

# LINGUAGEM E PRÁTICAS IDENTITÁRIAS

Nádia GADELHA

Universidade Federal do Ceará (UFC)

## RESUMO

*No presente trabalho, apresento a dialética do discurso, segundo FAIRCLOUGH (2003), relacionando discurso, identidade e representações com a práxis social da medicina. Este estudo é situado na prática de pesquisa etnográfico-discursiva sobre o discurso médico-paciente (MAGALHÃES, 2000). Os dados analisados apontam para as práticas identitárias de médicos e médicas e revelam profissionais comprometidos com as tecnologias da medicina tecnicista no cenário contemporâneo global. As identidades médicas sugerem agonística, resistência, luta e tentativas de superação dos limites da arte de curar, processo pautado por muitas dificuldades de gestão e de recursos no contexto político e social, historicamente situado da saúde pública no Nordeste do Brasil.*

## ABSTRACT

*In this paper, I present the dialectics of discourse, according to FAIRCLOUGH (2003), relating discourse, identity and representations with the praxis of social medicine. This study is situated in the practice of discursive ethnographic research on doctor-patient discourse (MAGALHÃES, 2000). The analyzed data point to the identity practices of physicians and medical professionals committed to reveal the technologies of medicine technicist contemporary global scenario. The identities suggest agonistic medical, resistance, struggle and attempts to overcome the limits of the art of healing, a process marked by many difficulties and management of resources in the social and political context, historically situated public health in the Northeast of Brazil*

## PALAVRAS-CHAVE

*Análise de Discurso Crítica. Discurso Médico. Etnografia. Identidades.*

## KEYWORDS

*Critical Discourse Analysis. Medical discourse. Ethnography. Identities.*

## Introdução

No contexto da *práxis* hospitalar, identidades médicas sinalizam aspectos importantes da prática social da saúde pública marcada por fortes mecanismos discursivos políticos de desrespeito à saúde das populações atendidas. No Brasil, falar de saúde é trazer ao debate o respeito aos princípios paradigmáticos do Sistema Único de Saúde – SUS e suas garantias nas prestações de assistência médica de qualidade aos usuários-cidadãos do SUS.

Neste artigo, examino as vozes médicas de um cotidiano hospitalar situado em um município no Nordeste do Brasil, local historicamente lembrado como uma região de intensas desigualdades sociais. Situadas nessa complexidade histórica, as vozes médicas podem ser entendidas como protagonistas da vida e da morte.

Este trabalho é parte de minha pesquisa de doutoramento que tem como objeto o estudo do discurso médico-paciente (MAGALHÃES, 2000), apresentando como suporte constitutivo a *práxis* médica no contexto de atenção às demandas populacionais SUS-dependentes, em sua grande maioria pessoas pobres, impossibilitadas de adquirirem planos privados de saúde. Nesse contexto, a assistência médica passa por inúmeras dificuldades e restrições nas coberturas de tais demandas, quer do ponto de vista da atenção primária de saúde, quer secundária ou de alta complexidade.

Apresento uma análise discursiva das identidades médicas, tomando como referencial teórico metodológico a Análise de Discurso Crítica - ADC (FAIRCLOUGH, 2003) e a etnografia discursiva no âmbito do discurso médico-paciente segundo Magalhães (2000), situado no campo dos estudos de linguagem e sociedade. O objetivo é analisar

os dois significados do discurso segundo Fairclough (2003), que se mostram centrais para a pesquisa etnográfico-discursiva: representação e identificação. As práticas identitárias estudadas no âmbito da ADC estão relacionadas a discursos (FAIRCLOUGH, 2003). A análise desses significados segue a orientação de Fairclough (2003, p.106): “identificar as principais partes do mundo (incluindo áreas da vida social) representadas”. A representação e a identificação são investigadas mediante entrevistas, observação e notas de campo.

Proponho contribuir para o debate político e ético da saúde pública, e da *práxis* da medicina no Nordeste do Brasil sob as novas demandas do discurso da humanização da saúde.

Este artigo está organizado em quatro seções. Na primeira, abordo o referencial teórico que orienta a análise. Na segunda, abordo o referencial teórico-metodológico prático que orienta a minha análise discursiva. A terceira seção desenvolve a análise discursiva e a quarta apresenta os relatos etnográficos. Concluo o trabalho com algumas inquietações e incompletudes.

## 1 ADC e pressupostos teóricos-metodológicos

A ADC é uma epistemologia linguística contemporânea constituída de uma heterogeneidade de abordagens e epistemologias críticas que compartilham princípios comuns, sobre os quais esclarece seu foco: analisar discursos incidindo uma crítica filosófica/científica sobre eventos /contingências sociais sob os quais os sujeitos e sua relação natureza/sociedade estabelecem e estabilizam instituições, valores e práticas sociais.

Tais características são apontadas como um campo (*in*) disciplinar aberto à reflexão teórica e epistemológica que atende às características de cada objeto de pesquisa a ser empreendido pelos pesquisadores em ADC. Para compreender que o mundo social e suas racionalidades

não são imediatamente acessíveis, é necessária uma abordagem epistemológica multidimensional capaz de investigar a relação entre práticas, eventos, discursos, identidades e relações sociais, nos termos uma relação dialética (FAIRCLOUGH, 2003).

Os discursos são os modos particulares de representar que, identificam a si mesmos, aos outros e a aspectos do mundo por meio de estilos – tipos de linguagem usados por uma categoria particular de pessoas que constroem a sua identidade. Dessa maneira, acionam a linguagem na vida social, ligando-se, por sua vez, a três principais significados do discurso – acional, representacional e identificacional (FAIRCLOUGH, 2003).

Fairclough (2003) apresenta a dialética do discurso de forte ancoragem marxista. Uma linguística que dialoga com a sociedade não pode desvincular-se dessa epistemologia basilar para os estudos críticos. A ADC encarna seu compromisso político de articulação dos estudos da linguagem com as demandas da sociedade, as injustiças sociais e a luta pela dignidade humana.

Um humanismo marxista instaurado no final do século IX surge como um divisor de águas na história recente do ocidente, trazendo ao debate a necessidade de se opor contra as formas clássicas de opressão que fizeram Karl Marx recriar as utopias de mudança e transformação social num mundo até então dominado pelas práticas sociais do capitalismo liberal, uma intensa e complexa rede de construções ideológicas, políticas e econômicas tão bem resenhados no *O Capital*, 1867.

Fairclough retoma o marxismo, ancora-o na linguística pós-moderna e acena que a linguística deve dialogar, ensejar possibilidades de lutar, superar os cenários políticos de injustiças mantidos e realimentados nos discursos e suas instituições magnas do conhecimento: ciência, religião, economia. A ‘ordem do discurso’ mantém e realimenta ‘representações, ações e estilos’, quer nas instituições, quer na criação e manutenção de práticas identitárias (FOUCAULT, 1996; FAIRCLOUGH, 2001; MAGALHÃES, 2000).

