



Avaliação da conduta médica e da interação em consultas clínicas sob a ótica de pacientes: uma análise textual e sociocognitiva

Evaluation of medical conduct and interaction in clinical consultations from the patients' perspective: a textual and sociocognitive analysis

Francisco Renato LIMA*

RESUMO: Neste artigo¹ objetiva-se identificar e discutir formas como pacientes avaliam a conduta médica e a própria interação, realizadas durante o evento comunicativo consulta clínica, no interior do consultório. A discussão assume um caráter textual e sociocognitivo advindo da Linguística Textual (LT), sob um viés do estudo sociocognitivo do texto, entendido como forma de cognição social. Nessa acepção, desenvolvem-se reflexões de modo mais específico sobre os índices de avaliação por meio da linguagem à luz de um modelo de compreensão textual, advindo do campo da Psicologia Social (PS), de representação cognitiva e social (Cognição Social (CS)). O corpus de análise é constituído da fala de três pacientes, extraídas do estudo de Lima (2016). Os critérios de seleção das falas partiram da identificação e do levantamento de dados considerados produtivos para a análise da postura avaliativa assumida pelos pacientes, no que diz respeito à conduta médica e à interação clínica. Os resultados apontam que os índices de avaliação dessas categorias ocorrem por meio de fenômenos de representação social e de processos referenciais como a categorização, a recategorização, a predicação, a adjetivação, a descrição, entre outros, por meio dos quais os pacientes realizam apreciações avaliativas duplas, tanto da conduta médica, quanto da interação como um todo.

PALAVRAS-CHAVE: Avaliação. Consulta clínica. Interação. Conduta médica. Pacientes.

ABSTRACT: This article aims to identify and discuss how patients evaluate medical conduct and their interactions during the communicative event of a clinical consultation inside the office. The discussion takes on a textual and socio-cognitive character arising from Textual

* Doutorando em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). fcorenatolima@hotmail.com

¹ Este texto foi apresentado ao Programa de Pós-graduação em Linguística, do Instituto de Estudos da Linguagem/Universidade Estadual de Campinas (IEL/Unicamp), como pré-requisito para a qualificação de área (Neurolinguística) no doutorado em Linguística, sob a orientação primorosa da professora Dra. Edwiges Maria Morato, a quem dispenso meus agradecimentos pelas leituras, críticas, sugestões e revisões durante o processo. Também agradeço aos professores membros da banca: Dr. Caio César Costa Ribeiro Mira (IEL/Unicamp) e Dra. Nathália Luiz de Freitas (Ifsuldeminas), pelas leituras criteriosas e pelos apontamentos sobre o trabalho. Agradeço, ainda, aos pareceristas anônimos da *Revista Domínios de Linguagem* pelas sugestões de ajustes que contribuíram significativamente para esta versão. Ressalto, porém, que são de minha inteira responsabilidade as opiniões expressas e os possíveis equívocos teórico-conceituais e metodológicos remanescentes.

Linguistics (TL), under the bias of the socio-cognitive study of the text, understood as a form of social cognition. In this sense, reflections are developed more specifically on assessment indices through language in the light of a model of textual understanding, cognitive representation and social (Social Cognition (SC)) arising from the field of Social Psychology (SP). The corpus of analysis consists of the speech of three patients that has been extracted from the study by Lima (2016). The speech selection criteria were based on the identification and collection of data considered productive for the analysis of the evaluative stance taken by patients, regarding medical conduct and clinical interaction. The results indicate that the evaluation indices of these categories occur through phenomena of social representation and referential processes such as categorization, recategorization, predication, adjectivation, description, and others, through which patients make assessments double evaluations, both of medical conduct and of the interaction.

KEYWORDS: Assessment. Appointment. Interaction. Medical conduct. Patients.

Artigo recebido em: 28.02.2024

Artigo aprovado em: 04.06.2024

1 Considerações iniciais

O tema da comunicação médico-paciente ocupa lugar em diversos campos de estudos, sob diferentes abordagens, conforme cada cultura disciplinar e enquadre teórico pretendido. Nas ciências sociais e humanas tem-se, por exemplo, as contribuições da Antropologia, da Comunicação, da Sociologia, da Psicologia, entre outros, além de pesquisas específicas na área da saúde, realizadas pela Medicina, ou por campos correlatos como a Enfermagem, a Fonoaudiologia, entre outras (Araújo, 2011). Em se tratando do papel da linguagem como atividade fundante da interação entre médicos e pacientes, essas pesquisas têm em comum o objetivo de operacionalizar, do ponto de vista teórico e empírico, um consenso de que “a troca linguística não pode ser limitada à estrutura da língua e nem mesmo ao jogo dos interesses individuais. Há condicionantes mais amplos e estruturais que perpassam os processos comunicacionais” (Campos; Fígaro, 2021, p. 06) e que envolvem, além de aspectos verbais e não verbais, condicionantes históricos, sociais, culturais e ideológicos.

Esse empreendimento interdisciplinar decorre do entendimento de que uma interação comunicativa clara e eficaz entre os participantes da interação em foco

(médico e paciente) é condição *sine qua non* para o sucesso em todas as etapas de um tratamento humanizado e para o cuidado com a saúde do paciente, conforme preconizam as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). A fim de responder a esse desafio, Rivera e Artmann (2015, p. 2578) apontam que “as teorias da linguagem têm sido reconhecidas e apropriadas ao campo da saúde, pois oferecem uma alternativa de análise importante à área, cujas práticas, apesar dos objetivos instrumentais, ancoram-se essencialmente na linguagem” como mecanismo de interação.

Nesse cenário, se institui a filiação de pesquisa deste artigo, vinculado a um quadro teórico construído pela interface entre a Linguística Textual (LT), sob o viés do estudo sociocognitivo do texto, tal como apontado por Marcuschi (2003a, 2003b) e largamente aprofundado em demais trabalhos pelo autor (Marcuschi, 2002, 2007, 2008), e também por Koch (2011, 2014, 2015), Koch e Cunha-Lima (2011), Morato (2011), entre outros. Nas palavras de Morato (2017, p. 396), a propósito, “a cognição [...] não apenas é concebida em termos de uso e de prática, ela é *situada* e “modelar”, isto é, constitui-se como formas e construtos organizados de representação da realidade, contextual e socioculturalmente definidos e ancorados” (grifo da autora) em um fundo social onde as interações ocorrem.

Sob essa perspectiva, objetiva-se identificar e discutir formas como pacientes avaliam a conduta médica e a própria interação realizadas durante o evento comunicativo consulta clínica, no interior do consultório. Esse movimento ocorre por meio de fenômenos de representação social (feitos por pacientes sobre a interação com o médico) e de processos referenciais (que abarcam o uso de expressões categorizadoras e outras construções linguístico-textuais).

