaram da letra do médico que lhe atendeu na UBS; e os que não estão em negrito, são os que reclamaram da linguagem médica, mas de um modo geral, a partir de outras experiências).

A leitura desses dados deve ser feita, portanto, articulando-se com a atitude dos médicos ao longo de todo o percurso analítico da pesquisa, em que:

a) M1 demonstrou preocupar-se mais em falar sobre o assunto, durante a entrevista (extensão desta: 10min. 15s); preocupa-se com o contexto sociocultural dos pacientes, e diante de cada realidade diagnosticada, cria diferentes estratégias de abordagem, de explicar a letra escrita na receita e de orientá-los para o modo de seguir a medicação em casa. Isso se alinha com o número de apenas 5 pacientes que reclamaram da comunicação com M1.

b) M2, embora tenha falado bastante (entrevista de 05min. 54s), no entanto, foi muito breve quanto às estratégias específicas que utiliza, mencionou apenas em linhas gerais, embora tenha demonstrado também preocupação com o contexto sociocultural dos pacientes, mencionando, principalmente, a questão da ausência da leitura. Essa postura pode ser alinhada com o número de 13 pacientes que reclamaram da comunicação com M2.

c) E M3, que foi muito breve em sua entrevista (02min. 01s), e por isso, falou pouco de cada aspecto abordado, mas ainda assim, mencionou algumas estratégias específicas de abordagem da forma de tomar a medicação em casa. Isso pode ser condizente com o número de 10 pacientes que reclamaram da comunicação com M3.

Com isso, há uma coerência entre os números do quadro acima e a forma como os médicos disseram que atuam. O que fica mais evidente, e pode ser considerado, portanto, como o diferencial para o sucesso nessa relação, são as **formas de abordagem do paciente** e as **estratégias para explicar a receita** e a **orientação para tomar a medicação**.

Os demais pacientes, que não estão neste quadro, mantiveram-se neutros quanto ao assunto ou, então, disseram não ter algum problema de compreensão da linguagem médica, nem no contexto pesquisado, ou fora dele. Porém este número é ínfimo, comparado aos apresentados no quadro acima. Foram apenas 03 da UBS1; 01 da UBS2; e 02 da UBS3. Ainda assim, relevantes de serem situados com relação aos demais.

Outro aspecto a ser considerado nessas considerações finais, é que, as diferentes visões que os pacientes expressaram sobre os médicos (ora dizendo que compreendem sua linguagem, ora dizendo que não compreendem), como se observa ao longo da análise, pode, de imediato, parecer contraditório; mas, no entanto, o que isso demonstra é que, embora todos os sujeitos tenham a mesma expectativa, que é a cura do problema de saúde; seus pontos de vista e seus encontros com os médicos se dão em momentos diversos, particularizados pelas especificidades do evento de letramento consulta médica.

Ainda que alguns pacientes, no início da entrevista, digam que não têm nenhuma dificuldade de compreensão, quando questionados: “*Durante as consultas você compreende o que o médico lhe orienta ou informa?*”; mais a frente, no aprofundamento da discussão, quando se questiona: ‘sobre as dúvidas, as facilidades, as dificuldades de compreensão, as lembranças de tomar o remédio, quem os auxilia nesse processo’; percebe-se que eles se contradizem ou apresentam algum dado que não é coerente com a informação dada na primeira pergunta. Essa contrariedade no modo de expressar o assunto esteve presente no discurso de praticamente todos os pacientes, conforme o quadro abaixo sintetiza isso:

Quadro 11: Das dualidades no processo de compreensão das informações médicas, a partir de respostas dadas ao Questionamento 02

UB1	
O PRIMEIRO POSICIONAMENTO	UM SEGUNDO POSICIONAMENTO
P1/UBS1: <i>É fácil de compreender [...] as letra dá pra entender, dá pra compreender. [...] É tudo bem claro.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda a irmã enfermeira.
P2/UBS1: <i>[...] a doutora aí ficou muito bem explicado para mim. Ficou beleza.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda para a enfermeira, a atendente ou a moça que entrega remédio.
P3/UBS1: <i>Sempre eu compreendo quando ele me diz.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda a alguma pessoa que mora perto de casa, que seja acostumada com letra de médico.
P4/UBS1: <i>Compreendo sim.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda ao esposo.
P5/UBS1: <i>Sempre eu compreendo [...].</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda ao filho ou a mãe.
P6/UBS1: <i>Compreendo. A doutora aqui eu entendo.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda ao farmacêutico.
P7/UBS1: <i>Compreendo. Dá pra entender as coisas direito, os medicamentos, o que ela fala que é pra fazer.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda ‘as meninas’ do posto.
P8/UBS1: <i>Sim, compreendo.</i>	POIS pergunta muito ao médico; E AINDA ler muito a bula e a receita médica.
P9/UBS1: <i>Compreendo. [...] a daqui não, a gente entende, ela explica bem direitim.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda na UBS.
P10/UBS1: <i>Compreendo, graças a Deus. Todas as vezes que eu venho pra mim tá sendo bom.</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda ao filho
P12/UBS1: <i>Sempre eu compreendi dela [...].</i>	AINDA ASSIM , pede ajuda a filha, que é técnica de enfermagem.

P13/UBS1: [...] eu sempre entendo por que as letra dela é boa de entender [...].	AINDA ASSIM, pede ajuda na UBS.
P15/UBS1: Sim, compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda na UBS.
UB2	
P16/UBS2: Com certeza. [...] eu entendo tudo.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao agente de saúde.
P17/UBS2: [...] eu entendo tudo que ele fala pra mim.	AINDA ASSIM, pede ajuda aos filhos.
P18/UBS2: Entendo sim [...] sempre compreendi.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao filho.
P19/UBS2: Compreendo. Às vezes que eu me consulto com ele, compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda a agente de saúde.
P20/UBS2: Até agora eu entendi o que ele falou.	POIS pergunta muito ao médico.
P21/UBS2: Sempre entendo direito.	AINDA ASSIM, pede ajuda a agente de saúde
P23/UBS2: Compreendi. Compreendo bem.	AINDA ASSIM, pede ajuda a filha
P27/UBS2: Sempre consigo, compreendo.	QUANDO NÃO, pergunta ao próprio médico.
P28/UBS2: Eu compreendo sim.	AINDA ASSIM, pede ajuda a filha.
P29/UBS2: Compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda na UBS.
P30/UBS2: Sim, sim, compreendo.	POIS pergunta muito ao médico.
UBS3	
P31/UBS3: Eu entendo tudo.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao filho ou na UBS
P32/UBS3: Compreendo. Eu peço explicação e ele me diz bem direitim.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao marido ou a atendente na UBS.
P33/UBS3: Compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda as filhas ou a atendente na UBS.
P34/UBS3: Sempre, ele fala, e eu entendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao marido ou agente de saúde.
P35/UBS3: Sempre compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda a filha.
P36/UBS3: Sempre compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda na UBS.
P37/UBS3: Sim, entendo bem, graças a Deus [...].	AINDA ASSIM, pede ajuda a uma pessoa mais jovem na comunidade.
P40/UBS3: Compreendo.	POIS pergunta muito ao médico; E AINDA ler muito a receita médica.
P41/UBS3: Sim compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda a sobrinha, que é técnica em enfermagem.
P42/UBS3: [...] sempre eu saio muito bem informada.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao agente de saúde.
P43/UBS3: [...] sempre eu compreendo.	AINDA ASSIM, pede ajuda ao esposo, E AINDA olha na receita.
P44/UBS3: Compreendi tudo que ele disse.	AINDA ASSIM, pede ajuda a atendente na UBS.

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Este, portanto, foi um aspecto marcante durante toda a coleta e análise dos dados. Para a elaboração deste Quadro 11 tomou-se como base a segunda pergunta do questionário, considerada como central para o desencadeamento de toda a entrevista. Uma leitura dessas informações permite concluir que praticamente todos os pacientes entraram nessa contradição. Esse fato demonstra, segundo a concepção dialógica e responsiva da linguagem, que existe compreensão, mas não há uma incorporação do saber. Por isso, disseram que compreendem, mas em seguida, apresentam argumentos em que demonstram depender da ajuda de alguém,

seja para compreender a letra do médico, escrita na receita; ou para lembrar o modo e horário de tomar a medicação.

O que se pode deduzir disso, é que, a partir de seus discernimentos críticos, eles, inicialmente, pretendem preservar a face, construindo uma autoimagem social positiva de si mesmo, a fim de evitar uma mensuração ou avaliação negativa de sua imagem; no entanto, no desenrolar da investigação, deixam ‘escapar’ que nem sempre conseguem compreender todas as informações, e com isso, têm-se algumas contradições sobre a questão, mas que ao longo da leitura dos dados foram discutidas e conciliadas, conforme os propósitos da pesquisa.