A dialética é a construção filosófica que emerge dessa dinâmica entre natureza, sujeitos e práticas sociais. Não é um aspecto isolado ou determinístico de leis causais no âmbito das leis naturais, biológicas, ou no âmbito das leis da sociedade, tais como o pensamento clássico sociológico profundamente influenciado por uma física social, mas sim uma contingência determinada pelos discursos e seus sistemas de concepções epistemológicas a dominar a ordem do discurso das instituições sociais.

Fairclough (2003) sugere que a representação tem a ver com conhecimentos e por meio deles o controle sobre as coisas; a ação está relacionada, de modo genérico, com a relação com os outros, mas também com a ação sobre os outros, e com o poder dialeticamente relacionado. Representações particulares (discursos) podem desempenhar de modo particular ações e relações (gêneros), e apontar modos de identificação (estilos).

Por isso, uma dialética do discurso marxista, segundo Fairclough (2003), é fundamental para entender como esse processo contingencialmente se organiza em momentos as três principais maneiras em que o discurso figura como prática social: como modos de agir (gêneros), como modos de representar (discursos) e como modos de ser (estilos), ou seja, a relação do texto com o evento; com o mundo; e com as pessoas envolvidas no evento. Fairclough, em vez de falar das funções da linguagem, opta por falar sobre os três principais tipos de significações: Ação, Representação e Identificação (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27).

O discurso figura de três principais maneiras na prática social: como modos de agir (gênero), como modos de representar (discursos) e como modos de ser (estilos) (FAIRCLOUGH, 2003, p. 26). A Representação corresponde à função ideacional de Halliday (2004). Ação é a função interpessoal (modos de interagir). Uma ação implica uma relação social: “relação entre textos, eventos, práticas e estruturas sociais” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27).

Para Fairclough, há uma sobredeterminação da linguagem por outros elementos sociais nas ordens do discurso: a organização e o controle social da variação linguística e seus elementos (discursos, gêneros, estilos) são correspondentemente, categorias não puramente linguísticas mas que fazem o corte através da divisão entre linguagem e não linguagem, entre o discursivo e o não discursivo (FARCLOUGH, 2003, pp. 24.25).

## 1.1 A Representação dos Atores Sociais

A análise de textos sob uma perspectiva representacional é dialogada pela ADC com a Teoria dos Atores Sociais, de Van Leeuwen que propõe a análise de eventos sociais e sua relação com práticas sociais, linguagem e cultura. Nesse processo dialético, o significado representacional emerge em cada produção de contextos situados historicamente. Van Leeuwen esboça “um inventário sócio-semântico dos modos pelos quais os atores sociais podem ser representados, e dessa forma uma análise de discurso das representações sociais pode estabelecer a relevância sociológica e crítica” de eventos e práticas sociais (VAN LEEUWEN, 1997, p. 169).

Discursos não podem ser analisados apenas sob os limites formais da linguística sem uma relação com o contexto cultural e sociológico “em contextos institucionais específicos que têm relações específicas com as práticas sociais e das quais produzem representações” (VAN LEEUWEN, 1997, p. 172).

Para atender aos propósitos deste artigo, do inventário sociosemântico de Van Leeuwen escolhemos a categoria *Identificação* que mais se presta à análise dos significados representacionais das identidades médicas.

A Identificação ocorre quando os atores sociais são definidos, não em termos daquilo que fazem, mas em termos daquilo que, mais ou menos permanentemente, ou inevitavelmente, são. Distingue três tipos: classificação, identificação relacional e identificação física. No que diz respeito à classificação, os atores sociais são referidos em termos das

principais categorias através das quais uma dada sociedade ou instituição diferencia classes de pessoas (VAN LEEUWEN, 1997, p. 202).

A Identificação é um comprometimento profissional devido – um comprometimento ético. Fairclough (2003, p. 17) propõe: “focalizar a análise de textos na interação de Ação, Representação e Identificação traz uma perspectiva social para o âmago do texto, para o seu mais afinado detalhe”, pois são dialeticamente relacionados. E as representações particulares são os discursos que podem desempenhar de modo particular Ações e Relações (gêneros) e apontar (estilos). O estilo tanto pode ser individual, como coletivo referente ao contexto discursivo profissional. Fairclough destaca para a análise de eventos sociais formas de ação, pessoas (com crenças, desejos, valores, histórias); relações sociais, formas institucionais; objetos; meios (tecnologias); tempos e espaços; linguagem (e outros tipos de semioses) (FAIRCLOUGH, 2003, p. 135).

## 1.2 Identidades e humanização da práxis médica

O nascimento da humanização da prática médica, fruto da arte e da técnica advindas da racionalidade científica, tem como pano de fundo as rupturas primeiras das cosmogonias do Olimpo e o surgimento das cosmologias da *razão* e do *logos*, na constituição racional do que são o ser, as coisas, a origem, a causa e as transformações no mundo. A prática da medicina nasce filosófica e essa relação funda as bases das indagações sobre o ser da saúde e da doença, estabelecendo um diálogo com as cosmologias da ordem do mundo. A *desordem* do mundo é gerativa das doenças de corpos desequilibrados com o cosmos – uma leitura *humana* da doença e que requererá aptidões técnicas da arte de curar, produzidas pelas conquistas da racionalidade, dispensando oráculos, deuses e sacerdotes mágicos e feiticeiros.

Com o desenvolvimento da racionalidade médica e suas rupturas com o sagrado, as identidades médicas requereram o mais alto nível de domínio da arte e técnica de curar, conferindo ao médico um papel

social dotado de um poder sobrehumano, engendrando identidades inspiradoras de poder, *sabhação*. Nessa interação, mantém a polifonia das ancestralidades religiosas e mágicas. Dessa força polifônica (BAKHTIN, 2008), resgatamos a complexidade híbrida do ser humano com seu passado ancestral e mítico (JUNG, 2008).

O discurso da humanização na arte de curar, é o genial esforço filosófico e posteriormente científico, que coloca, nas mãos humanas, os domínios da razão autônoma nos polos diferenciados da vida e da morte. Uma práxis humanizada da medicina é celebrada atualmente como uma relação dialógica e interativa possível, responsiva às demandas dos pacientes e com finalidades terapêuticas resolutivas. Porém, no contexto do atendimento médico a pessoas pobres, são comuns, queixas e reclamações das populações pela negação e dificuldades desses encaminhamentos. Uma medicina relacional é aquela que mais os pacientes precisam; “uma qualidade de presença, sua humanidade, uma medicina mais à altura do homem, atenta antes ao doente do que à doença” (LE BRETON, 2011, pp.341, 342). Essa medicina vem afrontando a ordem discursiva da medicina<sup>1</sup> e favorecendo novas abordagens de sua práxis social.