Para a análise desse fenômeno textual e sociocognitivo, parte-se do entendimento de que existem alguns modelos explicativos da doença, como os

biomédicos², por exemplo, e modelos biossociais que, conforme o estudo de Clark e Mishler (2001), no qual os autores analisaram a estrutura do discurso clínico entre médicos e pacientes em interação, um profissional da área deveria estar preocupado com as implicações sociais de suas práticas de linguagem (escrita e oral), a fim de realizar um tratamento humanizado e resolutivo quanto à saúde do paciente.

Uma tematização da análise de interações verbais, entre elas, as interações em consultas médicas ou clínicas, advém dos estudos no campo da Sociolinguística Interacional. Vion (1992), por exemplo, aponta que a interação é uma ação conjunta, que põe em jogo dois ou mais sujeitos, seja em movimentos conflituosos ou seja em cooperativos, mas, sempre submetidos às normas pragmáticas que preveem a gestão social do evento. Ao analisar casos de interações em contextos de consulta médica ou clínica, com foco na qualidade e no tipo de interação, o autor observa que a conduta médica decorre de uma interação que se inscreve em um quadro cultural previsto socialmente, no qual são identificados enquadres interacionais bastante assimétricos e esquemáticos, finalisticamente orientados, que muitas vezes comprometem a comunicação entre médicos e pacientes e, por consequência, ações posteriores às consultas, que implicam engajamento ou adesão do paciente ao tratamento previsto.

Também sob essa mesma abordagem, Martine (1989) apresenta uma análise da constituição e reprodução de assimetria interacional, o que configura uma relação de poder na interação médico-paciente. Segundo a autora, durante a consulta, “o discurso [falado, sobretudo] é um dos materiais de que se serve o médico para obter informações do paciente que o levarão ao diagnóstico” (p. 243). No entanto, há

² Em pesquisas que envolvem a relação entre linguagem, interação, cognição e *frames* relacionados a Doença de Alzheimer (DA), Cruz (2008) e Siman (2015) identificam, por exemplo, o modelo biomédico e o modelo social, além de eventuais modelos híbridos. O primeiro “leva ao tratamento medicamentoso que visa a suprimir os problemas comportamentais típicos da doença e interceder no declínio da cognição” (Siman, 2015, p. 20); o segundo “leva ao tratamento orientado para a individualidade do doente inserido num contexto social, oferecendo os benefícios descritos para o modelo biomédico, mas também terapias (psicológicas, musicais, ocupacionais, etc.), incentivo ao enriquecimento ambiental, para estimular a cognição através da participação na vida social, em vez do recolhimento do doente à sua casa ou a instituições, entre outros” (Siman, 2015, p. 20).

divergências bastante marcadas nessa interação construída, sobretudo, a partir de uma visão tradicional, bem como uma força conservadora advinda, em grande parte, do senso comum, que naturaliza determinados tipos de posturas médicas verticalizadas diante dos pacientes. Por exemplo, o estabelecimento de uma relação de poder “é visto como uma coisa natural, resultado do conhecimento limitado do paciente sobre questões médicas” (Martine, 1989, p. 239). O profissional da saúde assume o controle sobre determinadas informações pertinentes, não permitindo que o paciente tenha uma participação mais ativa durante a consulta, e nisso há uma quebra na “meta desejada num encontro médico-paciente”, a qual deve ser alcançada por meio de uma “troca de informações verbais” que deveriam ser ancoradas “num fundo de conhecimentos e expectativas sobre o evento” (Martine, 1989, p. 243). Essa ‘quebra’ ocorre, em grande parte, pela falta de uma “homogeneidade cultural” entre os participantes da interação, quadro típico de uma sociedade estratificada, onde há acentuadas desigualdades no acesso à escola (diferentes níveis de letramento escolar), visões de mundo distintas e, no tocante à língua, há um painel muito heterogêneo de variedades linguísticas. Assim, reforça-se o quadro de uma interação marcada pela assimetria.

Tannen e Wallat (2002)³, em estudo sobre enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação, tomam como exemplo um exame/consulta médica. As autoras apontam que o conceito de enquadre subdivide-se em enquadre de interpretação (de natureza interacional) e de estruturas de conhecimento (a que referem como esquema). A noção interativa de enquadre “refere-se à percepção de qual atividade está sendo encenada, de qual sentido os falantes dão ao que dizem” (p. 189); logo, é o comportamento dos participantes da interação que permite compreender o sentido do que é dito, pois “os enquadres emergem de interações verbais e não verbais e são por elas construídos” (p. 189). Já o esquema de

³ Estudo publicado originalmente em 1987, na Revista *Social Psychology Quarterly*.

conhecimento refere-se “às expectativas dos participantes acerca de pessoas, objetos, eventos e cenários no mundo [...]” (p. 189), portanto, somente as experiências prévias e os conhecimentos de mundo é que constituem as maneiras de compreender um discurso.

Para as autoras, os principais enquadres interativos em uma consulta médica são de registros linguísticos, identificados por meio de mudança de registro, mudança de enquadre, enquadres simultâneos, homonímia de comportamentos, enquadres conflitantes e esquemas diferentes. A partir dessas noções, identificam “desencontros de esquemas” e afirmam que os “enquadres e esquemas irão necessariamente variar em diferentes cenários” (Tannen; Wallat, 2002, p. 213), assinalando que a interação médico-paciente é bastante regrada, estruturada, altamente ritualizada, marcada por “exigências conflitantes”, resultando, muitas vezes, em incompatibilidades de esquemas de conhecimentos entre os sujeitos da interação.

Com base em tais pressupostos, neste estudo, concebe-se a interação médico-paciente durante consultas clínicas como espaços onde se operam diferentes tipos de conhecimentos, esquemas de ação, fenômenos de representação social, processamento e compreensão textual que são evocados nos processos cognitivos, interativos e de negociação de sentidos. Esse movimento envolve, por exemplo, a dimensão “pragmática do sentido na comunicação, as âncoras linguísticas, sociais e cognitivas interatuantes na produção e na compreensão do texto” (Morato, 2017, p. 399), em seus processos de construção e de interação social.

Diante disso, este trabalho visa contribuir, teoricamente, com as investigações sobre os índices linguístico-cognitivos de avaliação da relação médico-paciente, que emergem durante o evento comunicativo consulta clínica. Aliado a isso, propõe uma alternativa metodológica para a análise da interação entre médicos e pacientes, sob um viés da pesquisa de natureza linguística. Do ponto de vista social, fomenta a discussão de questões de linguagem no contexto médico, contribuindo para a formação e a prática de profissionais da saúde.