Ainda sobre o Quadro 11, apresentou-se nele, apenas os pacientes que disseram ‘compreender’, acrescidos das ressalvas que tornam conflituosa a discussão. Os demais casos, omissos nessa exposição, apresentaram a seguinte posição para o mesmo questionamento: de imediato, assumiram ‘dificuldades para compreender tudo’, apresentando logo em seguida, as justificativas para a situação, conforme o Quadro 12, abaixo, síntese:

Quadro 12: Outras respostas dadas ao Questionamento 02: Compreensão parcial e compreensão contextual e suas justificativas

UB1	
O POSICIONAMENTO	AS JUSTIFICATIVAS E AÇÕES DECORRENTES DESSE PRIMEIRO POSICIONAMENTO
P11/UBS1: <i>Assim, eu entendo assim o que ela tá falando pelo o que eu sinto eu pergunto, falo com ela, ela diz tudo direitinho, passa o remédio, aí eu entendo assim, mais num sei se é o normal o que eu entendo, o suficiente, mas eu entendo uma grande parte das coisas.</i> (COMPREENSÃO PARCIAL, SUPERFICIAL, OU SEJA, FICA EM DÚVIDA)	E POR CAUSA DISSO , pergunta ao próprio médico; e TAMBÉM ler a receita.
P14/UBS1: <i>Tem vez que eu entendo, tem vez que não.</i> (COMPREENSÃO PARCIAL, SUPERFICIAL, OU SEJA, FICA EM DÚVIDA)	E POR CAUSA DISSO , pede ajuda a filha.
UB2	
P22/UBS2: <i>Às vezes sim, hoje não [...].</i> (COMPREENSÃO PARCIAL, SUPERFICIAL, OU SEJA, FICA EM DÚVIDA)	E POR CAUSA DISSO , pede ajuda aos filhos, ou a atendente da UBS, ou a agente de saúde.
P24/UBS2: <i>Muitas vezes, quase sim [...]</i> (COMPREENSÃO CONTEXTUAL, OU SEJA, DEPENDE DE...)	POIS fica bastante atenta a fala do médico; e quando isso não resolve, TAMBÉM pergunta a atendente da UBS
P25/UBS2: <i>Às vezes eu entendo bem e às vezes eu num entendo [...].</i> (COMPREENSÃO CONTEXTUAL, OU SEJA, DEPENDE DE...)	E POR CAUSA DISSO , pede ajuda a atendente da UBS.
P26/UBS2: <i>Tem umas que eu compreendo, outras num compreendo não.</i>	E POR CAUSA DISSO , pede ajuda a esposa ou a ‘uma pessoa que é mais bem informada’.

(COMPREENSÃO CONTEXTUAL, OU SEJA, DEPENDE DE...)	
UBS3	
P38/UBS3: <i>É, mais ou menos</i> [...] (COMPREENSÃO PARCIAL, SUPERFICIAL, OU SEJA, FICA EM DÚVIDA)	E POR CAUSA DISSO , pede ajuda na própria UBS.
P39/UBS3: Pelo seu amplo relato explicativo, pode-se dizer que: (COMPREENSÃO CONTEXTUAL, OU SEJA, DEPENDE DE...)	E POR ISSO , depende de como o médico se comunica com ele.
P45/UBS3: <i>É por que as vezes a gente</i> [vem] <i>pois bem como, hoje...</i> [...] (COMPREENSÃO CONTEXTUAL, OU SEJA, DEPENDE DE...)	E POR ISSO , depende de como o médico se comunica com ela.

Fonte: Dados da Pesquisa de Campo (2015)

Duas palavras tornam-se chaves, para uma leitura desse Quadro 12: “*sempre*” e “*se*”; as quais refletem aquilo que se pode concluir da situação: devido à dificuldade da linguagem médica, a compreensão, quase sempre, está atrelada a alguém, seja ao médico, ou a outras pessoas que os auxiliam; enfim, o paciente “*sempre*” compreende “*se*” o médico ou outra pessoa colaborar com esse processo, ou seja, há uma relação de causa e consequência que equilibra o comportamento dos sujeitos e as possibilidades de compreensão dentro desse processo comunicativo. É uma situação que pode ser simplificada com algo do tipo: ‘*Compreendo, mas somente se...*’.

Portanto, pela leitura dos dois quadros, percebe-se que a compreensão é um processo sempre co-construído. Pode acontecer de modo parcial e contextual, atrelada as condições sociais, históricas e culturais que orientam as regras tácitas de realização do evento comunicativo, neste caso, o evento de letramento consulta médica, em que esse processo também está atrelado aos letramentos de cada sujeito, no modo como ele se comporta e responde de modo ativo, às exigências da leitura e da escrita, pressupostas para a compreensão das informações.

A compreensão, como processo inerente à enunciação, muitas vezes, está atrelada a regularidade com que tomam um determinado tipo de remédio e também a convivência, o conhecimento e confiança que têm com o médico. Nessa comunicação deve existir um equilíbrio entre os sujeitos, os quais conscientes de seus lugares sociais nas esferas do conhecimento letrado expõem seus dizeres acerca de um determinado fato ou situação.

É a partir de um contexto de letramentos, histórico-social localizado (um consultório médico) e de interação com a linguagem, que médicos e pacientes ‘jogam’ e argumentam com as infinitas formas de expressão que a língua possibilita, buscando alcançar uma

compreensão. Os dados evidenciam que ambos, têm consciência da importância de haja uma compreensão, o que não equivale dizer, que sempre eles se empenhem para isso, algumas vezes, conforme as representações mostraram o médico não se empenha para isso.

A partir desse impasse ou desencontro de opiniões, expressas nas representações dos sujeitos, pode-se concluir que esse fato acontece também porque, muitas vezes, o paciente parece ter uma expectativa em relação ao médico que não é cumprida, e vice-versa, e em decorrência disso, o tipo de saber de um entra em conflito com o saber do outro. Na prática, a moeda mostra seus dois lados: **a)** o paciente espera que o médico, resolva todos os seus problemas e faça isso por meio do uso de uma linguagem que ele compreenda; **b)** já o médico espera que o paciente tenha algum tipo de conhecimento, principalmente alfabético, que possibilite como que ele compreenda mais facilmente as orientações relativas ao problema de saúde. É, portanto, neste tipo de situação, que tomam forma os problemas de compreensão definidos por M1/UBS1 como “*essas historinhas*”, expressão que, conforme foi empregada, parece bastante oportuna para caracterizar as situações vivenciadas.

Embora os sujeitos da pesquisa evidenciem todos esses conflitos na comunicação entre médicos e pacientes, ainda assim, é possível dizer que, no geral, o evento de letramento consulta médica é um espaço de uso dialógico da linguagem, pois mesmo nos casos em que os pacientes não compreendem plenamente, respondem de algum modo à situação, ainda que seja calando. Essa conclusão, coincide com a perspectiva bakhtiniana, de que não há ‘compreensão passiva’, uma vez que mesmo em silêncio os discursos correm em paralelo, e o fato de ouvir equipara-se a compreender, visto que o calar é condição para a compreensão do sentido da enunciação única, em seu aspecto de irrepetibilidade e, que pressupõe, portanto, “uma ativa compreensão responsiva” (BAKHTIN, 2011 [1979], p. 279). Essa compreensão acontece responsivamente em que os sujeitos, no ato enunciativo, agem discursivamente um sobre o outro, embora os limites sejam delimitados pelo evento de letramento consulta médica.

Quanto às retextualizações das informações presentes nas receitas médicas; aspecto que constitui uma segunda etapa de análise dos dados foi possível verificar que estas situações constituem campos de manifestação dos letramentos dos sujeitos. Independente de saberem ler ou não; seja por novos textos produzidos por eles mesmos, ou por outras pessoas, há uma interpretação e um domínio cognitivo sobre as ações que lhes possibilitam responder satisfatoriamente aos desafios de compreensão da letra do médico.

Foi também nesta etapa, que se percebeu com maior intensidade a questão do problema da letra, uma vez que foram expostas as receitas médicas das respectivas situações

explificadas, demonstrando como ela está organizada estruturalmente, quanto ao tamanho, localização, recusos, sinalizações, numerações, desenhos, símbolos, entre outras marcações que possibilitaram averiguar, o nível de dificuldade que elas apresentam.

As retextualizações não acontecem em um contexto vazio ou neutro ideologicamente, pelo contrário, elas estão impregnadas da cultura ideológica da escrita (e dos problemas que ela acarreta) e das concepções de mundo dos sujeitos que lidam com as produções textuais. Nesse universo, as estratégias e os mecanismos **a)** verbais ou **b)** não verbais para a releitura das informações, são infinitas, demonstrando o caráter plástico e dinâmico, tanto da língua, como dos gêneros discursivos, que se ancoram às instâncias comunicativas, construindo e estabilizando os sentidos do mundo, mediados pela linguagem.