No Brasil, o discurso da humanização da práxis médica assume conotações prescritivas políticas e éticas como uma proposta que se aproxima das concepções filosóficas do SUS, em busca de uma pragmática da atenção às demandas de saúde de forma resolutiva e solidária. A saúde como parte de um processo na dinâmica social alcança um olhar clínico

---

<sup>1</sup> A ordem discursiva da medicina contemporânea sustentada no modelo mecanicista cartesiano, com base na física clássica, na bioquímica, biologia molecular vem sendo discutida desde a década de 1970 do século XX, como um paradigma não responsivo aos novos conceitos de saúde e doença. Novos paradigmas da doença para além do modelo biomédico reclamam a formulação desse conceito clássico para um novo enfoque crítico e dialético da doença e da saúde. Contudo, apesar das discussões e destaques epistemológicos importantes da saúde entendida não como ausência de doenças e sim como um processo biológico, psicológico e social, a formação médica no mundo ocidental ainda é predominante e rigorosamente cartesiana e suas práticas tecnológicas cada vez mais se distanciam do paradigma dialético da doença no qual o diálogo ocupa um lugar de destaque nas redes de assistência e solidariedade.



não só sobre o corpo biológico separado de suas interações complexas com o ambiente social, cultural, político e econômico.

A humanização da práxis médica é um processo que exige identidades médicas com alcance de amplo espectro sobre corpos que eventualmente estão com ausência de doenças, mas buscam ajuda médica. Nesse abismo, necessário se faz o diálogo solidário, pois “o doente não é somente um corpo que precisa ser consertado” (LE BRETON, 2011, p. 290).

Mas como identidades médicas no cenário de pesquisa são autorrepresentadas num hospital público? E como se relacionam com o discurso da humanização da práxis médica?

## 2 Metodologia

Este artigo é parte de uma abordagem de estudos etnográficos sobre o qual elaboro minha tese de doutoramento. A pesquisa<sup>2</sup> etnográfica foi realizada no período de 2010 a 2012 num hospital de atenção secundária da rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS), no Estado do Ceará- Brasil. Para os objetivos deste artigo, analiso entrevistas com três médicos e três médicas no cotidiano profissional do hospital e realizo a triangulação com duas notas de campos colhidos na observação participante.

Etnografia e ADC dialogam no sentido de compreender como textos são dotados de significados construídos em interação real com o campo, laboratório vivo de produção de sentidos. Os juízos cognitivos (representações) de ações (juízos éticos e políticos) estão situados nos discursos como constituintes e constitutivos das práticas sociais.

A análise de discursos de práticas sociais contextuais é internamente dinâmica, num espaço de intensas inter-relações (HARVEY, 2013) com sistemas culturais, simbólicos, linguagens e ordens do discurso sob os

---

<sup>2</sup> O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará de acordo com a Resolução 199/96 do Conselho Nacional de Saúde das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos.

quais a práxis médica transitou e transita ao longo de sua constituição como prática social, científica e suas funções em nossa sociedade.

### 3 Análise discursiva

Apresento, na Tabela 1, excertos (respostas de uma seção de entrevista) de relatos de médicos em que, fiz a seguinte pergunta: *“Que é ser médico para você?”* O objetivo da pergunta norteadora foi o de identificar identidades profissionais e discursos. As entrevistas que compõem o conjunto de dados gerados da tese não estão transcritas na íntegra nesse artigo. Selecionei 1 pergunta que considero responsiva aos interesses desse trabalho. A convenção da transcrição adotada é a de Magalhães (2000, pp. 15,16,17,18) como no exemplo a seguir:

Nádia: O que é ser médico (a) para você?

Médico: Olha, especificamente, aqui no Maranguape, ser médico é ter que estar preparado para enfrentar uma série de desafios que de forma geral desencanta o sonho inicial de ser médico. A gente assim que se forma acha que vai encontrar o hospital dos sonhos, tecnologias, tudo de acordo com o que a gente aprende. Depois, a gente vai descobrindo que a realidade da medicina na saúde pública nega em muito tudo que nossa formação ao longo de 6 anos, e bota mais aí 4 anos de especialização, e aí a gente tem que virar santo, fazer milagres, sem esquecermos que fomos preparados para desenvolver protocolos científicos de alta tecnologia. Aqui como em muitos hospitais das regiões pobres no Brasil, a gente tem que reinventar a vida, não tem como seguir protocolos, a gente vai driblando as dificuldades e esperar em muitas ocasiões um milagre, pois de um modo geral, falta quase tudo (Médica C).

A abordagem dialética, segundo Fairclough (2003), considera Ações e suas relações sociais, Identificação de pessoas, Representação do mundo, Discursos (gêneros, discursos, estilos). “Textos não são apenas efeitos de estruturas linguísticas e de ordens do discurso, são também

efeitos de outras estruturas sociais, e de práticas sociais em todos os aspectos, de maneira que se torna difícil separar os fatores que modelam textos” (FAIRCLOUGH, 2003, p. 25).

É preciso enfatizar que as estruturas sociais sob as quais a práxis social da medicina é situada manifestam-se no evento de atendimento médico. Neste trabalho, o evento pertence a um hospital público. As relações externas de textos incluem suas relações com outros elementos de eventos sociais (mais abstratamente, práticas sociais e estruturas sociais). A análise desses outros elementos de eventos sociais inclui como eles figuram em Ações, Identificações, e Representações (FAIRCLOUGH, 2003, p. 36).

A análise interdiscursiva da articulação dos textos vai considerar a posição de Fairclough (2003, p. 124) que vê discursos como modos de representar aspectos do mundo – os processos, as relações e estruturas do mundo material, o mundo mental dos pensamentos, as crenças, e assim por diante, e o mundo social.

Os aspectos particulares do mundo são representados pelos diferentes discursos que são diferentes perspectivas do mundo, e elas estão associadas às diferentes relações que as pessoas têm com o mundo, suas identidades sociais, pessoais e as relações sociais com outras pessoas (FAIRCLOUGH, 2003, p. 124).

### **3.1 Identidades**

São três as formas de construção de identidades sugeridas por Castells (1999, p. 24); Identidade Legitimadora; a Identidade de Resistência e a Identidade de Projeto.

A identidade legitimadora é introduzida pelas instituições dominantes. Já a identidade de resistência é criada por quem está em posição de trincheiras e a Identidade de projeto redefine posições e, ao fazê-lo, busca a transformação das estruturas sociais.

A identidade agonística é compreendida a partir de reflexões sobre a

luta travada pelos médicos e médicas no âmbito de sua práxis na saúde pública. A agonística é um termo utilizado pelos pré-socráticos e, na modernidade, passa a ser utilizado por Nietzsche (1998) realçada na obra: *Assim falou Zaratustra, 1892*. A agonística preconiza a constante superação de forças entre os atores sociais, tendo como meta o desenvolvimento de obras que possibilitem a afirmação da excelência humana e a superação de uma visão de mundo pessimista, decadente, em prol da afirmação da beleza e da glória, tornando-se, conseqüentemente, um dos grandes conceitos relativos à criação de valores afirmativos da vida através da vida através da interação de forças que garantam a vitória contra a inércia e a fraqueza dos instintos vitais (BITTENCOURT, 2011).