2 A construção metodológica do estudo

Para a reflexão apresentada neste artigo, utilizaram-se dados da pesquisa empírica realizada por Lima (2016)⁴ em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), na cidade de Nazária (PI), a 30 km da capital, Teresina (PI). A emancipação política do local ocorreu em 2005, quando recebeu o estatuto de município, pois, até então, era um bairro da capital piauiense. Esse fator político e geográfico justifica o fato de ainda não existirem hospitais, apenas as UBS oferecem serviços de assistência básica em saúde. Os pacientes que apresentam quadros de saúde mais graves ainda são encaminhados para Teresina, evidenciando, assim, a precariedade de serviços de saúde e, por consequência, a urgência de investimentos na área.

Do ponto de vista metodológico, constituiu-se um estudo bibliográfico e de campo, de caráter exploratório e de abordagem qualitativa, dialógica e sócio-histórica (Bakhtin, 2011; Freitas, 2007; Gil, 2019). O processo de coleta de dados ocorreu durante os meses de junho e julho de 2015. Os sujeitos da pesquisa foram 48 pessoas, sendo 3 médicos, que foram escolhidos pelo critério de serem especialistas em Clínica Geral e atenderem, cada um, em uma das três UBS. Quanto aos 45 pacientes, foram 15 para cada um dos médicos, a fim de manter um equilíbrio quantitativo dos dados, de modo a favorecer a leitura e a análise posterior. Para esse segundo grupo, o critério de seleção era apenas que a pessoa fosse adulta (foram entrevistados sujeitos entre 19 e 60 anos) e tivesse a disponibilidade de responder as perguntas após sair do consultório médico.

⁴ A identificação dos sujeitos e locais de pesquisa (Unidades Básicas de Saúde (UBS)), seguirá conforme o estudo de Lima (2016), o qual consiste em uma dissertação de mestrado em Letras – Estudos da Linguagem realizada no Programa de Pós-Graduação em Letras (PPGEL) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), sob a orientação da profa. Dra. Maria Angélica Freire de Carvalho. O *corpus* completo, intitulado **Registros de Interações Médico-Pacientes (RIMP)**, foi coletado a partir de pesquisa registrada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, sob o Número de Certificado de Apresentação de Certificação Ética (Cae): 6117715.8.0000.5214. Os dados estão disponíveis em formato digital (em CD-ROM) e impresso (falas transcritas), no repositório físico e virtual de dissertações e teses do referido programa de pós-graduação. Posteriormente, os resultados foram publicados em Lima (2019).

Durante o processo de coleta de dados, o contato com os pacientes aconteceu após a saída do consultório médico. O instrumento de coleta foi a entrevista semiestruturada, por meio da formulação de oito perguntas abertas às quais os sujeitos apresentaram respostas de forma oral e livre (texto oral); também foi realizado o registro fotográfico das receitas médicas (texto escrito). A análise dos resultados foi construída a partir de representações que os sujeitos (médicos e pacientes) fizeram da interação ocorrida no interior do consultório médico, durante o evento comunicativo consulta médica.

Neste artigo, por uma questão de foco e de recorte do *corpus*, analisam-se quatro trechos de representações sociais trazidas por três pacientes. A seleção das falas partiu da identificação e do levantamento daquelas consideradas produtivas para evidenciar o fenômeno analisado.

O *corpus* aqui apresentado revela aspectos da interação médico-paciente, permitindo observar o modo como esses avaliam, sobretudo, a conduta médica e a interação clínica no consultório, as quais constituem as duas categorias principais de análise. Essas atividades são situadas por meio de interações, sintetizadas como “modos de representação cognitiva e social que se revelam em práticas específicas” (Marcuschi, 2010, p. 35). Em face disso, a análise proposta observa aspectos textuais e sociocognitivos que ilustram a maneira como pacientes representam a relação médico-paciente. Para efeito de tratamento desses dados, considera-se a premissa de “representação das “representações” comunicativas encenadas na forma da rede de construções linguísticas (léxicas e gramaticais) cujo domínio viabiliza as operações cognitivas de mais alto nível” (Salomão, 2015, p. 164).

A fim de configurar a análise textual e sociocognitiva de sentidos em torno dos quatro exemplos que constituem o *corpus*, parte-se da identificação de enunciados que seguem um sistema de notação, demarcado por meio de marcadores [1] ao [4] e de segmentos (I), (III) etc., que servem como elementos para assinalar e correlacionar a posição analítica adotada.

3 Índices de avaliação da linguagem e representação social de interações: um enfoque textual e sociocognitivo

A discussão aqui proposta estrutura-se a partir dos estudos no campo da cognição e da sociocognição. Essa perspectiva requer uma “arbitragem interdisciplinar” (Morato, 2019, p. 36) e uma “teoria multidisciplinar”, com base no “fato de que as relações entre discurso e sociedade são cognitivamente mediadas” (Van Dijk, 2016, p. 09) pelas redes de estruturas sociais que interpelam os processos de produção, compreensão e interpretação do discurso.

Ademais, tratar de cognição é sempre correlacioná-la a uma teoria do conhecimento de base social⁵. No escopo deste trabalho, adota-se a perspectiva bourdieusiana (Bourdieu, 2011) do conhecimento, a qual entende que a relação entre os atores e as lutas em torno das representações de objetos sociais ocorre dentro de um **campo simbólico**. Nesse sentido, quando se considera que os pacientes avaliam as condutas médicas e a interação como um todo, pressupõe-se que estão implicadas ações e processos sociais mais amplos, envolvendo questões de linguagem, que podem ser pensadas como mercados linguísticos (Bourdieu, 1996, 2019), em face do modo como os diferentes **agentes** (médicos e pacientes) do **campo** social em análise (área da saúde) estruturam sua posição social no mundo (os *habitus*). Por esse prisma, a língua, e as ações sociais que ela viabiliza, não constituem um objeto negociável, mas é aquilo de que o próprio mercado linguístico é constituído nas dinâmicas simbólicas de seu funcionamento.

O que é esse *mercado linguístico*? Eu darei uma primeira definição provisória que eu deverei então complicar. Há mercado linguístico todas as vezes em que alguém produz um discurso para receptores capazes de o avaliar, de o apreciar e de lhe dar um preço. O conhecimento da competência linguística por si só não permite prever

⁵ De acordo com Morato (2011, p. 331), “a concepção de social aqui ultrapassa o que acontece no âmbito meramente interpessoal, ultrapassa o contexto imediato e local de produção da significação, ultrapassa o conceito psicológico do sujeito, voltando-se para os mecanismos de constituição e determinação das condutas humanas, por sua vez baseados nas condições materiais e ideológicas da vida em sociedade”.

qual será o valor de uma *performance* linguística em um mercado. O preço que os produtos de uma competência determinada receberão em um determinado mercado depende das leis de formação de preços próprias desse mercado (Bourdieu, 2019, p. 118).