A realização desses processos é um campo fértil ainda, para o estabelecimento do *continuum* tipológico oral e escrito, visto que há uma mescla, e ao mesmo tempo uma reorganização cognitiva dos usos da linguagem, conforme os propósitos discursivos do gênero e as intenções de cada sujeito na produção de (re) construção do texto. Estes envolvem, principalmente, operações de **transformação do texto**, através de aspectos textuais-discursivos de **reformulação**, como **acréscimo**, **adaptação** e **reordenação** do texto.

Pode-se considerar ainda que, pelo modo como a escrita (receita), transita no contexto (consultório médico → farmácia → ambiente familiar), durante as etapas em que ocorre a retextualização das informações da receita, ela vai sendo responsável pela construção de diferentes eventos e práticas de letramento, nas quais o caráter da argumentação, da negociação e da dialogicidade da linguagem tece os fios ideológicos do contexto social, construindo e reconstruindo os sentidos do mundo, por meio da linguagem.

Tanto nas representações como nas retextualizações, os pacientes articulam diferentes estratégias e mecanismos de ler e interpretar criticamente o mundo, por meio da referência tanto a informações locais, vivenciadas nas UBSs pesquisadas, como em outros contextos, interligando assim, suas experiências externas de mundo, com a situação interna, vivenciadas dentro do contexto pesquisado, fato que corrobora para que se defina o letramento como tudo aquilo que os sujeitos utilizam como mecanismo ou estratégia para ler e compreender criticamente o mundo a sua volta, e em consequência disso, torna-se sujeito nesse mundo, partindo sempre, de suas interlocuções críticas com os pares da enunciação.

Diante disso, é preciso frisar que, evidentemente, todos os sujeitos da pesquisa são portadores de experiências reflexivas com a leitura e a escrita, pela forma como se envolvem com as manifestações ideológicas dessas práticas nas interações; e que pode ser comprovado pelas diferentes histórias de letramento que carregam, independente da experiência de

alfabetização ou escolarização que tiveram. O que os diferencia e os torna únicos e singulares em sua ação no mundo é a forma como se comportam diante das demandas da sociedade grafocêntrica, imprimindo uma marca de subjetividade e construção de identidade.

Presenciou-se, pelo emaranhado de vozes que soaram das representações e também da observação de seus comportamentos, que, na verdade, existem diferentes tipos ou níveis de letramentos, que variam e alternam-se, conforme as necessidades de lidar com a escrita, impostas pelo contexto sociocultural em que o sujeito está inserido. Desse modo, os desafios e as necessidades de lidar com a escrita são infinitos, bem como infinitos são seus usos e possibilidades de construir sentidos sobre o mundo; e, nesse processo, os letramentos sociais ganham formas e expressão, como esta (com a qual se encerra essas considerações), coletada ao final de uma entrevista, quando uma paciente perguntou:

P33/UBS3: “O senhor é pesquisador, né?”

Possíveis encaminhamentos, contribuições e desdobramentos para pesquisas futuras

Os resultados alcançados com este estudo suscitam algumas inquietações, no sentido de que se possa aprofundar e dar continuidade a discussão do tema, dentre elas, as seguintes:

(I) explorar na relação médico-paciente, possíveis problemas de compreensão, tomando por base a intenção comunicativa dos sujeitos no evento comunicativo;

(II) verificar a natureza dos processos de retextualização ocorrentes nas releituras do gênero discursivo receita médica.

Entre outros desdobramentos de pesquisa que possam surgir, a partir da leitura desse trabalho, seja ampliando ou apresentando releituras.

Quanto ao tratamento da questão social implicada nessa discussão, espera que os resultados dessa pesquisa possam proporcionar reflexões críticas acerca de como se utiliza a linguagem no contexto de uma consulta médica, tendo como foco, principalmente, a prática profissional do médico, considerando-se a importância de ele organizar o seu discurso por meio de uma linguagem que seja compreensível para o paciente, alcançando-o de modo responsivo, ou seja, que este, a partir de seus domínios letrados sobre o mundo, consiga compreender as informações e conduza satisfatoriamente o tratamento do problema de saúde, resultado que se reveste também, analogamente; por meio de um movimento dialógico, própria das interações humanas; na realização do próprio médico, que vê seu paciente curado.

REFERÊNCIAS

ADAM, Jean-Michel. **Les textes: types et prototypes – récit, description, argumentation, explication et dialogue**. Paris: Nathan Université, 1992.

BAKHTIN, Mikhail (VOLOCHINOV, Valentin Nikolaevich). **Marxismo e filosofia da linguagem**. Tradução Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. [1929].

_____. **Estética da criação verbal**. Tradução Paulo Bezerra. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011. [1979].

_____. **The dialogical imagination: four essays**. Austin, Texas: University of Texas Press, 1981a. (originalmente publicado em Russo em 1975).

_____. O discurso no romance. In: _____. **Questões de Estética e de Literatura: a teoria do romance**. Tradução Aurora F. Bernardini *et al.* 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. p. 71-212. [1975].

_____. **Problemas da poética de Dostoiévski**. Tradução Paulo Bezerra. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. [1929].

_____. Que és el lenguaje? In: SILVESTRI, Adriana; BLANCK, Guillermo. **Bajtín y Vigotski: la organización semiótica de la consciencia**. Barcelona: Anthropos, 1993. [1929].

_____. Le discours dans la vie et dans la poésie. [1926]. In: TODOROV, Tzvetan. **Mikhail Bakhtine: le principe dialogique**. Paris: Éditions du Seuil, 1981b.

_____. **Para uma Filosofia do Ato**. Texto completo da edição americana *Toward a philosophy of the Act*. Tradução Carlos Alberto Faraco e Cristóvão Tezza. Austin: University of Texas Press, 1993. [1919-1921]. Disponível em: < <http://copyfight.me/Acervo/livros/Bakhtin%20-%20Para%20uma%20filosofia%20do%20ato.pdf> >. Acesso em: 28 jul. 2015

ALBUQUERQUE, Maria Clara. **Enfoque bioético da comunicação na relação médico-paciente nas unidades de terapia intensiva pediátrica**. 2002. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2002.

BARROS, Diana Luz Pessoa de. Contribuições de Bakhtin às teorias do discurso. In: BRAIT, Beth. (Org.). **Bakhtin, dialogismo e construção do sentido**. 2. ed. Campinas: Unicamp, 2005. p. 25-36.

BARTON, David. **Literacy**: an introduction to the ecology of written language. Cambridge: Blackwell, 1994.

BARTON, David; HAMILTON, Mary. **Local literacies**: reading and writing in one community. Londres e Nova York: Routledge, 1998.

_____; _____. Literacy practices. In: BARDON, David *et al.* **Situated literacies**: reading and writing in context. Londres/Nova York: Routledge, 2000, p. 7-34.

BEAUGRANDE, Robert-Alain de; DRESSLER, Wolfgang U. **Introduction to Text Linguistics**. Londres: Longman, 1981.

BLIKSTEIN, Izidoro. **Kaspar Hauser ou a fabricação da realidade**. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 2003. [1983].

BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha**: uma metáfora da condição humana. 50. ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

BONINI, Adair. Reflexões em torno de um conceito psicolinguístico de tipo de texto. **D.E.L.T.A.**, Vol. 15, Nº 2, 1999 (301-318). Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-44501999000200004 >. Acesso em: 14 ago. 2015.

BRAIT, Beth. Análise e teoria do discurso. In: BRAIT, Beth. **Bakhtin**: outros conceitos-chave. São Paulo: Contexto, 2014. p. 9-31.

BRASIL. IBGE. **Censo Demográfico 2010**. 2010a. Disponível em: < <http://www.censo2010.ibge.gov.br> >. Acesso em: 26 out. 2015.

_____. IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS. 2010b. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/23EH0> >. Acesso em: 26 out. 2015.

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: < <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> >. Acesso em: 29 out. 2015.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.601, de 18 de agosto de 2000**. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Diário Oficial da União. 18 ago. 2000; Seção I: 64. Disponível em: < http://www.portalmédico.org.br/resolucoes/cfm/2000/1601_2000.htm >. Acesso em: 30 dez. 2015.

_____. Conselho Federal de Medicina. **Resolução nº 1.931, de 24 de setembro de 2009**. Aprova o Código de Ética Médica. Diário Oficial da União. 24 set. 2009; Seção I: 90. Disponível em: < http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=category&id=9&Itemid=122 >. Acesso em: 30 dez. 2015.

