



**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA, PÓS-GRADUAÇÃO E INOVAÇÃO
ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES**

Lusineide Carmo Andrade de Lacerda

**A LÍNGUA(GEM) EM AMBIENTE HOSPITALAR: UM ESTUDO
ENUNCIATIVO
ANTROPOLÓGICO DO PRECEPTOR E RESIDENTE MÉDICOS**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM

**Recife – PE
2026**

Lusineide Carmo Andrade de Lacerda

**A LÍNGUA(GEM) EM AMBIENTE HOSPITALAR: UM ESTUDO
ENUNCIATIVO
ANTROPOLÓGICO DO PRECEPTOR E RESIDENTE MÉDICOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Linguagem, da Escola de Educação e Humanidades, da Universidade Católica de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Ciências da Linguagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Isabela Barbosa Rêgo Barros.

Linha de pesquisa: Aquisição, Desenvolvimento e Distúrbios da Linguagem em Suas Diversas Manifestações

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO

Prof. Dr. Pe. Carlos Fritzen, S.J. (Reitor)

Prof. Dr. Pe. Delmar Araújo Cardoso, S.J. (Vice-reitor)

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Prof. Dr. Juliano Mendonça Domingues da Silva (Pró-reitor)

ESCOLA DE EDUCAÇÃO E HUMANIDADES

Profa. Dra. Flávia Tavares da Costa Ramos (Coordenadora geral)

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA LINGUAGEM

Profa. Dra. Elaine Pereira Daróz (Coordenadora)

Profa. Dra. Nadia Pereira da Silva Gonçalves de Azevedo (Vice-coordenadora)

Ficha Catalográfica

L1311 Lacerda, Lusineide Carmo Andrade de.
A língua(gem) em ambiente hospitalar : um estudo
enunciativo antropológico do preceptor e residente
médicos / Lusineide Carmo Andrade de Lacerda, 2026.
86 f. : il.

Orientador(a): Isabela Barbosa Rêgo Barros.
Tese (Doutorado) - Universidade Católica de Pernambuco.
Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem.
Doutorado em Ciências da Linguagem, 2026.

1. Linguagem e línguas. 2. Enunciação, Teoria da.
3. Preceptores. 4. Comunicação. 5. Linguística. I. Título.

CDU 801

Luciana Vidal CRB-4/1338

Lusineide Carmo Andrade de Lacerda

**A LÍNGUA(GEM) EM AMBIENTE HOSPITALAR: UM ESTUDO
ENUNCIATIVO
ANTROPOLÓGICO DO PRECEPTOR E RESIDENTE MÉDICOS**

Esta tese foi julgada adequada para obtenção do Título de Doutora de Ciências da Linguagem. Foi aprovada em sua forma final com alterações indicadas pela banca.

Recife, 23 de abril de 2026.

Documento assinado digitalmente
 **ELAINE PEREIRA DARÓZ**
Data: 27/04/2026 17:01:37-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Elaine Pereira Daróz
Coordenadora do PPGCL

Banca Examinadora:

Documento assinado digitalmente
 **ISABELA BARBOSA DO REGO BARROS**
Data: 27/04/2026 11:21:11-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Isabela Barbosa do Rêgo Barros
Orientadora - Universidade Católica de Pernambuco

Documento assinado digitalmente
 **WYLMA DANUZZA GUIMARAES BASTOS**
Data: 26/04/2026 21:48:04-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Wylma Danuzza Guimarães Bastos
Examinadora externa – Universidade de Pernambuco

Documento assinado digitalmente
 **LORENA GRACE ALVES DO VALE**
Data: 27/04/2026 07:42:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinadora externa - Profa. Dra. Lorena Grace Alves do Vale
Centro Universitário Maurício de Nassau

Documento assinado digitalmente
 **FLAVIO ROMULO ALEXANDRE DO REGO BARROS**
Data: 27/04/2026 14:07:40-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Examinador externo – Prof. Dr. Flávio Rômulo Alexandre do Rêgo Barros
Universidade – UAEADTec

Documento assinado digitalmente
 **MOAB DUARTE ACIOLI**
Data: 27/04/2026 17:41:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Moab Duarte Acioli
Examinador Interno - Universidade Católica de Pernambuco

Ao meu esposo Vanderley Lacerda, aos meus filhos Vinícius, Víctor e Vanderley Filho, por trazer luz e esperança na minha vida. Por contribuírem para que eu pudesse chegar até aqui. Por suportarem as minhas ausências e os meus estresses e por estarem sempre ao meu lado nessa conquista, o meu amor e minha sincera gratidão.