O que circula no mercado linguístico não é “a língua”, mas discursos estilisticamente caracterizados, ao mesmo tempo do lado da produção, na medida em que cada locutor transforma a língua comum num idioleto, e do lado da recepção, na medida em que cada receptor contribui para *produzir* a mensagem que ele percebe e aprecia, importando para ela tudo o que constitui sua experiência singular e coletiva (Bourdieu, 1996, p. 25).

Essa explicitação da base social do conhecimento se faz necessária, posto que, desde o título deste artigo, refere-se à ‘avaliação da conduta médica em consultas clínicas’ a partir das representações sociocognitivas trazidas por pacientes. Nisso, incluem-se aspectos verbais e não verbais da dinâmica interacional dos “processos linguísticos e não linguísticos implicados na compreensão do texto”, como referido por Morato (2017, p. 399), sobretudo numa lógica “pragmática”, isto é, baseada no uso e nas práticas discursivas e sociais.

Em função disso, Marcuschi (2002, p. 47) assinala: “a calibragem de nossos enquadres cognitivos (espaços mentais, modelos, esquemas) não vem de uma simples exterioridade sócio-histórica, mas de nossa relação de continuidade entre sociedade e cognição, isto é, de um crivo sociocognitivo”, empenhado em desvendar os mistérios de como ocorre a compreensão dos fenômenos sociais mediados pelas atividades de linguagem.

À maneira da noção de avaliação da conduta médica, aplicável ao contexto de interação analisado, busca-se apoio no Modelo de Compreensão Textual de Kintsch e Van Dijk (1978), Van Dijk e Kintsch (1983), bem como em Moscovici (1981) e Jodelet (2002), sobre a Teoria de Representações Sociais (TRS), além de Mendonça e Lima (2014) e Arruda (2002), acerca da perspectiva da Cognição Social (CS) e da sociocognição, com base na TRS.

A proposta teórica de Kintsch e Van Dijk (1978) e Van Dijk e Kintsch (1983) aponta para um modelo estratégico de compreensão e produção de discurso. A partir dele é possível avaliar níveis de compreensão textual no campo da linguagem pela perspectiva da cognição. Nessa vertente, a atividade de avaliação da linguagem pode ser considerada como uma função cognitiva dinâmica e complexa (Lira, 2014). Assim, os pacientes, com base em representações incorporadas, avaliam a conduta e a interação médica, conforme os conhecimentos prévios ou “esquemas de conhecimentos” (Tannen; Wallat, 2002).

Kintsch e Van Dijk (1978) e Van Dijk e Kintsch (1983) consideram que o discurso possui uma estrutura semântica dividida em dois níveis: microestrutura e macroestrutura. A primeira está relacionada ao nível local do discurso, ou seja, à estrutura das demandas individuais e suas relações com o contexto. A segunda possui uma natureza mais geral, englobando o discurso como um todo. Essas categorias parecem ser úteis para uma proposta de avaliação de práticas e de interações linguísticas determinadas pelo regime de controle que emoldura textual e sociocognitivamente as representações expressas pelos pacientes, forjadas a partir dos modelos previstos por eles.

A representação de uma interação tem uma relação direta com a sociocognição, logo, essa representação constitui um mecanismo integrado à cognição, à linguagem e à comunicação, articulando aspectos afetivos, mentais e sociais (Jodelet, 2002). Na perspectiva de Moscovici, as representações constituem:

[...] um conjunto de conceitos, proposições e explicações originado na vida cotidiana no curso de comunicações interpessoais. Elas são o equivalente, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crença das sociedades tradicionais; podem também ser vistas como a versão contemporânea do senso comum (Moscovici, 1981, p. 181).

Na abordagem dos dois autores, as representações sociais estão instanciadas no campo das ideias, das crenças, das tradições, das vivências do senso comum etc.,

produzidas em diferentes esferas de interação e de experiência humana. Aproximando-se, de certa forma, dessa visão da Psicologia Social, Marcuschi formula uma reflexão que estabelece, interativa e socialmente, uma interface com os estudos cognitivos no campo da Linguística:

A **experiência** não é um dado, mas uma construção cognitiva, assim como a **percepção** não se dá diretamente com os sentidos, mas é a organização de sensações primárias. O mundo comunicado é sempre fruto de uma ação cognitiva e não de uma identificação de realidades discretas apreendidas diretamente. O mundo é um contínuo de sensações e a realidade empírica não tem um contorno imediatamente apreensível. A ação de discretização do mundo na forma como o comunicamos é um trabalho sócio-cognitivo sistemático (Marcuschi, 2002, p. 47).

Nesse viés, concorda-se com Mendonça e Lima (2014, p. 192), que, em estudo sobre representações sociais e cognição social, apontam que “as análises da cognição social, especificamente dos conceitos de crenças e atitudes, podem ser muito úteis para ampliar a teoria das representações sociais”, em virtude de que “a TRS complementa vários aspectos da cognição social, especificamente mostrando a importância das **ancoragens sociais**” (grifos nossos). Esse aspecto é também apontado por Morato (2011, 2019). Dessa maneira, “o solo onde se formam as representações e as cognições é o mesmo: o dos julgamentos sociais (Doise, 1972⁶). Com efeito, representações e cognições se formam nos e para os julgamentos sociais” (Mendonça; Lima, 2014, p. 192), logo, envolvem distintos níveis de análise e de articulação.

Ao posicionar-se por este ângulo, a perspectiva de Moscovici (1981) considera que é possível pensar em uma ‘Psicologia Social Cognitiva’ que se ocupa, primordialmente, do estudo da interação do sujeito com o meio que se insere. Em função disso,

⁶ Referência citada por Mendonça e Lima (2014): DOISE, W. Rencontres et représentations intergroupes. *Archives de Psychologie*, v. 41, n. 164, p. 303-320, 1972.

[...] a representação social na verdade opera uma transformação do sujeito e do objeto na medida em que ambos são modificados no processo de elaborar o objeto. O sujeito amplia sua categorização e o objeto se acomoda ao repertório do sujeito, repertório o qual, por sua vez, também se modifica ao receber mais um habitante. **A representação, portanto, repito, não é cópia da realidade, nem uma instância intermediária que transporta o objeto para perto/dentro do nosso espaço cognitivo.** Ela é um processo que torna conceito e percepção intercambiáveis, uma vez que se engendram mutuamente, como no caso do inconsciente “agitado” ou do complexo visível a olho nu (Arruda, 2002, p. 137, grifos meus).

Assim, essa relação entre representação social⁷ e cognição pode ser mediada pelas práticas linguísticas. As representações são biunívocas, ou seja, constituem fenômenos de dupla natureza: social e cognitiva, e que podem ser compreendidos conforme o contexto de produção. Portanto, pelo recorte estabelecido neste estudo, as representações sociais construídas pelos pacientes permitem identificar e discutir suas apreciações avaliativas da conduta médica e da interação mais ampla.