BRONCKART, Jean-Paul. **Atividade de linguagem, textos e discursos: por um interacionismo sociodiscursivo**. 2. ed. São Paulo: EDUC, 2012.

_____. **O agir nos discursos: das concepções teóricas às concepções dos trabalhadores**. Campinas: Mercado de Letras, 2008.

_____. **Atividade de linguagem, discurso e desenvolvimento humano**. Organização e tradução Anna Rachel Machado e Maria de Lourdes Meirelles Matencio. Campinas: Mercado de Letras, 2006.

BUZATO, Marcelo El Khouri. Letramento e Inclusão na Era da Linguagem Digital. IEL/UNICAMP, Março de 2006. Mimeo. In: _____. **Letramentos digitais e formação de professores**. São Paulo: Portal Educared, 2006. Disponível em: < <http://www.unilago.com.br/arquivosdst/24983MarceloBuzato%20-%20Letramento%20digital%20e%20formacao%20de%20profs%20@.pdf> >. Acesso em: 29 jun. 2015.

_____. Letramento e inclusão: do estado-nação à era das TIC. **DELTA** [online], vol. 25, n. 1, p. 01-38, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/delta/v25n1/a01v25n1.pdf> >. Acesso em: 16 jan. 2016.

CARROL, Lewis. **Alice no país das maravilhas**. Tradução Ana Maria Machado. 2. ed. São Paulo: Ática, 1999.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 11. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

COOK-GUMPERZ, Jenny (Org.). **A construção social da alfabetização**. Tradução Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

COSTA, Sérgio Roberto. **Dicionário de gêneros textuais**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COSTA VAL, Maria da Graça. **Redação e textualidade**. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Texto, textualidade e textualização. In: CECCANTINI, João Luís Tápías; PEREIRA, Rony Farto; ZANCHETTA JR., Juvenal. **Pedagogia Cidadã**: cadernos de formação: Língua Portuguesa. v. 1. São Paulo: UNESP, Pró-Reitoria de Graduação, 2004. p. 113-128.

DECAT, Maria Beatriz Nascimento. Oralidade e escrita: articulações de cláusulas no processo de retextualização em português. **VEREDAS** – Rev. Ling. Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p. 161-179, jul./dez. 2002. Disponível em: < <http://www.ufjf.br/revistaveredas/files/2009/12/cap101.pdf> >. Acesso em: 18 nov. 2015.

DELL'ISOLA, Regina Lúcia Péret. **Retextualização de gêneros escritos**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.

DOLZ, Joaquim; SCHNEUWLY, Bernard. Gêneros e progressão em expressão oral e escrita: elementos para reflexões sobre uma experiência Suíça (francófona). In: SCHNEUWLY, Bernard; DOLZ, Joaquim *et al.* **Gêneros orais e escritos na escola**. Tradução e organização Roxane Rojo e Gláís Sales Cordeiro. Campinas: Mercado de Letras, 2004. p. 35-60.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Organização e tradução Roberto Machado. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal Ltda, 1998. [1979].

FREIRE, Paulo. **A importância do ato de ler**: em três artigos que se completam. 51. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREITAS, Maria Teresa de Assunção. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, nº 116, p. 21-39, julho/2002. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-15742002000200002> >. Acesso em: 04 jun. 2015.

_____. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento. In: FREITAS, Maria Teresa de Assunção; SOUZA, Solange Jobim; KRAMER, Sônia (orgs.). **Ciências humanas e pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin**. São Paulo: Cortez, 2003.

GERALDI, João Wanderley. Literatura e linguística: outros campos, outros saberes. **Revista Línguas & Letras – Unioeste – Vol. 14 – Nº 27 – Número Especial de 2013**. Disponível em: < <file:///C:/Users/Renato/Downloads/9314-33583-2-PB.pdf> >. Acesso em: 29 jul. 2015.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GNERRE, Maurizio. **Linguagem, escrita e poder**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

GHIRALDELLI JR, Paulo. **Filosofia e história da educação brasileira**. São Paulo: Manole, 2003.

GODOY, Jack. **Domesticação do pensamento selvagem**. Lisboa: Presença, 1988. [1977].

HAMILTON, Mary. Expanding the new literacy studies: using photographs to explore literacy as social practice. In: BARTON, David; HAMILTON, Mary; IVANIC, Roz (Org.) **Situated literacies: reading and writing in context**. Londres/Nova York: Routledge, 2000. p. 56-87.

HAVELOCK, Eric. **The literate revolution in Greece and its cultural consequences**. Princeton: Princeton University Press, 1982.

HEATH, Shirley B. Protean shapes in literacy events: ever-shifting oral and literate traditions. In: TANNEN, Deborah (Ed.). **Spoken and written language: exploring orality and literacy**. Norwood, N.J.: Ablex, 1982. p. 91-117.

_____. **Ways with words: language, life, and work in communities and classrooms**. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.

_____. What no bedtime story means: narrative skills at home and school. In: DURANTI, Alessandro (Org.). **Linguistic anthropology: a reader**. Oxford: Blackwell, 2001.

HILGERT, José Gaston. Entendendo os mal-entendidos em diálogos. In: PRETI, Dino (Org.). **Diálogos na fala e na escrita**. 2. ed. São Paulo: Humanitas, 2008. p. 119-153.

HYMES, Dell. Models of the interaction of language and social life. In: GUMPERZ, John J.; HYMES, Dell (Ed.). **Directions in sociolinguistics: the ethnography of communication**. Oxford: Basil Blackwell, 1986. p. 35-71. [1972].

KOCH, Ingedore Villaça. **A inter-ação pela linguagem**. 11. ed. São Paulo: Contexto, 2012.

_____. **Desvendando os segredos do texto**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Introdução à linguística textual: trajetória e grandes temas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

_____. A referência como construção sociocognitiva: o caso dos rótulos. **Revista de Estudos da Linguagem**, v. 16, n. 1, p. 201-213, 2008. Disponível em: < <http://www.periodicos.letras.ufmg.br/index.php/relin/article/viewFile/2486/2438> >. Acesso em: 15 dez. 2015.

_____. **O texto e a construção de sentidos**. 10. ed. São Paulo: Contexto, 2014.

KLEIMAN, Angela B. Modelos de letramento e as práticas de alfabetização na escola. In: KLEIMAN, Angela B. **Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita**. Campinas: Mercado de Letras, 1995. p. 15-61.

_____. Ação e mudança na sala de aula: uma pesquisa sobre letramento e interação. In: ROJO, Roxane. **Alfabetização e letramento: perspectivas linguísticas**. Campinas: Mercado das Letras, 1998. p. 173-203.

_____. **Preciso ensinar o letramento? Não basta saber a ler e escrever?** Série Linguagem e letramento em foco. Linguagem nas series iniciais. Cefiel/IEL/Unicamp, 2005. Disponível em: < http://www.iel.unicamp.br/cefiel/alfaletas/biblioteca_professor/arquivos/5710.pdf >. Acesso em: 18 jun. 2015.

KRAMER, Sonia. Entrevistas coletivas: uma alternativa para lidar com diversidade, hierarquia e poder na pesquisa em ciências humanas. In: FREITAS, Maria Teresa de Assunção *et al.* **Ciências humanas e pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin**. São Paulo: Cortez, 2003. p. 57-76.

KÜHN, Maria Leonor de Souza. **Responsabilidade civil**: a natureza jurídica da relação médico-paciente. Barueri: Manole, 2002

LADRIÈRE, Jean. Prefácio. In: BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jacques; SCHOUTHEETE, Marc de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais**: os pólos da prática metodológica. Tradução Ruth Joffily. 2. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LEDUR, Paulo Flávio; LUCCHESI, Fernando. **Comunicação médico-paciente**: um acordo de cooperação. Porto Alegre: AGE, 2008.

LEVINE, Meredith. Médicos ouvem pouco seus pacientes. **The New York Times**, Nova Iorque, 01 jun. 2004, p. 1-3. Tradução: George El Khouri Andolfato. Disponível em: < <http://www.giv.org.br/noticias/noticia.php?codigo=666> >. Acesso em: 07 jan. 2015.

LIMA, Francisco Renato; CARVALHO, Maria Angélica Freire de. Práticas de letramento em *Central do Brasil*: uma visão sociocultural das condições do sujeito letrado e não alfabetizado. In: **Anais do IX Congresso Internacional da ABRALIN** [CD-Rom]. Belém: ABRALIN; PPGL, 2015. v. 1. p. 250-257.

LOPES, Iveuta de Abreu. **Cenas de letramentos sociais**. Recife: Programa de Pós-Graduação em Letras da UFPE, 2006.

LORENZ, Günter. Diálogo com Guimarães Rosa. In: ROSA, João Guimarães. **Ficção Completa**, v. 1. Rio de Janeiro: Nova Aguilar, 1994. (Coleção Fortuna Crítica). p. 27-63.

LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E. D. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. 2. ed. São Paulo: E.P.U., 2014.

MACHADO, Antônio Pádua. **Do significado da escrita da matemática na prática de ensinar e no processo de aprendizagem a partir do discurso de professores**. 2003. 291 f. Tese (Doutorado em Educação Matemática) – Instituto de Geociências e Ciências Exatas, Universidade Estadual Paulista, Rio Claro, 2003.

MAGALHÃES, Izabel. **Eu e tu**: a constituição do sujeito no discurso médico. Brasília: Thesaurus, 2000.

MARCUSCHI, Luiz Antônio. **Da fala para a escrita**: atividades de retextualização. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2010a. [2001].

_____. Letramento e oralidade no contexto das práticas sociais e eventos comunicativos. In: SIGNORINI, Inês (Org.). **Investigando a relação oral/escrito e as teorias do letramento**. Campinas: Mercado de Letras, 2001. p. 23-50.

_____. Gêneros textuais: definição e funcionalidade. In: DIONÍSIO, Angela Paiva; MACHADO, Anna Rachel; BEZERRA, Maria Auxiliadora (Orgs.). **Gêneros textuais & ensino**. São Paulo: Parábola, 2010b. p. 19-38.

_____. Gêneros textuais: configuração, dinamicidade e circulação. In: KARWOSKI, Acir Mário; GAYDECZKA, Beatriz BRITO, Karim Siebeneicher (Orgs.). **Gêneros textuais: reflexões e ensino**. 4. ed. São Paulo: Parábola, 2011. p. 17-31.

_____. Gêneros textuais emergentes no contexto da tecnologia digital. In: MARCUSCHI, Luiz Antônio; XAVIER, Antonio Carlos. **Hipertexto e gêneros digitais: novas formas de construção do sentido**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2004. p. 13-67.

_____. A questão do suporte dos gêneros textuais. **DLCV: Língua, Linguística e Literatura**, p. 1-34, 2003.

MARTINE, Luiza Corrêa e Castro. Análise da constituição e reprodução no discurso médico-paciente: uma abordagem sociolinguística interacional. In: TARALLO, Fernando (Org.). **Fotografias sociolinguísticas**. Campinas: Pontes, 1989. p. 239-268.

MARTINS, Ricardo. **Análise gráfica de receitas médicas: uma contribuição do design da informação para a detecção e prevenção de erros latentes**. 2009. 95 f. Dissertação (Mestrado em Design) – Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

MICHEL, Maria Helena. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais: um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

MORAES, Margarete de. Atendimento médico rápido e impessoal deixa pacientes desconfiados. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 12 jul. 2001, Seção Equilíbrio, p. 1-3.

Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/folha/equilibrio/noticias/ult263u213.shtml> >. Acesso em: 20 dez. 2015.

NAJMANOVICH, Denise. O feitiço do método. Tradução Maria Teresa Esteban. In: GARCIA, Regina Leite. **Método: métodos e contramétodo** (Org.). São Paulo: Cortez, 2003. p. 25-62.

OECD. Sample Tasks from Pisa 2000 Assesment. **Reading mathematical and scientific literacy**, 2002.

OLSON, David R. From utterance to text: the bias of language in speech and writing. **Hardvard Educational Review**. Vol. 47, 258-281, 1977.

ONG, Walter. **Oralidade e cultura escrita: a tecnologização da palavra**. Tradução E. A. Dobránsky. São Paulo: Papirus, 1998. [1982].

RIBEIRO, Vera Masagão. Alfabetismo funcional: referências conceituais e metodológicas para a pesquisa. **Educação & Sociedade**, ano XVIII, nº 60, p. 144-158, dez/97. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/es/v18n60/v18n60a8.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2015.

_____; SOARES, Tufi Machado. Construção de escala combinada para a medição do alfabetismo em contexto não escolar. **Estudos em Avaliação Educacional**, v. 19, n. 41, p. 449-464, set./dez. 2008. Disponível em: < <http://www.fcc.org.br/pesquisa/publicacoes/eae/arquivos/1459/1459.pdf> >. Acesso em: 27 out. 2015.

ROJO, Roxane. **Falando ao pé da letra: a constituição da narrativa e do letramento**. São Paulo: Parábola, 2010.

_____. **As relações entre fala e escrita: mitos e perspectivas**. Belo Horizonte: Ceale, 2006.

_____. Gêneros do discurso e gêneros textuais: questões teóricas e aplicadas. In: MEURER, J. L.; BONINI, Adair; MOTTA-ROTH, Désirée (Orgs.). **Gêneros: teorias, métodos e debates**. São Paulo: Parábola, 2005. p. 184-207.

_____. **Letramentos múltiplos: escola e inclusão social**. São Paulo: Parábola, 2009.

SAINT-EXUPÉRY, de Antoine. **O pequeno príncipe**. Tradução Dom Marcos Barbosa. 48. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2009.

SCRIBNER, Sylvia; COLE, Michael. **The psychology of literacy**. Cambridge: Harvard University Press, 1981.

SILVA, Maria Júlia Paes da. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 9. ed. São Paulo: Loyola, 2013.

SILVA, Sílvio Ribeiro da. Concepção sócio-interacional de leitura: abordagens teóricas e práticas a partir de dois textos escritos. **Linguagem em (Dis) curso**, Tubarão, v. 4, n. 2, p. 321-347, jan./jun. 2004. Disponível em: <
http://www.portaldeperiodicos.unisul.br/index.php/Linguagem_Discurso/article/viewFile/268/282>. Acesso em: 11 jan. 2016.

SOARES, Magda. Letramento e escolarização. In: RIBEIRO, Vera Masagão (Org.). **Letramento no Brasil**: reflexões a partir do INAF 2001. São Paulo: Global, 2003. p. 89-113.

_____. **Letramento**: um tema em três gêneros. 4. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2010.

_____. Língua escrita, sociedade e cultura. **Revista Brasileira de Educação**, n. 0, p. 5-16, set./dez. 1995.

_____. Novas práticas de leitura e escrita: letramento na cibercultura. **Educação e Sociedade**, Campinas: CEDES, v. 23, n. 81, p. 143-160, 2002. Disponível em: <
<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n81/13935.pdf>>. Acesso em: 16 dez. 2015.

STREET, Brian V. **Literacy in theory and practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984.

_____. **Cross-cultural approaches to literacy**. Cambridge: Cambridge University Press, 1993.

_____. Cross-cultural perspectives on literacy. In: VERHOEVEN, Ludo. **Functional literacy**: theoretical issues and educational implications. Amsterdam: Johns Benjamins, 1994.

_____. **Social literacies**: critical approaches to literacy in development, ethnography and education. Harrow: Pearson, 1995.

_____. **Literacy and development**: ethnographic perspectives. London and New York: Routledge, 2001.

_____. What's "new" in New Literacy Studies? Critical approaches to literacy in theory and practice. **Current Issues in Comparative Education**. Comlumbia: Teachers College, Columbia Univesity, vol. 5 (2), p. 77-91, 2003. Disponível em: < http://people.ufpr.br/~clarissa/pdfs/NewInLiteracy_Street.pdf > Acesso em: 18 jul. 2015.

_____. Perspectivas interculturais sobre o letramento. Tradução de Marcos Bagno. **Revista de Filologia e Linguística Portuguesa da Universidade de São Paulo**, n. 8, p. 465-488, 2006. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/flp/article/download/59767/62876> > Acesso em: 20 ago. 2015.

_____. Eventos de letramento e práticas de letramento: teoria e prática nos novos estudos do letramento. . In: MAGALHÃES, Izabel. **Discursos e práticas de letramento: pesquisa etnográfica e formação de professores**. Campinas: Mercado de Letras, 2012. p. 69-92.

_____. **Letramentos sociais: abordagens críticas do letramento no desenvolvimento, na etnografia e na educação**. Tradução Marcos Bagno. São Paulo: Parábola, 2014.

TERRA, Márcia Regina. Letramento & letramentos: uma perspectiva sócio-cultural dos usos da escrita. **DELTA** (PUC-SP), v. 29, p. 29-58, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/delta/v29n1/02.pdf> >. Acesso em: 10 set. 2015.

TFOUNI, Leda Verdiani. **Letramento e Alfabetização**. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Adultos não alfabetizados: o avesso do avesso**. Campinas: Pontes, 1988.

TONÁCIO, Glória de Melo. A perspectiva sócio-histórica e a Educação: um diálogo com Bakhtin e Vigotski. **APRENDER** - Cad. de Filosofia e Psic. da Educação Vitória da Conquista, Ano IV, n. 7, p. 89-118, 2006. Disponível em: < http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/4050/pdf_168 >. Acesso em: 01 jul. 2015.