O *agon* é uma luta na qual não há trégua nem fim. “Como é preciso que a luta perdure, para que as diferentes forças da vida se manifestem os lutadores não podem chegar a um acordo, o que seria uma trégua, e nenhum deles pode ser aniquilado pelo outro, o que significaria o fim do combate” (MOSÉ, 2011, p. 86). Dessa forma, vejo no cotidiano médico na saúde pública uma luta sem fim na qual a finitude, a morte, o colapso da existência quer aniquilar a esperança, a vida, momentaneamente transferida para as mãos dos médicos e médicas.

Como toda hegemonia é relativa, as construções identitárias são possíveis de mudanças pela dinâmica das interações dialéticas capazes de criar e mudar coisas. Por isso, as identidades tratadas estarem relacionadas a contextos específicos e situados em práticas sociais (FAIRCLOUGH, 2003). Todas essas nomeações apresentam-se como identidades culturais profissionais, sociais, que são constituídas de um conceito carregado de poder simbólico, jurídico e social.

TABELA 1: Dialética do discurso

<b>Significado Representacional</b>	<b>Estilos (significado identificacional) “Que é ser médico para você?”</b>
-------------------------------------	---

Discurso belicista	Nós somos uma infantaria, estamos na linha de frente, é guerra, é guerra. Eu acho que o serviço público de saúde ele é mal, é, é questão de gestão mesmo. Porque eu acho que recurso tem, sabe. É gestão mesmo. E a gente tá aqui na ponta como aquela coisa da infantaria, né. Agente vai enfrentar isso tudo. É uma, é uma, é uma guerra. É uma guerra. (Ex 1. Médico A).
Discurso especialista	O piloto de avião, que sabe lidar com o avião. É uma capacidade que ele adquiriu durante a vida, né. De formação. De resolver um problema. Assim como você, na sua profissão. Resolver um problema, né, uma situação. Ou o, o piloto de avião, que sabe lidar com o avião, conduzir de um lugar pro outro e às vezes numa situação crítica, conduzir pra sair do, da, da situação de perigo, né. Na verdade é uma formação profissional, né. (Ex2. Médico B)
Discurso ético e político	Eu sou uma médica responsável, faço o meu sonho falar alto. Atendo os pacientes, direitinho. Faço história, prontuário, etc. (Ex3. Médica A)
Discurso da globalização	A gente tá no serviço público de terceiro mundo, com informações de primeiro mundo. Que a internet é uma coisa, eu acho a internet fantástica. É de primeiro mundo. E as pessoas tão tendo acesso à isso aí. Seja da classe B, C, D, E, F, G, H, enfim, eu acho. Tá disseminado, e, e, é, o saber tá disseminado. Quando às vezes eu vou, vou, vou atender uma pessoa com artrose, ela já sabe de tudo pela internet mais do que eu. Quer dizer, aquela coisa de você ser, ser questionado sobre o seu saber, é o tempo todo. Quer dizer, eu tenho o tempo todo eu to estudando sobre o que é aquilo. Tá entendendo. Então eu tenho que resolver o problema da pessoa que a pessoa sabe.(Ex5. Médico C)

Discursos (significados representacionais)	Apontados em estilos (significados identificacionais)
Identidade de Legitimação	<p>Não somos deuses, apenas entendemos muito bem a vida, e a morte. É. O médico ele tem, ele é pra ter capacidade de, de resolver uma situação, às vezes crítica. Às vezes simples que vai tirar a pessoa duma condição de risco, né. Um risco ou iminente ou um risco potencial, né. Que pode culminar com um desfecho fatal, né. (Ex6.Médico C)</p>
Identidade de resistência	<p>[...]Depois de vinte pessoas você não tem mais como raciocinar no sentido de, o problema é esse. Mas eu gosto de conversar. Mas o que cansa é a quantidade, é o que limita. E você depois de vinte pessoas, num raciocina mais muita coisa não. Sabia disso? Cê se cansa. Cê sabe que é uma troca de energia, né. A pessoa tá ali transmitindo energia. E às vezes a pessoa, por não..., voltando aqui à questão do conhecimento, por não entender que é uma questão emocional, [...sai lá fora e diz assim: “Ah. Esse médico só quer conversa. Que conversa é essa.” [...não passou um remédio pra mim. Você tem que conversar e passar remédio. (Ex7. Médico B)</p>

Identidade de projeto	O médico tem um compromisso social. É que ele lida com a coisa mais iminente, né. Ou , a coisa mais, é, angustiante, né. Que é a situação crítica, né. Diante da situação crítica, iminente que pode complicar e o paciente vir a morrer, é o médico que está mais preparado para administrar esse processo. Como uma autodefesa, né., como gostaria de fazer, mas é que falta tudo, falta às vezes o básico, uma simples bala de oxigênio. Tem paciente que tá com AVC e precisa de UTI, a gente sabe que não tem leito, o paciente poderia evoluir bem se tivesse numa UTI, mas ele aqui sem os cuidados intensivos, esperando uma vaga vai afundando, afundando e morre. E isso não é só aqui, é no Brasil inteiro. É preciso mudar essa situação e a culpa é do Estado, o Estado tem que assumir seu papel que está na Constituição, né. Saúde um direito de todos e um dever do Estado. (Ex8.Médica C)
Identidade agonística	Está provado que o médico morre sete anos mais cedo que a população normal. devido a tanto é... Sacrifício noites mal dormidas. Estresse durante o trabalho diário. Mas não desisto! Amo ser médico, amo a medicina!(Ex10. Médico B)
Discurso ético e político	Imagina qual a angústia maior? Essa madrugada peguei uma mulher parindo, o bebê prematuro, precisa de cuidados mais especializados. Chamei o pediatra, mas faltava o básico para reanimar a criança. A mãe olha pra gente e diz: e aí Dr. Meu bebê? tá bem? E muitas vezes dói muito em mim diante dessas expectativas: principalmente quando a gente tem cientificamente condições técnicas de reanimação, de tentativa, quero dizer de salvar. Mas na hora o carrinho de reanimação estava sem as drogas, sem os recursos enfim... A frustração é grande, e dizer pra mulher que o bebê morreu é pior ainda (Ex11.Médica A).

Os excertos no Quadro 1 apresentam como os significados da linguagem elaboram representações, identificações e ações. Complementando com a Representação de Atores Sociais de van Leeuwen (1997), podemos propor que os atores sociais médicos estão situados sob forte dispositivo coletivo da práxis identitária médica como instituição política num mais alto nível de abstração e relação com os princípios ontológicos da medicina.