4 Avaliação da conduta médica e da interação em consultas clínicas: análise de dados

Analisa-se, nesta seção, a partir de levantamento feito do *corpus* de Lima (2016), algumas avaliações da conduta médica e da própria interação durante a consulta clínica elaboradas pelos pacientes. Os índices de identificação desse aspecto são observados por meio de fenômenos de representação social e de processos referenciais, em falas nas quais os pacientes expressavam a experiência com o médico

⁷ Ainda conforme Moscovici (2005, p. 78), as representações sociais constituem maneiras específicas de compreender e de comunicar, que se constituem por meio de dois processos: a ancoragem e a objetivação. “A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido”.

na interação durante a consulta clínica. Segue o primeiro exemplo, que ilustra o fenômeno interacional focalizado:

[1] **P8/UBS1** [sexo feminino, 25 anos, alfabetizada⁸]: Eu acho que entre o médico e o paciente é principalmente isso. Tem determinado tipo de médico que você **entra ele já vem com ignorância (I), ele não presta atenção no que a gente tá falando (II), ele não, não... examina direito (III), se a gente pede para explicar de novo ele não explica (IV), ele já vem, tipo com ignorância (V)** aí é muito ruim desse jeito por que a gente vai atrás de uma, uma solução pro que a gente tá sentido **e tem tipo de médico que não entende (VI), que pronto, ali ele é o médico e acabou, ele que sabe e pronto (VII)**, eu acho horrível isso daí.

De maneira geral, nesse exemplo, atesta-se um problema de compreensão na interação, pois não há um entendimento mútuo entre os sujeitos: o médico não compreende a paciente e vice-versa, ou seja, há um descompasso/desalinho na interação, em termos semântico-pragmáticos. Não há uma ‘interincompreensão regrada’ (Maingueneau, 2008) entre os sujeitos, sendo que esta constitui uma propriedade básica para a interação e para a eficiência comunicativa necessária à construção de sentidos entre os parceiros da enunciação.

Em termos de análise textual, a representação social da interação realizada por **P8/UBS1** é constituída de elementos, como: “ignorância”, “horrível” e “desatenção”. Esse movimento ocorre na construção de uma cadeia referencial, por meio de predicados e de outros elementos linguísticos de valor que avaliam a conduta médica. No geral, predomina o processo de predicação, que pode ser nominalizada por meio de alguns referentes de valência negativa, seguidos de processos de recategorização, conforme os segmentos: a) **ignorância**: “ele já vem com ignorância” (I); “ele já vem,

⁸ Em seu estudo inicial, o autor reconheceu que, para os objetivos em tela na ocasião, a categorização: alfabetizado X não alfabetizado era baseada justamente no modelo de letramento autônomo, o qual criticava, ainda assim, essa diferenciação fez-se necessária, a fim de: i) melhor caracterizar o *corpus*; ii) estabelecer categorias de análise; e iii) servir de base para identificação em recortes da pesquisa já publicados; bem como, iv) para análises futuras, como a proposta apresentada neste artigo.

tipo com ignorância” (V); b) **desatenção**: “não presta atenção no que a gente tá falando” (II); c) **impaciência**: “se a gente pede para explicar de novo ele não explica” (IV); d) **negligência**: “não... examina direito” (III); e) **arrogância**: “tem tipo de médico que não entende” (VI); “ali ele é o médico e acabou, ele que sabe e pronto” (VII).

Considerando a cadeia referencial identificada na fala de **P8/UBS1**, esses segmentos (I-VII) evidenciam algumas das diversas formas de recategorização que ela utiliza para avaliar a conduta médica. Esses processos de recategorização explicitam os domínios referenciais do sujeito, o que lhes permite atribuir uma avaliação negativa da conduta médica.

Essas apreciações podem ser sumariamente definidas pelos trechos: “eu acho horrível isso” e é “muito ruim desse jeito”, nos quais a paciente apresenta uma predicação de valor que recategoriza a interação como um todo. Nisso, **P8/UBS1** cria “enquadres cognitivos axiológicos negativos” (Marcuschi, 2002, p. 56) da conduta médica e de todo o enquadre interativo, pela conduta e pelo tipo de linguagem utilizada pelo profissional da saúde, a qual, encontra-se revestida de um caráter distanciando das reais necessidades da paciente.

Uma análise mais ampla da interação evidencia ainda dois aspectos: o primeiro é a identificação de um modelo biomédico (Cruz, 2008; Siman, 2015) muito recorrente, permitindo que o médico assuma uma conduta distanciada do paciente, numa relação verticalizada e assimétrica; o segundo é que há enquadres conflitantes e esquemas cognitivos diferentes, ocasionando ‘desencontros’ entre os sujeitos da interação (Tannen; Wallat, 2002).

Nesse exemplo, identifica-se uma narrativa por meio da qual o sujeito constrói um referente ou um objeto de discurso a partir dos modelos de atendimento médico que tem em mente, e que permite que realize uma avaliação negativa em uma cadeia associativa entre a conduta médica e a interação de maneira geral. Depreende-se disso que a paciente faz uma análise da macroestrutura que envolve o discurso construído

na interação, em seu aspecto de estrutura semântica global, considerando todo o universo onde a interação ocorre (Kintsch; Van Dijk, 1978; Van Dijk; Kintsch, 1983).

Tem-se, em outro exemplo de representação social, ainda na mesma interação:

[2] **P8/UBS1** [sexo feminino, 25 anos, alfabetizada]: [...] 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** (I), 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** (II). Tem que mostrar (III) o que eu tô sentindo, por que não adianta eu ir no médico pra ele só tá escrevendo, não adianta.

O que se observa nessa representação social, trazida pela paciente, é um processo de descrição lexicalmente marcado nos segmentos: “ele tem que olhar para mim” (I) e “baixou a cabeça e escreveu e pronto, ali sem ninguém falar nada não, tem que olhar é pra mim” (II).

Ao inserir a figura do médico dentro dessa cadeia referencial descritiva, mais uma vez **P8/UBS1** qualifica a conduta médica por uma predicação de valor, que pode ser nominalizada como: a) **desatenção** e b) **negligência**, respectivamente em (I) e (II). Ademais, identifica-se um apelo da paciente para que o enquadre interativo construído durante a consulta seja mais humanizado. A base de categorização desses referentes é a experiência da interação.