TRAVAGLIA, Neusa. **A tradução numa perspectiva textual**. 1993. 315 f. Tese (Doutorado em Língua e Literatura Francesa), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

_____. **Tradução retextualização: a tradução numa perspectiva textual**. Uberlândia: EDUFU, 2003.

VAN DIJK, Teun A. **Discurso e poder**. São Paulo: Contexto, 2010.

VYGOTSKY, Lev Semenovitch. **Pensamento e Linguagem**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2008. [1934]

_____. **A construção do pensamento e da linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 2001. [1934]

WEBER, Max. A “objetividade” do conhecimento na ciência social e na ciência política. In: _____. **Metodologia das ciências sociais**. Parte 1. Tradução de Augustin Wernet. 4. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2001. p. 107-154.

YAGUELLO, Marina. Introdução. In: BAKHTIN, Mikhail (VOLOCHINOV, V. N.). **Marxismo e filosofia da linguagem**. Tradução Michel Lahud e Yara Frateschi Vieira. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 11-19.

ZACARIOTTI, Edith Tereza P. A relação médico-paciente na pediatria. In: BRANCO, Rita Francis Gonzalez Rodrigues. **A relação com o paciente**: teoria, ensino e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 181-190.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Confidencialidade da Pesquisa

TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do projeto: (Re) leituras do “dizer” do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social

Pesquisador responsável: Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho

Instituição/Departamento: Centro de Ciências Humanas e Letras (CCHL) / Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Telefone para contato: (86) 99993 – 0392 ou (86) 99946 – 4327

Local da coleta de dados: Unidade Básica de Saúde Nazária, no município de Nazária (PI).

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos participantes cujos dados serão coletados na Unidade Básica de Saúde Nazária, no município de Nazária (PI), através da observação empírica da realidade e da entrevista gravada com pacientes após saírem do consultório médico do referido local. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas nos arquivos de dados dos pesquisadores e na coordenação do Mestrado Acadêmico em Letras (MEL/UFPI), por um período de dois anos, sob a responsabilidade da Sra. Maria Angélica Freire de Carvalho (pesquisadora responsável), Sr. Francisco Renato Lima (pesquisador principal) e Sra. Catarina de Sena Sirqueira Mendes da Costa (Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Letras (PPGL). Após este período, os dados serão destruídos.

Teresina, 10 de junho de 2015

Maria Angélica Freire de Carvalho

Dra. Maria Angélica F. de Carvalho, Dr. Sc.
Departamento de Letras - CCHL - UFPI
SUPE - 163130

Maria Angélica Freire de Carvalho
CPF: 021.609.027-05
Pesquisador responsável

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Secretário
Municipal de Saúde de Nazária**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
COORDENAÇÃO DO MESTRADO EM LETRAS - MEL
MESTRADO EM LETRAS - MEL**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma etapa da pesquisa em andamento no Mestrado Acadêmico em Letras (MEL) – Estudos da Linguagem, pelo Programa de Pós-graduação em Letras (PPGL), da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Leia com atenção o que se segue e, em caso de dúvidas, pergunte ao responsável pelo estudo. Sua participação pressupõe autorização e consentimento para que se dê continuidade ao trabalho de pesquisa. Este estudo está sendo conduzido por **Francisco Renato Lima**, como requisito para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar contribuir para o estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e a outra dos pesquisadores responsáveis. Em caso de recusa, ou mesmo desistência, você não será penalizado (a) de forma alguma: procure o pesquisador, conforme os contatos no final deste termo. Poderá, ainda, se certificar quanto a natureza da pesquisa, através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, pelo telefone (86) 3237-2332.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA

Título do Projeto: (Re) leituras do “dizer” do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social

Pesquisadora Responsável: Prof^ª Dr^ª Maria Angélica Freire de Carvalho

Pesquisador Principal: Francisco Renato Lima

Telefones para Contato: (86) 99993 – 0392 ou (86) 99946 – 4327

E-mails: fcorenatolima@hotmail.com ou angelifreire@oi.com.br

DESCRIÇÃO DA PESQUISA

Nesta pesquisa, propõe-se uma investigação acerca do processo comunicativo estabelecido entre médico e paciente, tendo como objeto de estudo as marcas textuais-discursivas que sinalizam o eco da voz do médico (o outro/interlocutor) no processo comunicativo com o paciente. O objetivo principal é investigar releituras feitas por pacientes a partir de consultas realizadas com médicos em postos de saúde. Busca-se a partir da interação do pesquisador com o paciente, por meio da observação, escuta (entrevista e gravações), anotações; e fotocópia, se possível, do texto receita médica, entender como se dá o processo de compreensão da mensagem transmitida pelo médico durante o evento de letramento consulta médica. Do ponto de vista metodológico, constitui-se de uma pesquisa bibliográfica e de campo, de abordagem qualitativa e dialógica. A coleta de dados da pesquisa de campo será realizada em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Nazária-PI.

A realização deste estudo requer, portanto, sua autorização para o acesso ao campo de pesquisa e coleta de dados com os sujeitos. Após essa coleta de dados, será possível constituir um *corpus* de análise: as entrevistas e o gênero textual receita médica.

INFORMAÇÕES RELEVANTES

Garantia de Acesso

O acesso a qualquer etapa do estudo está garantido em todas as etapas da pesquisa. Este contato será através dos pesquisadores responsáveis pela pesquisa, os quais estarão sempre abertos para esclarecimento de eventuais dúvidas, por meio dos telefones: (89) 9993 – 0392 ou (86) 9946 – 4327 e e-mails: fcorenatolima@hotmail.com ou angelifreire@oi.com.br.

Ainda em caso de dúvida ou sugestões sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí, através do e-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br ou telefone: (86) 3237-2332.

Garantia de Sigilo

Caso aceite contribuir com este estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, uma vez que somente você, através de solicitação; o pesquisador; sua orientadora e

ainda o Comitê de Ética terão acesso as informações para verificar o andamento e os resultados da pesquisa.

Riscos e Benefícios

Ao desenvolver uma pesquisa envolvendo seres humanos, em situações de entrevistas e gravação de suas falas, os possíveis riscos estão relacionados a possibilidades de danos à sua dimensão moral e social, uma vez que durante o processo de transcrição das falas possam ocorrer interpretações errôneas ou duplas interpretações do que eles disseram, considerando-se o caráter de não explicitude da linguagem; e assim, ser atribuído a eles, informações que não correspondam à realidade.

Para evitar que isso ocorra, os pesquisadores buscarão ouvir atentamente as entrevistas, que deverão ser transcritas, conforme as orientações de Marcuschi (1986), ao apontar quatorze sinais mais frequentes e necessários para realizar a transcrição de uma entrevista na área de linguagem; e Castilho; Preti (1986), que também estabelecem normas para transcrição, que incluem, por exemplo, a utilização de sinais, como: “**(hipótese)**”, para representar “**hipótese do que se ouviu**”, em caso de não compreender o que o sujeito disse; e “...”, para indicar “**qualquer pausa**” na fala do interlocutor.

Será assegurado ainda, também, o sigilo, a privacidade dos sujeitos e a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, em que eles terão a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízos, buscando deste modo, respeitar sua integridade e dignidade durante e depois do processo investigativo, conforme com os padrões estabelecidos pela Instituição na qual será feita a pesquisa.

Quanto aos benefícios, esta pesquisa, na medida em que buscará compreender como se estabelece a comunicação entre médico e paciente, deverá proporcionar uma reflexão acerca da importância da forma como se utiliza a linguagem no contexto de uma consulta médica. O profissional médico deve procurar elaborar o seu discurso, de modo que fique clara a informação transmitida para o paciente, uma vez que são comuns as reclamações destes, que por não compreenderem o que o médico diz ou escreve na receita, tem muitas dificuldades na condução do tratamento. A partir disso, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam possibilitar uma reflexão mais aprofundada sobre o assunto, tanto entre os profissionais da

linguagem, quanto os da saúde, uma vez que resultará diretamente de sua ação cotidiana com a linguagem, na relação com o outro (paciente) no espaço profissional.

Período de Participação

Ao voluntário (a) fica assegurado o direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer prejuízo de continuidade do acompanhamento.

Francisco Renato Lima

Francisco Renato Lima

Pesquisador principal

Maria Angélica Freire de Carvalho

Maria Angélica Freire de Carvalho

Pesquisador responsável

Profa. Maria Angélica Freire de Carvalho, D.Sc.
Departamento de Letras CCHL-UFP
94PE-01/06

Eu, ADRIANO KLETON DE CARVALHO BARBOSA,
RG 1.062.600-535-93; CPF 432.556.333-87

Secretário Municipal de Saúde de Nazaré (PI), autorizo o acesso a uma Unidade Básica de Saúde deste município, a fim de contribuir com a pesquisa: "**(Re) leituras do "dizer" do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social**". O pesquisador Francisco Renato Lima foi suficientemente claro a respeito da participação solicitada neste estudo. Após ficarem esclarecidos os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, autorizo o pesquisador a realizar as ações necessárias e aqui expressas para a consecução de sua pesquisa. Desse modo, assino este consentimento em duas vias, ficando de posse de uma delas.