Vocês são a luz que ilumina meus dias, o abraço que acalma minhas inquietações e o amor que dá sentido a cada conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me permitir sabedoria, vontade, coragem e força para superar os obstáculos encontrados na realização deste sonho.

A minha família, especialmente a minha mãe Antônia Carmo Pires, ao meu pai Francisco Carmo de Sousa (*in memoriam*), às minhas irmãs e irmãos, Lúcia, Preta, Lusimar, Thyse, Valmir, Vladimir, Valdir, Valter Jonso e Sócrates, pelas palavras de incentivo e pela torcida em cada etapa vencida.

A minha orientadora, Profa. Dra. Isabela Barbosa do Rêgo Barros, pela paciência, atenção, por me acolher, orientar e compartilhar comigo seus conhecimentos com generosidade e rigor acadêmico.

À UPE e à Unicap, pela oportunidade de estudo.

A todos que fizeram parte do DINTER em Ciências da Linguagem, especialmente aos colegas de turma, pelo incentivo, pelo apoio e por tornarem mais leve esta jornada.

Aos professores que cruzaram meu caminho e me ensinaram que pesquisar é, antes de tudo, um ato de compromisso com o conhecimento e com a transformação social.

Ao meu colega de turma, Genivaldo do Nascimento, a quem dedico o nome da turma por toda dedicação e incentivo para que este doutorado fosse possível, meus sinceros agradecimentos.

A minha colega de turma e amiga Priscylla Falcão pela parceria na construção e no compartilhamento de todo conhecimento durante essa jornada.

À banca julgadora pelas suas valiosas contribuições.

Aos preceptores e residentes médicos do Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco, pela disponibilidade no fornecimento dos dados para a realização desta pesquisa.

A todos que acreditaram em mim, mesmo quando eu duvidei, e que, de alguma forma, contribuíram para que este sonho se tornasse realidade.

LACERDA, Lusineide Carmo Andrade de. **A língua(gem) em ambiente hospitalar: um estudo enunciativo antropológico do preceptor e residente médicos**. 2025. 62 f. Tese (Doutorado em Ciências da Linguagem). Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem, Universidade Católica de Pernambuco. Recife, 2025.

RESUMO

A comunicação consiste em uma das competências gerais do profissional de saúde e que, se negligenciada, pode provocar incompreensão e desentendimentos durante a formação profissional. Entretanto, antes de servir para comunicar, a linguagem é palco da enunciação: função que caracteriza o homem na sua condição de *homo loquens* (Flores, 2019). A necessidade de compreender os mecanismos de subjetivação na residência médica, especificamente o fenômeno do efeito-espelho, justifica-se investigar este fenômeno. Compreender essa dinâmica é fundamental, pois o mimetismo acrítico pode perpetuar vícios assistenciais e negligenciar o desenvolvimento de uma postura reflexiva. Esta tese analisa as dinâmicas da língua(gem) na interação entre preceptor e residente médicos no ambiente hospitalar, sob uma perspectiva enunciativa antropológica. Fundamentamo-nos nos pressupostos teóricos e metodológicos da teoria antropológica da enunciação de Flores (2015, 2019) que trata dos efeitos da presença da língua no homem em interlocução com as considerações de Roman Jakobson (2010) sobre a teoria da comunicação e de Benveniste (2020, 2023) sobre a teoria da enunciação. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, desenvolvido na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital universitário no interior de Pernambuco, no período de junho a dezembro de 2024. Os dados consistiram nos comentários acerca da língua realizados por seis residentes (clínica médica, cirurgia geral e cirurgia vascular) e oito preceptores dessas áreas, além de dois da UTI. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, filmadas e gravadas. A análise considerou a proposição do “contorno de sentido”, visível na função metalinguística de usar a língua para comentar a língua. O discurso do preceptor revela que a língua(gem) é compreendida não como um mero código de transmissão de informação, mas como um fenômeno dinâmico de ação e eficácia no mundo. Os discursos dos residentes evidenciaram que a comunicação na preceptoria é profundamente antropológica e marcada pela hierarquia. O comentário metalinguístico dos residentes revela um processo ativo de construção e legitimação de seu ser na fase de residência. A linguagem, portanto, é o espaço onde a identidade é negociada, sofrida e, finalmente, afirmada. A contribuição prática deste estudo, reside na elucidação de que a má comunicação é um sintoma da rigidez hierárquica e da sobrecarga institucional, fornecendo subsídios diretos para a reformulação de práticas pedagógicas na residência médica que visem à legitimação da voz do residente.

Palavras-Chave: Preceptoria. Comunicação. Linguagem. Metalinguística. Enunciação.