Nesse caso, ocorre uma categorização dupla, a partir do enquadre interacional construído durante a consulta clínica, pois se avalia tanto a i) interação com o médico, quanto a ii) conduta médica. A paciente exige do médico uma atitude que garanta que ela tenha uma compreensão daquilo que necessita para solucionar o problema de saúde, com isso, evidencia um índice de avaliação também sobre a forma como deve ocorrer a comunicação durante a consulta médica: exige o cumprimento de direitos sociais garantidos por lei e que estão presentes nas regulamentações do SUS, de que a relação médico-paciente deve ser construída por meio da fluidez, do envolvimento

entre os participantes e do compromisso profissional com a qualidade no atendimento do paciente. Por exemplo, os segmentos lexicais (I) e (III): “**ele tem que** olhar para mim”; “**tem que** mostrar”, marcam, além da dinâmica de forças e de orientação argumentativa regida por um princípio cognitivo (Talmy, 2000), um enquadre de “esquema de conhecimentos” prévios (Tannen; Wallat, 2002) dominados por **P8/UBS1**, o que lhe permite criar uma expectativa de como deve ser o ritual de uma consulta clínica: um espaço cooperativo construído na interação verbal (Vion, 1992).

Ainda do ponto de vista interacional, um aspecto também observado é a relação ‘distanciada’ entre o médico e o paciente, fato que decorre das relações de poder e de assimetria historicamente construídas e naturalizadas entre esses sujeitos, conforme apontado por Caprara e Rodrigues (2004), Martine (1989), Vion (1992) e, também, por Lima (2018).

Observe-se mais um exemplo de representação social da interação, feita por uma outra paciente:

[3] **P25/UBS2** [sexo feminino, 61 anos, alfabetizada]: [...] 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** (I).

[...]

Às veze, **quando ele diz uma coisa que eu não entendo bem, aí eu pergunto aqui a menina aqui que marca** (II). Como bem, agora mermo o remédio que ele passou pra comprar pro meu esposo, aí eu esqueci de perguntar ele como é, aí eu amostrei a ela e aí ela disse que é ‘assim, assim’, [...]

As propriedades textual-discursivas examinadas nesse exemplo evidenciam que **P25/UBS2** avalia tanto a conduta médica, quanto à interação de maneira geral, de um modo bem mais modalizado, diferente de **P8/UBS1**. Isso é perceptível, por exemplo, no segmento (I): “graças a Deus vem vindo **bem**”. O item lexical grafado (advérbio de modo) explicita como ela categoriza como satisfatórias as interações que tem recorrentemente com o médico.

Quanto à avaliação da conduta do profissional da saúde, no segmento (II): “quando ele diz uma coisa que eu não entendo bem, aí eu pergunto aqui a menina aqui que marca”, fica evidente que **P25/UBS2** categoriza o médico como ‘pouco informativo’, o que não configura, de modo explícito, uma predicação negativa da conduta médica, como nos exemplos [1] e [2], em que o paciente atribui predicados de valor como ‘desatento’ e ‘negligente’.

Além disso, percebe-se que a paciente relativiza e aceita de maneira passiva esse tipo de conduta médica em consultas clínicas, de modo generalizado, bem como a visão historicamente construída sobre a figura de autoridade do médico, que se coloca de modo assimétrico e pouco cooperativo na interação com o paciente. Assim, ao participar dessas interações, ela já possui um enquadre de interpretação acerca do modo ritualizado como elas ocorrem (Tannen; Wallat, 2002). Em sua percepção, é ‘normal’ e previsível que o médico mantenha uma relação distanciada do paciente, atribuindo, inclusive, parte de suas funções profissionais a outros sujeitos, como “a menina aqui que marca” (II), que, tanto pode ser alguém com formação na área da saúde (um técnico ou auxiliar de enfermagem), quanto um profissional da área administrativa, que apenas atua em ambientes de atendimento médico.

Em relação a esse exemplo, o que salta aos olhos nos diferentes movimentos textuais e sociocognitivos produzidos por **P25/UBS2**, “não é um [simples] esquema categorial e sim uma atividade sociocognitiva de envolvimentos que produzem mesclas conceituais” (Marcuschi, 2002, p. 54) e avaliativas da interação e da conduta médica. Tais movimentos calibram suas experiências de construção cognitiva do mundo social, ultrapassando as habilidades meramente linguísticas (Morato, 2019) e se voltando para as atividades de construção do conhecimento, fundadas em processos interacionais diversos.

Por último, analisa-se outro exemplo de representação social da interação de um paciente:

[4] **P39/UBS3** [sexo masculino, 55 anos, alfabetizado]: Isso aí [...] 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 embaixo 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 (I), mais ele aí tem a letra muito “garranchuda” muito (II)**. 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 cuido 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 (III)**.

A cadeia referencial construída por **P39/UBS3**, de caráter avaliativo, ocorre, sobretudo, por meio de processos de adjetivação, conforme os segmentos a seguir: “porque tem uns médico que até **bonzinho** pra gente ler” (I), “mais ele aí tem a letra muito **“garranchuda”** muito” (II). Para a construção do referente, o paciente recorre a experiências anteriores, estabelecendo comparações com outras interações em contextos clínicos, conforme o segmento (III). Esse aspecto é fundamental para os propósitos deste estudo, pois evidencia que os enquadres e os esquemas interativos variam em diferentes cenários de consulta clínica, tal como apontado por Tannen e Wallat (2002). No entanto, independentemente dessa variação, os conhecimentos prévios dos participantes da interação constituem uma base sociocognitiva fundamental para apresentar uma avaliação sobre a interação como um todo, bem como sobre a conduta médica, aspecto também identificado no exemplo [3].

Além disso, assim como no exemplo [2], nesse caso percebe-se um movimento similar de categorização dupla, tanto da conduta médica quanto da interação, aspecto que, nesse processo de adjetivação, **P39/UBS3** toma como referência a maneira como o médico escreve no gênero textual receita médica. Nisso, aponta para um tipo de

médico 'bom' (segmento (I)) e para um tipo de médico 'ruim' (segmentos (II) e (III)), tomando a legibilidade da escrita como elemento qualificador da conduta médica. Também, semelhante ao que se observa no exemplo [1], o paciente cria 'enquadres cognitivos axiológicos negativos e positivos' Marcuschi (2002), do referente médico, por escalas de predicções. "Não se trata de uma simples questão de associação léxica e sim de oportunidade sócio-interativa de associação", aponta Marcuschi (2002, p. 56), em análise de situação interativa semelhante.

Outra constatação em movimento similar, que evidencia uma postura avaliativa, é identificada na tentativa de compreender o nome do remédio escrito no gênero textual receita médica, quando o paciente questiona a legibilidade da letra e da prescrição, tentando localizar as informações na peça escrita por meio da localização espacial: "aí aqui embaixo eu fui".

Do ponto de vista da análise do enquadre da interação, evidencia-se o domínio que ele possui, tanto da função, quanto da estrutura de cada item da receita (nome do paciente, nome do remédio, modo e horários de tomar etc.). Ao acionar procedimentos complexos de compreensão textual, **P39/UBS3** revela domínio de determinado modelo estratégico de compreensão e produção de discurso em dois níveis: microestrutura e macroestrutura, como postulado por Kintsch e Van Dijk (1978) e Van Dijk e Kintsch (1983), bem como de estratégias oriundas de seu conhecimento enciclopédico ou de mundo, que lhe permite o domínio de modelos cognitivos acumulados através da experiência, acionáveis no processo de compreensão textual, sociocognitivo e de construção avaliativa de referentes.