As identidades médicas diferenciam-se no contexto geral das demais profissões por lidar com a morte: *“é apenas o médico que está mais preparado para administrar esse processo”* (Médica C). Por meio das representações mentais, sentimentos de insatisfação em relação ao contexto da saúde pública e suas múltiplas facetas de deficiência e negação dos princípios constitucionais do Sistema Único da Saúde (SUS), aflora um comprometimento ético em favorecer a defesa da vida, pois tantos médicos como pacientes passam no evento consulta por situações críticas complicadas do ponto de vista dos recursos institucionais e políticos que garantam assistências devidas.

Os relatos médicos apontam precariedade da assistência na saúde pública, comprometendo a saúde e a vida das populações. No (ex.11. a médica C) por meio do processo material atribui-se um papel ativo, como assinala Van Leeuwen (1997, p. 187): “A ativação ocorre quando os atores sociais são representados como forças ativas e dinâmicas numa atividade”.

A ação e interação no evento assistencial médico revelam comprometimento nesse *“estado de guerra, nesse campo de luta”* que dialoga com ciência e ficção. Os médicos e médicas recorrem muito ao uso de metáforas (*Participantes*), o que indica como a superação do caos da saúde pública pode ser enfrentada como algo mágico, extraordinário, surreal, que naquele estado de intensas precarizações e riscos de vida pouco irá depender do apoio gestor e político. As *Circunstâncias* estão nos marcadores de tempo, como por exemplo, no relato do médico



transcrito: [...] “a guerra não acaba nunca”, ou nesse outro excerto: “A frustração é grande, e dizer pra mulher que o bebe morreu é pior ainda”.

O dialogismo (BAKHTIN, 2008) está marcado pela presença do passado, e perspectivas de futuros, sonhos e esperanças: “*Eu sou médica, sou a voz da esperança*” (Médica C). A oração enseja nesse dialogismo o retorno à profissão médica que desde seu passado fundador surge como prática social garantidora de muitas das mais extraordinárias conquistas epistemológicas do mundo: vencer a morte. Quando a médica dialoga com a esperança, remete para o futuro, arrimo e conforto que sustentam corretamente o percurso do desenvolvimento da práxis médica, e arte de curar como suportes indispensáveis à vida.

Fairclough (2003) vê textos como as três principais maneiras em que o discurso figura como parte da prática social: modos de agir, modos de representar e modos de ser. Portanto, o texto tem uma relação dialética com o evento e com a complexidade do mundo e sua realidade social. Fairclough opta, assim, pelas significações e não funções, e considera que os principais tipos de significação textual são ação, representação e identificação simultaneamente nos textos (FAIRCLOUGH, 2003, p. 27). Cada um desses significados no evento discursivo consulta médica reunidos num mesmo contexto tem intensa interrelação internamente; portanto, estão dialeticamente situados.

Esse nível de análise social dos textos localiza as relações sociais, as práticas sociais, os modos de produção dos valores, a reprodução da vida cotidiana e as concepções mentais do mundo. Uma totalidade histórica, aberta, tensionada pelas relações de poder, controle, pelos sistemas de conhecimentos que são estabilizados e mantêm a ordem do discurso. Contudo, “todos esses elementos se desenvolvem em conjunto e estão sujeitos a renovações e transformações perpétuas como momentos dinâmicos no interior totalidade, momentos que se codesenvolvem de modo aberto, dialético”(HARVEY, 2013. p.193). Dessa forma, a situação de precarização da prática médica é atrelada ao descaso institucional e político da saúde pública.

Entremeada em nosso contexto geopolítico sob o discurso da globalização, emerge um processo de geração de informações que desperta a preocupação de um dos médicos do hospital de Maranguape com informações das patologias advindas do “primeiro mundo”.

Quando às vezes eu vou, vou, vou atender uma pessoa com artrose, ela já sabe de tudo pela internet mais do que eu. Quer dizer, aquela coisa de você ser, ser questionado sobre o seu saber, é o tempo todo. Quer dizer, eu tenho o tempo todo eu to estudando sobre o que é aquilo. Tá entendendo. Então eu tenho que resolver o problema da pessoa que a pessoa sabe (Médico C).

O texto do Médico C traz ao debate discursivo as relações de poder e saber (FOUCAULT, 1996) que remetem ao contexto tradicional das identidades médicas simbolicamente detentoras das grandes funções da medicina em nossa sociedade. “A medicina, funciona como prática individualista de *tête-à-tête*, de diálogo médico-doente, como dizem, e no segredo” (FOUCAULT, 2011, p. 304). Foucault questiona o funcionamento do poder e saber em todas as instituições políticas, de Estado, e o funcionamento exercido sobre os indivíduos em seus comportamentos cotidianos e até mesmo em seus próprios corpos. “Vivemos imersos na rede política de poder, e ele é que está sendo questionado” (FOUCAULT, 2011, p.310). Nada tem mais poder sobre os corpos do que a práxis médica quer do ponto de vista judiciário, moral ou científico.

A interdiscursividade apresenta discursos e estilos, os quais são articulados e conectados com práticas, e estruturas sociais que alcançam um arcabouço conceitual complexo situadas num historicismo emergente, dialético. Nossa relação com a natureza, as tecnologias, as relações sociais, as concepções mentais, os processos laborais, nossos sistemas de produção, nossas concepções do mundo, as tecnologias que empregamos e como conduzimos nossa vida cotidiana constituem uma totalidade e que funcionam em interação mútua (HARVEY, 2013, p. 191). Fairclough (2003) considera que entender as estruturas

sociais e a realidade social dialeticamente é essencial para entender a intensa interrelação presente na construção de discursos, de ações, de concepções mentais (representações) e identidades.

Diferentes discursos são diferentes perspectivas de mundo associadas a diferentes relações que as pessoas estabelecem com o mundo e que dependem de suas posições no mundo e das relações que estabelecem com outras pessoas (FAIRCLOUGH, 2003), competindo, cooperando, ou dominando. Fairclough (2003) sugere que discursos são distinguidos tanto pelos modos de representar quanto pela relação com outros elementos sociais. Os modos de representação em termos de traços linguísticos podem realizar um discurso do vocabulário, pois discursos nomeia ou lexicalizam o mundo de modos particulares (FAIRCLOUGH, 2003, p. 129).

Nos dados desta pesquisa a interdiscursividade está caracterizada em 4 discursos: 1. O discurso belicista; 2. o discurso especialista; 3. O discurso ético político e 4. O discurso da globalização.

1. O discurso belicista está na metáfora da guerra como capaz de sustentar e derivar metáforas correlacionadas e justificar as práticas sociais da medicina no hospital sob intensos conflitos e tensões que se conflagram na difícil luta de preservar a vida, sobretudo diante das condições que respondam aos desafios dessa luta, dessa guerra. E como toda guerra, há vencedores e perdedores, mortos e feridos, heróis que conseguem sobreviver, e os que sucumbem diante do inimigo.

2. O discurso especializado profissional enfatiza sua episteme autonomizada como fundamental para a garantia da vida dos pacientes e legitima-se como responsável pela saúde da população estabelecida tanto de forma individual como social. Percebe-se que há um diálogo entre os polos individuais e coletivos da prática da medicina que absorve as nuances de sua ação política e institucional.