Adriano Kleton de C. Barbosa
Secretário Municipal de Saúde - SEMUSA
Prefeitura de Nazaré - PI

Adriano Kleton de Carvalho Barbosa

Assinatura

Nazária (PI), 03 de Junho de 2015.

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Pacientes



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
COORDENAÇÃO DO MESTRADO EM LETRAS - MEL
MESTRADO EM LETRAS - MEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa a ser desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Letras (MEL) - Estudos da Linguagem - Programa de Pós-graduação em Letras (PPGL), da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Este estudo está sendo conduzido por **Francisco Renato Lima**, como requisito para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho. Leia com atenção o que se segue e, em caso de dúvidas, pergunte ao responsável pelo estudo. Sua participação pressupõe autorização e consentimento para que a pesquisa tenha continuidade. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar contribuir para o estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de recusa, ou mesmo desistência, você não será penalizado (a) de forma alguma e poderá, ainda, se certificar quanto a isto, através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, pelo telefone (86) 3237-2332.

Francisco Renato Lima

Francisco Renato Lima
Pesquisador principal

Maria Angélica Freire de Carvalho

Maria Angélica Freire de Carvalho
Pesquisador responsável

Profa. Maria Angélica F. de Carvalho, Dr. Sc.
Departamento de Letras (CCHL - UFPI)
S/NPE - 64060

TERMO DE PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____; CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar como voluntário (a) do estudo: “**(Re) leituras do “dizer” do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social**”, respondendo a roteiro de perguntas e permitindo a gravação da conversa entre mim e o pesquisador principal. O pesquisador **Francisco Renato Lima** foi suficientemente claro a respeito de minha participação neste estudo. Após ficarem esclarecidos os objetivos, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, autorizo o pesquisador a realizar as ações necessárias, e aqui expressas, para a consecução de sua pesquisa. Estou ciente de que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidade ou prejuízo.

Desse modo, assino este consentimento em duas vias, ficando de posse de uma delas.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nazária (PI), _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Médicos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ - UFPI
COORDENAÇÃO DO MESTRADO EM LETRAS - MEL
MESTRADO EM LETRAS - MEL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, de uma pesquisa a ser desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Letras (MEL) - Estudos da Linguagem - Programa de Pós-graduação em Letras (PPGL), da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Este estudo está sendo conduzido por **Francisco Renato Lima**, como requisito para obtenção do título de Mestre, sob a orientação da Profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho. Leia com atenção o que se segue e, em caso de dúvidas, pergunte ao responsável pelo estudo. Sua participação pressupõe autorização e consentimento para que a pesquisa tenha continuidade. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar contribuir para o estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias, sendo uma sua e a outra, do pesquisador responsável. Em caso de recusa, ou mesmo desistência, você não será penalizado (a) de forma alguma e poderá, ainda, se certificar quanto a isto, através do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, pelo telefone (86) 3237-2332.

Francisco Renato Lima

Francisco Renato Lima
Pesquisador principal

Maria Angélica Freire de Carvalho

Maria Angélica Freire de Carvalho
Pesquisador responsável

Profa. Maria Angélica F. de Carvalho, Dr. Sc.
Departamento de Letras - CCHL - UFPI
SIAPE - 167950

TERMO DE PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,
RG _____; CPF _____,
abaixo assinado, concordo em participar como voluntário (a) do estudo: “**(Re) leituras do “dizer” do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social**”, respondendo a roteiro de perguntas e permitindo a gravação da conversa entre mim e o pesquisador principal. O pesquisador **Francisco Renato Lima** foi suficientemente claro a respeito de minha participação neste estudo. Após ficarem esclarecidos os objetivos, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, autorizo o pesquisador a realizar as ações necessárias, e aqui expressas, para a consecução de sua pesquisa. Estou ciente de que minha participação é isenta de despesas e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a pesquisa, sem penalidade ou prejuízo.

Desse modo, assino este consentimento em duas vias, ficando de posse de uma delas.

Assinatura do sujeito da pesquisa

Nazária (PI), _____ de _____ de 2015.

APÊNDICE E – Instrumento de coleta de dados: roteiro de questões para os sujeitos da pesquisa

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
ROTEIRO DE QUESTÕES PARA OS SUJEITOS DA PESQUISA

Com os pacientes:

- 1) Você se consulta regularmente nos postos de saúde?
- 2) Quando se consulta, é com o mesmo médico?
- 3) Durante as consultas você compreende o que o médico lhe orienta ou informa?
 - 3.1 (Se não) Quais os motivos para essa falta de compreensão?
 - 3.1.1 Quando você recebe a orientação por escrito na receita, há facilidade para lembrar como seguir a medicação?
 - 3.1.2 Quando você não lembra ou não compreendeu as orientações, a partir da fala do médico ou da receita prescrita, como busca resolver/solucionar suas dúvidas?
- 4) Você, a partir da receita que recebe na consulta, consegue identificar ou fazer alguma relação entre a fala do médico e o que tem escrito? Ou fica confuso o entendimento?
- 5) A partir do que você apontou como problema(s) na comunicação com o médico, o que sugere para melhorar essa relação comunicativa entre médico e paciente?

Com o médico:

- 1) Como se dá a comunicação com o paciente?
- 2) Quais as principais dificuldades de compreensão quanto a prescrições e orientações, tomando por base perfis de pacientes? Você apontaria possíveis causas para as dificuldades encontradas?
- 3) O que você faz para manter uma boa comunicação, principalmente, com aqueles pacientes que não sabem ler (são analfabetos)? De que modo você atua para esclarecer dúvidas para que eles superem suas dificuldades e consigam seguir o tratamento correto?

APÊNDICE F – *Corpus* da Pesquisa em CD-ROM – áudio, transcrições das entrevistas e registro fotográfico das receitas médicas

ANEXOS

ANEXO A – Normas para transcrição (KOCH, 2012, p. 82-85)

OCORRÊNCIAS	SINAIS	EXEMPLIFICAÇÃO
Incompreensão de palavras ou segmentos	()	do nível de renda... () nível de renda nominal
Hipótese do que se ouviu	(hipótese)	(estou) meio preocupado (com o gravador)
Truncamento (havendo homografia, usa-se acento indicativo da tônica e/ou timbre)	/	e comé/e reinicia
Entoação enfática	Maiúsculas	porque as pessoas reTÊM moeda
Alongamento de vogal ou consoante (como s, r)	: : podendo aumentar para : : : ou mais	ao emprestarem os... éh : : : ... o dinheiro
Silabação	-	por motivo de tran-sa-ção
Interrogação	?	e o Banco Central... certo?
Qualquer pausa	...	são três motivos... ou três razões... que fazem com que se retenha moeda... existe uma... retenção
Comentários descritos do transcritor	((minúsculas))	((tossiu))
Comentários que quebram a sequência temática da exposição; desvio temático	--	... a demanda de moeda – vamos dar essa notação – demanda de moeda por motivo
Superposição, simultaneidade de vozes	ligando as [linhas	A. na casa de sua irmã [B. sexta-feira? A. fizeram lá... [B. cozinham lá?
Indicações de que a fala foi tomada ou interrompida em determinado ponto. Não no seu início, por exemplo.	(...)	(...) nós vimos que existem...
Citações literais, reproduções de discurso direto ou leituras de textos, durante a gravação	“ ”	Pedro Lima... ah escreve na ocasião... “O cinema falado em língua estrangeira não precisa de nenhuma baRReira entre nós”...

* Extraídos de CASTILHO, A. T. & D. PRETI. **A linguagem falada culta na cidade de São Paulo**, v. II: Diálogos entre dois informantes. São Paulo: T. A. Queiroz/EDUSP, 1986, p. 9-10.

** Exemplos retirados dos inquéritos NURC-SP n. 338 EF, 331 D2 e 153 D2.

Observações:

1. Iniciais maiúsculas: não se usam sem início de períodos, turnos e frases.
2. Fáticos: *ah, éh, eh, ahn, ehn, uhn, tá* (não por *está: tá?* você *está* brava?)
3. Nomes de obras ou nomes comuns estrangeiros são grifados.
4. Números: por extenso.
5. Não se indica o ponto de exclamação (frase exclamativa).
6. Não se anota o *cadenciamento da frase*.
7. Podem-se combinar sinais. Por exemplo: *oh : : : ... (alongamento e pausa)*
8. Não se utilizam sinais de pausa, típicos da língua escrita, como ponto e vírgula, ponto final, dois pontos, vírgula. As reticências marcam qualquer tipo de *pausa*.