O paciente reconhece a reprodução e a manutenção de relações marcadas historicamente pelo poder e pela assimetria (Caprara; Rodrigues, 2004; Lima, 2018; Martine, 1989; Vion, 1992), como forma naturalizada que governa aquele enquadre interacional.

Nesse aspecto, **P39/UBS3** revela um nível relativamente aprofundado e complexo sobre o tipo de 'atividade encenada' (Tannen; Wallat, 2002) em uma consulta

clínica, que, do ponto de vista do enquadre interativo, tanto pode apresentar homonímia de comportamentos quanto esquemas diferentes, conforme identificado no encadeamento textual construído e que permite adjetivar diferentes tipos de interações, seja de condutas médicas, seja de contextos clínicos, imprimindo, assim, uma visão avaliativa.

Nessa direção, assim como no exemplo [2], percebe-se que pela maneira consciente e crítica como se posiciona e avalia a interação e a conduta médica o paciente apresenta uma posição argumentativa no discurso, aspecto que constitui um princípio cognitivo (Talmy, 2000) fundamental para identificar o modo como ele qualifica as interações em consultas clínicas.

5 Considerações finais

Os dados aqui analisados procuram destacar as contribuições de categorias do campo social na análise de interações. Tal feito parte da premissa de que, hoje, não se pode desprender-se da aliança com estudos ancorados em teorias sociais para a análise de fenômenos da linguagem, sobretudo, a partir de uma abordagem textual e sociocognitiva. Daí a consideração, neste estudo, da Teoria de Representações Sociais (TRS) acerca da perspectiva da Cognição Social (CS) e da noção de sociocognição como alternativa eficaz para responder aos desafios contemporâneos de uma “Linguística interessada na problemática cognitiva” (Morato, 2019, p. 33).

Neste estudo, analisou-se como pacientes avaliam a conduta médica e a interação de maneira mais global, a partir das representações sociais que constroem sobre o evento comunicativo consulta clínica. Os aspectos de natureza textual e sociocognitiva observados nos dados apontam, como resultados, que esse processo avaliativo ocorre por meio de representação social e de processos referenciais, tais como a a) categorização, a b) recategorização, a c) predicação, a d) adjetivação, a e) descrição, entre outros mecanismos de linguagem, evidentes na construção de uma atividade referencial que, além do domínio sociocognitivo, explicita a complexidade

de conhecimentos mobilizáveis na construção dos referentes em foco durante a consulta clínica.

A análise valida a tese de que os pacientes, ao participarem de um enquadre interacional, no caso, a consulta clínica, mobilizam diferentes referentes e objetos de discurso para avaliar a conduta médica e a interação. Nos exemplos analisados percebem-se diferentes modalizações acerca de como ocorre essa avaliação. Alguns pacientes explicitam uma visão mais crítica e atribuem valências negativas bastante explícitas, fato que está potencialmente atrelado ao nível de letramento social e escolar desses sujeitos (Lima, 2016, 2019), bem como a posição argumentativa que assumem no discurso (Talmy, 2000). Por outro lado, outros pacientes apresentam uma visão mais modalizada e passiva diante da conduta médica e da interação ali estabelecida. Também nesse caso fica evidente a possibilidade de um paciente com um menor nível de letramento social de exibir uma competência reflexiva, o que implica a possibilidade de assumir uma postura argumentativa mais incisiva.

Em relação a cada uma dessas posturas assumidas pelos diferentes sujeitos, conclui-se também que há a presença de um determinado modelo de médico e de doente (Clark; Mishler, 2001; Cruz, 2008; Siman, 2015) assumido por cada paciente que, dentro de uma estrutural social vigente, acaba interferindo na modelagem cognitiva que é atribuída ao profissional da saúde e ao ritual que configura o enquadre interacional da consulta clínica.

Como consequência das interações malsucedidas, em que os médicos não ouvem os pacientes com atenção, a conduta médica recebe interferência da má interação com o paciente. Nesses casos, há uma imbricação entre ambas, permitindo que os pacientes, a partir dos diferentes enquadres interativos, que se subdividem em enquadre de interpretação e estruturas de conhecimento, evidenciem um esquema de conhecimento que têm em mente e que serve como referência para construir uma representação social avaliativa, tanto dos participantes quanto do cenário que emoldura, interacionalmente, o evento comunicativo consulta clínica.

A análise reforça, por fim, a hipótese de que o texto é uma forma de cognição social, aspecto que emerge do conjunto de apreciações avaliativas que os pacientes constroem por meio de representações sociais e de processos referenciais, ancorados em formulações linguísticas bastante específicas sobre suas experiências de interação com os médicos e com os contextos em que a interação clínica ocorre.

Referências

ARAÚJO, C. P. Informação, comunicação e saúde: campo interdisciplinar em construção. **Informação & Comunicação**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 45-59, jan./jul. 2011. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/ci/article/view/21499/12633>. DOI <https://doi.org/10.5216/CEI.v14i1.21499>

ARRUDA, A. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/T4NRbmqpmw7ky3sWhc7NYVb/abstract/?lang=pt>. DOI <https://doi.org/10.1590/S0100-15742002000300007>

BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. Tradução de Paulo Bezerra. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

BOURDIEU, P. **A economia das trocas linguísticas: o que falar quer dizer**. Tradução de Sergio Miceli *et al.* São Paulo: Edusp, 1996.

BOURDIEU, P. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. 11. ed. Trad. Mariza Corrêa. Campinas: Papirus, 2011.

BOURDIEU, P. **Questões de Sociologia**. Trad. Fábio Creder. Petrópolis: Vozes, 2019.

CAMPOS, C. F. C.; FÍGARO, R. A relação médico-paciente vista sob o olhar da comunicação e trabalho. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 43, p. 01-11, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2352/1592>. DOI [https://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2352](https://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2352)

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/rXYfSjZY6H3cz7WMghp89dk/abstract/?lang=pt>. DOI
<https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>

CLARK, J. A.; MISHLER, E. G. Prestando atenção às histórias dos pacientes: o reenquadre da tarefa clínica. *In*: RIBEIRO, B. T.; LIMA, C. C.; DANTAS, M. T. L. (org.). **Narrativa, identidade e clínica**. Rio de Janeiro: Edições IPUB-CUCA, 2001. p. 11-54.

CRUZ, F. M. da. **Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer**. 2008. 312 f. Tese (Doutorado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas; École Normale Supérieure, (ENS-LSH), França, 2008.