3. O discurso ético político se sobrepõe às práticas sociais das tecnologias e abordagens dos diversos profissionais estabelecidas nos domínios teóricos e científicos legais. As virtudes são enfatizadas,

resgatando o caráter ético do agir sobre a vida, sem deixar de realçar a lógica conceitual tecnicista-biologista para enfatizar o compromisso com as angústias iminentes.

O discurso ético hibridiza-se com o discurso do poder médico como estatuto apto e especializado que incide para as expectativas de perigo iminente e potencial que ronda a prática médica em seu cotidiano de atendimento profissional. O discurso político resgata o papel constitucional do Estado brasileiro que coloca a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

4. O discurso da globalização identifica o contexto da modernidade tardia, e os dispositivos tecnológicos da internet que está integralmente em todas as circunstâncias cotidianas da organização social sob a estruturação dos sistemas globais (GIDDENS, 2002).

O significado ideacional e o estilo constituem os aspectos discursivos de identidades, que se relacionam dialeticamente (FAIRCLOUGH, 2003). As identidades pressupõem a representação, em termos de presunção, acerca do que é.

O significado representacional das identidades pode ser analisado com as categorizações de *funcionalidade* e de *identificação*. “A identificação ocorre quando os atores sociais são definidos, não em termos daquilo que fazem, mas em termos daquilo que, mais ou menos permanentemente, ou inevitavelmente são” (VAN LEEUWEN 1997, p. 202).

Dos excertos do Quadro 1 destacamos os relatos de médicos, em que os atores sociais referem-se à identificação de si interrelacionada à práxis social da medicina.

(i) O médico tem um compromisso social. Do profissional médico, né.. Pro médico em geral, é diferente. É que ele lida com a coisa mais iminente, né. Ou, a coisa mais, é, angustiante, né. Que é a situação crítica, né. Diante da situação crítica, iminente que pode complicar e o paciente vir a morrer, é o médico que está mais preparado para administrar esse processo.

(ii) Eu sou uma médica responsável, faço o meu sonho falar alto. Atendo os pacientes, direitinho. Faço história, prontuário.

(iii) Está provado que o médico morre sete anos mais cedo que a população normal. Devido a tanto é... Sacrifício, noites mal dormidas. Estresse durante o trabalho diário. Mas não desisto! Amo ser médico, amo a medicina!

(iiii) Sou médico, sou a voz da esperança.

Por meio das representações mentais, aflora um comprometimento ético em favorecer a defesa da vida, pois tantos médicos como pacientes passam no evento consulta por situações críticas complicadas do ponto de vista dos recursos institucionais e políticos que garantam assistência devidas.

Castells (1999, p. 22) entende por identidade “ o processo de construção de significado com base e um atributo cultura, ou ainda, um conjunto de atributos culturais interrelacionado (s) qual (ais) prevalece (m) sobre outras formas de significado”. No âmbito da medicina, as identidades se confundem com papéis sociais, no cenário da saúde pública (SARANGI, 2010).

As habilidades médicas, o campo especialista do conhecimento científico das patologias, e como intervir nestas, o poder que emana desse saber constrói identidades metaforizadas, tal como o piloto de avião que tem a perícia de manobrar o voo e não causar o desastre. Castells (1999) adverte que a identidade coletiva é construída sob determinantes simbólicos de seu significado para aqueles que com ela se identificam ou delas se excluem (CASTELLS, 1999, p. 24).

Na prática médica, há representações discursivas do mundo material e da própria prática (reflexividade). A *práxis* social da medicina é referenciada como complexa, e limitada no âmbito da saúde pública que no Brasil cobre as necessidades das precarizadas populações pobres e SUS dependentes.

Fairclough (2003) considera que entender as estruturas sociais e a realidade social dialeticamente é essencial para entender a intensa interrelação presente na construção de discursos, de ações, de concepções mentais (representações) e identidades. A médica por meio do processo material atribui-se um papel ativo, como assinala van Leewen (1997, p. 187): “ A ativação ocorre quando os atores sociais são representados como forças ativas e dinâmicas numa atividade”. A ação e interação no evento assistencial médico revelam comprometimento nesse “estado de guerra, nesse campo de luta” que dialoga com ciência e ficção.

Por meio dos processos mentais, com sentimentos de insatisfação em relação ao contexto da saúde pública e suas múltiplas facetas de deficiência e negação com os princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde no Brasil SUS- aflora um comprometimento ético em favorecer a defesa da vida, pois tanto médicos como pacientes passam nesse evento por situações críticas complicadas do ponto de vista dos recursos institucionais e políticos que garantam assistências devidas.

Na prática médica, há representações discursivas do mundo material e da própria prática (reflexividade). A *práxis* social da medicina é referenciada como complexa e limitada no âmbito da saúde pública que no Brasil cobre as necessidades das precarizadas populações pobres e SUS dependentes. A interdiscursividade apresentam discursos e estilos, os quais são articulados e conectados com práticas, e estruturas sociais que alcançam um arcabouço dialético conceitual complexo. As identidades médicas apontam a precariedade da assistência médica na saúde pública comprometendo a saúde e a vida das populações.

Assim cá estou, lutando, brigando pela pessoa que vai ter filho, brigando e quase como um mágico driblando as dificuldades, correndo pro um lado, pro outro, me dividindo em dez, nessas enfermarias, que parece mais um campo de luta, de guerra. (Ex11.Médica C)

Nós somos uma infantaria. (Ex1.Médico A)

A médica por meio do processo material atribui-se um papel ativo, como assinala van Leeuwen (1997, p. 187) “A ativação ocorre quando os atores sociais são representados como forças ativas e dinâmicas numa atividade”. Ação e interação no evento assistencial médico revelam comprometimento nesse “estado de guerra, nesse campo de luta” que dialoga com ciência e ficção.

Os médicos e médicas recorrem ao uso de metáforas (*Participantes*), o que indica como a superação do caos da saúde pública pode ser enfrentada como algo mágico, extraordinário, surreal, que naquele estado de intensas precarizações e riscos de vida pouco irá depender do apoio gestor e político. As *Circunstâncias* estão nos marcadores de tempo, como por exemplo, no relato do médico transcrito: [...] “*a guerra não acaba nunca*”, ou nesse outro excerto: “*A frustração é grande, e dizer pra mulher que o bebe morreu é pior ainda*”.

Esse nível de análise social dos textos localiza as relações sociais, as práticas sociais, os modos de produção dos valores, a reprodução da vida cotidiana e as concepções mentais do mundo. Uma totalidade histórica, aberta, tensionada pelas relações de poder, controle, pelos sistemas de conhecimentos que são estabilizados e mantêm a ordem do discurso. Contudo, “todos esses elementos se desenvolvem em conjunto e estão sujeitos a renovações e transformações perpétuas como momentos dinâmicos no interior totalidade, momentos que se codesenvolvem de modo aberto, dialético”(HARVEY, 2013. p.193). Dessa forma, a situação de precarização da prática médica é atrelada ao descaso institucional e político.