ANEXO B - Autorização Institucional para Pesquisa Científica



ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE NAZÁRIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -
SEMUSA



AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA CIENTÍFICA

PROJETO: (Re) leituras do “dizer” do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho.

OBJETIVO: Investigar releituras feitas por pacientes a partir de consultas realizadas com médicos em postos de saúde.

A **Secretaria Municipal de Saúde de Nazária (SEMUSA)**, CNPJ nº 10.560.403.0001-49, situada na PI – 130 Km 26; Bairro: Centro, na cidade de Nazária – PI, na pessoa de seu secretário, o Sr. Adriano Kleiton de Carvalho Barbosa, concede permissão para a implementação de etapa do projeto de pesquisa: **(Re) leituras do “dizer” do médico em comunicação com o paciente: uma abordagem em práticas de letramento social**, o qual está sob responsabilidade científica da pesquisadora Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho, professora da Universidade Federal do Piauí (UFPI), e condução prático-metodológica do mestrando em Letras **Francisco Renato Lima**, matrícula: **2014103442**. Essa permissão epistemológica abrange o processo de seleção de sujeitos e de coleta de dados, com a finalidade de alcançar os objetivos da investigação elaborados como fundamentos da pesquisa em foco.

Nestes termos, pede deferimento.

Adriano Kleiton de C. Barbosa
Secretário Municipal de Saúde - SEMUSA
Prefeitura de Nazária - PI

Adriano Kleiton de Carvalho Barbosa

Adriano Kleiton de Carvalho Barbosa
Secretário Municipal de Saúde

Nazária (PI), 07 de Junho de 2015.

ANEXO C - Parecer de Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAUI - UFPI



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: (RE) LEITURAS DO 'DIZER' DO MÉDICO EM COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE: UMA ABORDAGEM EM PRÁTICAS DE LETRAMENTO SOCIAL

Pesquisador: Maria Angélica Freire de Carvalho

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 48117715.8.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.197.647

Apresentação do Projeto:

O projeto apresenta uma proposta de pesquisa de doutoramento, intitulada: (RE) LEITURAS DO 'DIZER' DO MÉDICO EM COMUNICAÇÃO COM O PACIENTE: UMA ABORDAGEM EM PRÁTICAS DE LETRAMENTO SOCIAL. Justifica a relevância do estudo pela necessidade de compreender-se que a discussão crítica e teórica deste tema em âmbito acadêmico-científico reveste-se da maior importância para o avanço dos estudos linguísticos, uma vez reconhecida a própria carência de estudos na área da Linguística que aprofundem o desvelamento do processo comunicativo estabelecido entre o médico e o paciente sob esse olhar, que busca articular as perspectivas teóricas de leitura sob uma abordagem sociointeracional e discursiva; e de letramento, a partir de uma visão socio-histórica, na qual o indivíduo é considerado em todo o seu contexto, e neste, a leitura e a escrita assumem significado e significância social na construção dos sentidos no mundo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar releituras feitas por pacientes a partir de consultas realizadas com médicos em postos de saúde.

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrólio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br





Continuação do Parecer: 1.197/647

Objetivo Secundário:

Identificar as marcas de subjetividade na interação entre o médico e o paciente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

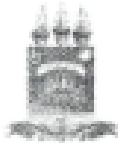
Ao desenvolver uma pesquisa envolvendo seres humanos, em situações de entrevistas e gravação de suas falas, os possíveis riscos estão relacionados a possibilidades de danos à sua dimensão moral e social, uma vez que durante o processo de transcrição das falas possam ocorrer interpretações errôneas ou duplas interpretações do que eles disseram, considerando-se o caráter de não explicitude da linguagem; e assim, ser atribuído a eles, informações que não correspondam à realidade. Para evitar que isso ocorra, os pesquisadores buscarão ouvir atentamente as entrevistas, que deverão ser transcritas, conforme as orientações de Marcuschi (1986), ao apontar quatorze sinais mais frequentes e necessários para realizar a transcrição de uma entrevista na área de linguagem; e

Castilho; Preti (1986), que também estabelecem normas para transcrição, que incluem, por exemplo, a utilização de sinais, como: "(hipótese)", para representar "hipótese do que se ouviu", em caso de não compreender o que o sujeito disse; e "...", para indicar "qualquer pausa" na fala do interlocutor. Será assegurado ainda, também, o sigilo, a privacidade dos sujeitos e a garantia de esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa, em que

eles terão a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízos, buscando deste modo, respeitar sua integridade e dignidade durante e depois do processo investigativo, conforme com os padrões estabelecidos pela Instituição na qual será feita a pesquisa.

Benefícios:

Esta pesquisa, na medida em que buscará compreender como se estabelece a comunicação entre médico e paciente, deverá proporcionar uma reflexão acerca da importância da forma como se utiliza a linguagem no contexto de uma consulta médica. O profissional médico deve procurar elaborar o seu discurso, de modo que fique clara a informação transmitida para o paciente, uma vez que são comuns as reclamações destes, que por não compreenderem o que o médico diz ou escreve na receita, tem muitas dificuldades na condução do tratamento. A partir disso, espera-se que os resultados dessa pesquisa possam possibilitar uma reflexão mais aprofundada sobre o assunto, tanto entre os profissionais da linguagem, quanto os da saúde, uma vez que resultará diretamente de sua ação cotidiana com a linguagem, na relação com o outro (paciente) no espaço profissional.



Continuação do Parecer: 1.197.647

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Caracterizar-se-á como uma pesquisa qualitativa de base dialógica bakhtiniana, tendo como locus uma Unidade Básica de Saúde Nazária, no Município de Nazária (PI). O universo populacional será constituído de pacientes atendidos na unidade de saúde mencionada. Dentre esse universo serão selecionados 20 pacientes para participar da pesquisa. Define como critérios de inclusão ser paciente da unidade de saúde citada e aceitar participar da pesquisa. Os dados serão coletados por meio da observação direta dos fatos e entrevistas semiestruturada. Na etapa de análise e discussão dos dados, o corpus será constituído de entrevistas com pacientes e o gênero textual receita médica. As entrevistas deverão ser transcritas, conforme as orientações de Marcuschi (1986), ao apontar quatorze sinais mais frequentes e necessários para realizar a transcrição de uma entrevista na área de linguagem. Quanto ao gênero receita médica coletado por meio do registro fotográfico, ele constituirá um importante documento concreto de análise, para perceber como se configuram as marcas textuais-discursivas da comunicação entre os sujeitos da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A proposta apresenta os componentes básicos exigidos por uma pesquisa acadêmica, referencial teórico que dará sustentação ao estudo, bem como os aspectos éticos do estudo, cronograma e orçamento afirmando ser financiada com recursos próprios. Os objetivos estão coerentes com a proposta de estudo. O coordenador é docente da UFPI com experiência na temática evidenciada e se compromete cumprir os termos da Resolução CNS nº 466/12 - e zelar pela privacidade e confidencialidade dos dados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Projeto apto para ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de instituição e infraestrutura	AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA EM POSTO DE SAÚDE ASSINADA.pdf	10/06/2015 00:39:06		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO ASSINADA.pdf	10/06/2015		Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petrônio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa

Bairro: Ininga

CEP: 64.040-550

UF: PI

Município: TERESINA

Telefone: (86)3237-2332

Fax: (86)3237-2332

E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



Continuação do Parecer: 1.197.647

Folha de Rosto	FOLHA DE ROSTO ASSINADA.pdf	00:36:45		Aceito
Outros	CARTA DE ENCAMINHAMENTO.pdf	10/06/2015 19:57:27		Aceito
Outros	DECLARAÇÃO DOS PESQUISADORES.pdf	10/06/2015 19:58:14		Aceito
Outros	TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.pdf	10/06/2015 19:59:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO DE PESQUISA - MESTRADO LETRAS - UFPI.pdf	10/06/2015 20:00:28		Aceito
Outros	CURRÍCULO LATTES DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.pdf	10/06/2015 20:01:35		Aceito
Outros	CURRÍCULO LATTES DO PESQUISADOR PRINCIPAL.pdf	10/06/2015 20:42:30		Aceito
Outros	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.pdf	10/06/2015 20:43:48		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_532924.pdf	10/06/2015 20:46:34		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Agência	TCLE - SEC. DE SAÚDE DE NAZÁRIA.pdf	11/07/2015 00:00:25		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_532924.pdf	30/07/2015 01:56:15		Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_532924.pdf	07/08/2015 20:08:01		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 24 de Agosto de 2015

Assinado por:

Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Profª Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq IV 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br