FREITAS, M. T. de A. A perspectiva sócio-histórica: uma visão humana da construção do conhecimento. *In*: FREITAS, M. T. de A.; SOUZA, S. J.; KRAMER, S. (org.). **Ciências humanas e pesquisa: leituras de Mikhail Bakhtin**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 26-38.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2002. p. 17-44.

KINTSCH, W.; VAN DIJK, T. A. Toward a model of text comprehension and production. **Psychology Review**, v. 85, n. 5, p. 363-394, 1978. DOI <https://doi.org/10.1037/0033-295X.85.5.363>

KOCH, I. G. V.; CUNHA-LIMA, M. L. Do cognitivismo ao sociocognitivismo. *In*: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (org.). **Introdução à Linguística: fundamentos epistemológicos**, v. 3, 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 251-300.

KOCH, I. G. V. **Desvendando os segredos do texto**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

KOCH, I. G. V. **As tramas do texto**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2014.

KOCH, I. G. V. **Introdução à Linguística Textual: trajetória e grandes temas**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2015.

LIMA, F. R. **Letramentos em contextos de consulta médica: um estudo sobre a compreensão na relação médico-paciente**. 2016. 254 f. Dissertação (Mestrado em Letras - Estudos da Linguagem) - Centro de Ciências Humanas e Letras, Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2016.

LIMA, F. R. Poder ou assimetria na relação médico-paciente? - costurando o tema a partir de flutuações teóricas e aplicadas dentro dos estudos da comunicação e da linguagem. **Lingu@ Nostr@: Revista Virtual de Estudos de Gramática e Linguística**, Vitória da Conquista, v. 6, n. 2, p. 18-37, ago./dez. 2018. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/index.php/lnostr/article/view/13193/7872>. DOI

<https://doi.org/10.22481/lnostr.v6i2.13193>

LIMA, F. R. **Letramentos e retextualização em contextos de consulta médica**: um estudo sobre a compreensão na relação médico-paciente. Campinas: Mercado de Letras, 2019.

LIRA, J. O. de. **Análise dos aspectos macrolinguísticos e desenvolvimento de um índice de avaliação do discurso oral em pacientes com Doença de Alzheimer**. 2014. 138 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2014.

MARCUSCHI, L. A. Do código para a cognição: o processo referencial como atividade criativa. **Veredas**, Juiz de Fora, v. 6, n. 1, p. 43-62, 2002. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/veredas/article/view/25295>.

MARCUSCHI, L. A. Perplexidades e perspectivas da Linguística na virada do milênio. **Revista DLCV: Língua, Linguística & Literatura**, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 11-36, 2003a. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/dclv/article/view/7472/4538>.

MARCUSCHI, L. A. Atividades de referenciação, inferenciação e categorização na produção de sentido. In: FELTRES, H. P. de M. (org.). **Produção de sentido**: estudos transdisciplinares. São Paulo: Annablume; Porto Alegre: Nova Prova; Caxias do Sul: Educ, 2003b. p. 239-261.

MARCUSCHI, L. A. **Cognição, linguagem e práticas interacionais**. Rio de Janeiro: Lucerna, 2007.

MARCUSCHI, L. A. **Produção textual, análise de gêneros e compreensão**. São Paulo: Parábola, 2008.

MARCUSCHI, L. A. **Da fala para a escrita**: atividades de retextualização. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MAINGUENEAU, D. **Gênese dos discursos**. Tradução de Sírio Possenti. São Paulo: Parábola, 2008.

MARTINE, L. C. e C. Análise da constituição e reprodução no discurso médico-paciente: uma abordagem sociolinguística interacional. *In*: TARALLO, F. (org.). **Fotografias sociolinguísticas**. Campinas: Pontes, 1989. p. 239-268.

MENDONÇA, A. P.; LIMA, M. E. O. Representações sociais e cognição social. **Psicologia e Saber Social**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 191-206, 2014. DOI <https://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2014.14470>

MORATO, E. M. O interacionismo no campo linguístico. *In*: MUSSALIM, F.; BENTES, A. C. (org.). **Introdução à Linguística: fundamentos epistemológicos**, v. 3, 5. ed. São Paulo: Cortez, 2011. p. 311-351.

MORATO, E. M. Linguística Textual e Cognição. *In*: SOUZA, E. R. F. de; PENHAVEL, E.; CINTRA, M. R. (org.). **Linguística Textual: interfaces e delimitações: homenagem a Ingedore Grünfeld Villaça Koch**. São Paulo: Cortez, 2017. p. 394-430.

MORATO, E. M. A cognição como objeto da linguística: perspectivas contemporâneas e desafios interdisciplinares. *In*: CAVALCANTE, S.; MILITÃO, J. (org.). **Linguagem e cognição: desafios e perspectivas contemporâneas**. Campinas: Mercado de Letras, 2019. p. 31-50.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MOSCOVICI, S. On social representations. *In*: FORGAS, J. P. (org.). **Social Cognition: perspectives on everyday understanding**. Londres: Academic Press, 1981. p. 181-209.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Argumentação e comunicação médico-paciente: comparando os enfoques da pragma-dialética de Toulmin e a sociolinguística americana. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 12, p. 2577-2587, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/FLyFy9rrv3bVkDvhnYfb5VL/>. DOI <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150914>

SALOMÃO, M. M. Razão, realismo e verdade: o que nos ensina o estudo sociocognitivo da referência. *In*: KOCH, I. G. V.; MORATO, E. M.; BENTES, A. C. (orgs.). **Referenciação e discurso**. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2015. p. 151-168.

SIMAN, J. H. **Os frames de Doença de Alzheimer**. 2015. 156 f. Dissertação (Mestrado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015.

TALMY, L. **Towards a Cognitive Semantics v. 1**. Cambridge: MIT Press, 2000. DOI <https://doi.org/10.7551/mitpress/6847.001.0001>

VAN DIJK, T. A.; KINTSCH, W. **Strategies of discourse comprehension**. Nova Iorque: Academic Press, 1983.

VAN DIJK, T. A. Discurso-cognição-sociedade: estado atual e perspectivas da abordagem sociocognitiva do discurso. Tradução de Pedro Theobald. **Letrônica**, Porto Alegre, v. 9, n. esp. (supl.), p. 08-29, nov. 2016. DOI <https://doi.org/10.15448/1984-4301.2016.s.23189>

TANNEN, D.; WALLAT, C. Enquadres interativos e esquemas de conhecimento em interação: exemplos de um exame/consulta médica. Trad. Parmênio Camurça Citó. *In*: RIBEIRO, B. T.; GARCEZ, P. M. (org.). **Sociolinguística Interacional**. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Loyola, 2002. p. 183-214.

VION, R. **La communication verbal**: analyse des interactions. Paris: Hachette, 1992.