## 4 Relatos etnográficos

Nota de campo 1: Lute, lute, meu rapaz. Dra. Clarissa<sup>3</sup>19 horas do dia 14 de abril de 2010.

Desde as 17h, aguardo poder conversar com a médica plantonista.

---

<sup>3</sup> Nomes fictícios.

Está no final de 12 horas de plantão. Mas interrompe o início de nossa conversa a chegada de um novo caso na emergência. Acidentado de moto, paciente jovem, muito grave, com politraumatismo. Os primeiros procedimentos são para estabilizar o paciente. O paciente tem uma parada cardíaca. O carro de assistência da parada está com o ambur quebrado. A jovem médica faz todos os esforços manuais, inclusive com a respiração boca a boca para salvar a vida do paciente, fazendo os procedimentos de ressuscitação manual, sem o auxílio das tecnologias disponíveis do respirador artificial que está quebrado. O paciente deve ser transferido para Fortaleza. Acompanho na ambulância a médica. Segue 1 enfermeira, e 1 auxiliar. São 45 minutos de muito estresse a caminho de Fortaleza, para o Frotão<sup>4</sup>. No caminho, paciente tem nova parada. É reanimando boca a boca. Mantém-se respondendo para alegria de todos nós. Descemos no Frotão e o paciente é levado para a sala de ressuscitação. Todos os procedimentos tecnológicos são instalados e o mesmo fica no respirador. A médica, toda ensanguentada, olha para o homem no leito já estabilizado hemodinamicamente, em coma, e esta lhe diz: Pronto rapaz. Fiz minha parte, agora é sua vez de lutar, lute, viu, lute... Consegui, consegui trazê-lo vivo. Lute, lute, resista! Seu, colega médico da sala de ressuscitação parabeniza-a pelo esforço inaudito de tê-lo mantido vivo apenas com os recursos da força humana da colega médica. Saímos e a médica, atenciosa, me pede desculpas por termos interrompido nossa entrevista.

Médicas e médicos revelam a complexidade de uma agonística que situa os polos extremos da problematização da prática profissional em situações críticas, enfrentando contextos adversos, frustrantes, vitoriosos, frágeis, que se metamorfoseiam em fênix, superam e voam ao infinito. Por este motivo, age-se sob a tutela de relações de poderes que geram manifestações das práticas sociais em agonística reveladora do

<sup>4</sup> “Frotão”: referência ao Hospital Instituto Dr. José Frota hiperônimo Frotão, unidade central de alta complexidade, o maior hospital em traumas do Norte e Nordeste. Nos distritos e regionais de Fortaleza ficam os seus hipônimos: “frotinhas”, mini hospitais de média complexidade.



jogo que inverte, desloca e transforma estas relações. Nesse jogo, estaria o cansaço, o estress médico, a desorganização do sistema de saúde, a ineficiência das políticas de saúde, enfim, a vasta rede de complexidades funcionais da saúde pública, cenário das práticas sociais. A luta agonística institui o profissionalismo técnico científico sobre agentes sociais, que incorporam práticas identitárias especialistas com tal habilidade, que apaga as evidências, os resíduos que subjazem às emoções, aos sentimentos, ou demais estereótipos culturais que demarcariam posições de gênero em polos diferenciados.

A seguir, a vivência médica integrada ao sensível, ao belo e à agonística.

#### Nota de campo 2

Ela me dizia: Não me deixe morrer, Dr. Victor<sup>5</sup>. Eu quero terminar meus estudo e ser médica, médica pediatra. São 19 e 30 minutos. Como não teve tempo durante o plantão<sup>1</sup> de ser entrevistado, combinamos Dr. Victor e eu, que logo após o plantão nos encontraríamos na pracinha em frente ao hospital, na barraquinha de D. Emília com direito a milho assado, e depois um picolé de seriguela:

- Por onde você quer que eu comece Nádia?
- Fale-me do mais belo momento de seu dia hoje.
- Ok.

Nesse momento estavam os pratinhos abarrotados de mugunzá. Dr. Victor para, se revela pensativo, respira, morde os lábios e diz:

- Vou lhe contar o que ocorreu hoje comigo. Foi uma experiência muito bela, tão bela e paradoxalmente muito dolorosa: Fui atender a uma ocorrência lá na estrada que vai pro Maracanaú. Um caminhão carro forte atropelou três crianças. São três irmãos. Dois iam na garupa da irmã mais velha, 14 anos, que os conduzia para a escola. As duas crianças estavam sem grandes gravidades. A ambulância os conduziu pro hospital, mas a garota de 14 anos estava presa nas ferragens, e enquanto

---

<sup>5</sup> Os nomes dos sujeitos são fictícios de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que rege a Pesquisa com Seres Humanos no Brasil.

os bombeiros estavam à caminho, tive que tentar estabilizar a paciente, que até então estava orientada, consciente. Apesar das pernas e braços muito machucados. Eu suspeitei de comprometimentos mais severos. Ajoelhado ao seu lado auscultei o tórax e identifiquei complicações pulmonares. Fazendo os primeiros procedimentos, ela repete o meu nome.

- Dr. Victor.

- Respondo:

- oi, estou aqui pra lhe ajudar.

- Sei. Mas tenho um pedido.

- Qual seu nome?

- Rosa.

- Sim, Rosa, qual o pedido?

- Prometa pra mim que eu não vou morrer, viu. Eu quero terminar meus estudo e ser médica, médica pediatra.

- Sim, é muito bom cuidar das crianças, né?

- Vou ajudar você ficar bem. Mas ela insistia.

- Mas eu não quero morrer, e tem mais, amanhã é meu aniversário de 15 anos.

- Tá bem vamos comemorar né? Mas observava que a paciente estava afundando. A levamos para o Frotão. No meio da viagem uma parada. Reanimei, ela acordou, olhou nos meus olhos:

- Dr.Victor, nunca irei esquecer-me de você.

Retornei ao plantão e ligaram pra mim avisando que a pobrezinha entrou em óbito.

- Tô triste, esse é o lado ruim da questão. E amanhã, na casa dela, os 15 anos, o sonho de ser médica...

- Por quê? me pergunto, porque a vida faz dessas coisas com a gente né?. Sou médico, todos os dias vejo acidentados, pacientes morrerem, mas não dá pra não sofrer quando a injustiça não tem explicação. O mundo é injusto. Sim... E respondendo sua pergunta: o mais belo momento do meu dia hoje foi ter a certeza que lutei, fiz tudo que estava

ao meu alcance, *fiz tudo, e que o sonho de Rosa irá vigiar meus dias e nunca mais esquecerei. “não me deixe morrer”*.

Identidades médicas são constituídas de semioses em tênues demarcações e fronteiras entre deuses e humanos. Ser médico ou médica, para além de uma profissão, é *missão*, precisa de juramentos e rituais de sustentabilidade desse poder simbólico. curar, vencer e insurgir-se contra a violência da morte irá reconstituir na arte médica a constituição de um lugar no mundo transitado por poucos.

## Conclusões

A representação das práticas identitárias médicas estudadas no âmbito da ADC está dialeticamente relacionada a discursos, representações e ações (estilos) (FAIRCLOUGH, 2003). Tal arcabouço dialético analisado pela ADC alcança o discurso médico como parte de complexos momentos da prática social da medicina em nossa sociedade, na elucidação de problemas de saúde tidos como partes das estruturas sociais, políticas e culturais, constituindo representações, ações-estilos e identidades profissionais médicas.

Não é possível compreender as identidades na forma de uma unidade, dotada de uma significação última. As identidades de médicos e médicas se remodelam em jogo, e como tal, não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta.

A agonística (um dos murmúrios identitários vibrando neste trabalho) traz ao jogo as forças que têm como tarefa as resistências, positivas, afirmativas da vida, incentivando a luta, a aceitação da imprevisibilidade, como forma de criação e de permanente superação.

O discurso da humanização da práxis médica, de acordo com o dialogismo (BAKHTIN, 2008), participa de uma isomorfia intensa com os problemas éticos e políticos suscitados pelos sujeitos, em correlacionar o descaso e a gestão da saúde pública que favorece a má prestação dos serviços assistenciais médicos à população atendida pelo SUS.

O discurso da humanização carrega polifonicamente residualidades de uma medicina nascente com as rupturas das cosmogonias em favor da supremacia da racionalidade e da técnica. A humanização valoriza antes o aspecto técnico do ofício médico na arte de curar e isola o que discursivamente hoje opera em termos de uma prática médica dialógica e comunicacional menos assimétrica entre médicos e pacientes. Nesse aspecto, médicos apresentam identidades de isolamento em relação aos pacientes. Encorajar o paciente a interrogar sobre suas doenças, e mesmo trazer ao espaço da consulta a democratização dos esclarecimentos pertinentes às suas patologias e às intervenções científicas, parece assustar.

A medicina entendida pelos participantes deste estudo é revelada como supervalorizada em seus aspectos técnicos. Como afirma Foucault (1996, 2011), trata-se da escolha de um olhar, de uma moral que ilumina o ato médico em nome de suas conquistas e eficácias científicas, que trata uma doença, não um doente, um sujeito inscrito em uma trajetória social e individual (LE BRETON, 2011).

Nos relatos etnográficos, encontramos novos enunciados da humanização voltada para o paciente, revelando identidades médicas que falam de um lugar hoje cartografado por angústias, limites diante do poder técnico- simbólico da arte de curar e salvar. Esses enunciados, incorporam a destreza de *um piloto de avião*, encaram a morte e a vida marcadas pelas interfaces entre ciência e ética, numa racionalidade da ação, com articulações complexas, dotadas de um sentido marcado por um discurso médico que se hibridiza entre ciência, fé, e espiritualidade.

Na fase de transição epistemológica em que vivemos, o conhecimento das coisas necessita de reflexões para além dos modelos cognitivos científicos que iluminaram o conhecimento moderno. Incompletudes, inquietações são as marcas de nossa transição epistemológica em crise do paradigma científico e a abertura para um novo modo de buscar traduzir inteligibilidades. O desafio de trabalhos futuros, é transitar sobre

percursos possíveis em busca de novos debates sobre a práxis social da medicina e as exigências de novas leituras da humanização da arte de curar na saúde pública.

## Referências

BAKHTIN, M. **Problemas da Poética de Dostoiévski**. 4a ed. Tradução Paulo Bezerra. Forense Universitária: Rio de Janeiro, 2008.

BAUMAN, Z. **Sociedade individualizada**. Tradução Jose Mauricio Gradel. Jorge Zahar: Rio de Janeiro, 2008.

BITTENCOURT, R. N. **O Sentido da Agonística para a vida ou a disputa de Nietzsche. Morpheus**. Revista Eletrônica em Ciências Humanas - Conhecimento e Sociedade. publicação on-line semestral - ISSN 1676-2924.(PPGF do IFCS/UFRJ)-<http://www.unirio.br/morpheusonline/renato%20nunes.htm> Acesso em 10/10/2011.

CASTELLS, M. **O poder da identidade**. Tradução de Klauss B. Gerhardt. Paz e Terra: São Paulo, 1999.

CHAUÍ, M. **Introdução À História Da Filosofia: Dos Pré-Socráticos a Aristóteles**. Volume 1. 2ª. Ed. Companhia das Letras: São Paulo, 2011.

FAIRCLOUGH, N. **Discurso e mudança social**. Tradução Izabel Magalhães. Universidade de Brasília: Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. **Analysing Discourse: Textual Analysis for Social Research**. London: Routledge. 2003.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 1996.

\_\_\_\_\_. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Coleção Ditos & Escritos, VII. Org. Manoel Barros da Motta. Tradução Vera Lucia da Matta. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

LALONDE, M. - **A new perspective on the health of Canadians: a working document.** [Em linha]. Ottawa : Ministry of Supply and Services Canada, April 1974. [Consult. 20-09-2010]. Disponível em [http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt\\_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/1974-lalonde/lalonde-eng.pdf).

LE BRETON, D. **Antropologia do corpo e modernidade.** Tradução Fábio dos Santos Creder Lopes. Petrópolis: Vozes, 2011.

HARVEY, D. **Para entender o capital.** *Livro I.* Tradução Rubens Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas.** Rio de Janeiro: LCT, 1989.

GIDDENS, A. **Modernidade e identidade.** Tradução Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Zahar, 2002.

JUNG, C. G. **O Homem e seus símbolos.** 2ª ed. Especial brasileira. Tradução Maria Lúcia Pinho. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2008.

MAGALHÃES, I. **Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico.** Brasília: Thesaurus, 2000.

MOSÉ, V. **O homem que sabe.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

NIETZSCHE, F. **Assim falou Zaratustra.** São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

MAGALHÃES, I. **Eu e tu: a constituição do sujeito no discurso médico.** Brasília: Thesaurus, 2000.

SARANGI, S. **Professional valuesin interaction:** Non-directiveness, client-centredness and other-orientation in genetic counselling. In S. Pattison, B. Hannigan, R. Pill and H. Thomas (eds.) *Emerging Valuesin Healthcare: The Challenge for Professionals*. London: Jessica Kingsley, 2010, p. 163-185,

SEIXAS, R.R.L. **A Relação entre uma ontologia crítica do presente e a problematização da agonística entre poder e liberdade em Michel Foucault.** *Argumentos*, Ano 1, Nº. 2 - 2009.

VAN LEEUWEN, T. **A representação dos actores sociais.** In: PEDRO, E. R. (org.) *Análise Crítica do Discurso*. Lisboa: Caminho, 1997. p. 169-222.