RESUMEN

La comunicación consiste en una de las competencias generales del profesional de la salud y que, si se descuida, puede provocar incomprendiones y desacuerdos durante la formación profesional. Sin embargo, antes de servir para comunicar, el lenguaje es el escenario de la enunciación: función que caracteriza al hombre en su condición de *homo loquens* (Flores, 2019). La necesidad de comprender los mecanismos de subjetivación en la residencia médica, específicamente el fenómeno del efecto espejo, justifica la investigación de este fenómeno. Comprender esta dinámica es fundamental, ya que el mimetismo acrítico puede perpetuar vicios de cuidado y descuidar el desarrollo de una postura reflexiva. Esta tesis analiza la dinámica del lenguaje en la interacción entre tutores médicos y residentes en el entorno hospitalario, desde una perspectiva enunciativa antropológica. Basamos nuestro trabajo en los supuestos teóricos y metodológicos de la teoría antropológica de la enunciación de Flores (2015, 2019), que aborda los efectos de la presencia del lenguaje en los humanos en la interlocución, junto con las consideraciones de Roman Jakobson (2010) sobre la teoría de la comunicación y las consideraciones de Benveniste (2020, 2023) sobre la teoría de la enunciación. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo de naturaleza cualitativa, desarrollado en la unidad de terapia intensiva (UTI) de un hospital universitario en el interior de Pernambuco, en el período de junio a diciembre de 2024. Los datos consistieron en comentarios sobre el lenguaje realizados por seis residentes (medicina interna, cirugía general y cirugía vascular) y ocho tutores de estas áreas, así como por dos de la UCI. La recolección de datos ocurrió por medio de entrevistas semiestructuradas, filmadas y grabadas. El análisis consideró la proposición del “contorno de sentido”, visible en la función metalingüística de usar el lenguaje para comentar el lenguaje. El discurso del preceptor revela que el lenguaje es comprendido no como un mero código de transmisión de información, sino como un fenómeno dinámico de acción y eficacia en el mundo. Los discursos de los residentes evidenciaron que la comunicación en la preceptoria es profundamente antropológica y marcada por la jerarquía. El comentario metalingüístico de los residentes revela un proceso activo de construcción y legitimación de su ser en la fase de residencia. El lenguaje, por lo tanto, es el espacio donde la identidad es negociada, sufrida y, finalmente, afirmada. La contribución práctica de este estudio reside en la elucidación de que la mala comunicación es un síntoma de la rigidez jerárquica y de la sobrecarga institucional, proporcionando subsidios directos para la reformulación de prácticas pedagógicas en la residencia médica que visen a la legitimación de la voz del residente.

Palabras clave: Preceptoria. Comunicación. Lenguaje. Metalingüística. Enunciación.

ABSTRACT

Communication is one of the general competencies of healthcare professionals and, if neglected, can lead to misunderstandings and disagreements during professional training. However, before serving to communicate, language is the stage for enunciation: a function that characterizes humans in their condition as *homo loquens* (Flores, 2019). The need to understand the mechanisms of subjectivation in medical residency, specifically the phenomenon of the mirror effect, justifies investigating this phenomenon. Understanding this dynamic is fundamental, as uncritical mimicry can perpetuate care vices and neglect the development of a reflective stance. This thesis analyzes the dynamics of language in the interaction between medical preceptors and residents in the hospital environment, from an anthropological enunciative perspective. We based our work on the theoretical and methodological assumptions of Flores (2015, 2019) anthropological theory of enunciation, which deals with the effects of the presence of language on humans in interlocution, along with Roman Jakobson's (2010) considerations on communication theory and Benveniste's (2020, 2023) considerations on enunciation theory. This is an exploratory and descriptive study of a qualitative nature, developed in the intensive care unit (ICU) of a university hospital in the interior of Pernambuco, from June to December from 2024. The data consisted of comments about the language made by six residents (internal medicine, general surgery, and vascular surgery) and eight preceptors from these areas, as well as two from the ICU. Data collection occurred through semi-structured interviews, filmed and recorded. The analysis considered the proposition of the “meaning contour,” visible in the metalinguistic function of using language to comment on language. The preceptor's discourse reveals that language is understood not as a mere code for transmitting information, but as a dynamic phenomenon of action and efficacy in the world. The residents' discourses showed that communication in preceptorship is profoundly anthropological and marked by hierarchy. The residents' metalinguistic commentary reveals an active process of construction and legitimation of their being in the residency phase. Language, therefore, is the space where identity is negotiated, suffered, and finally affirmed. The practical contribution of this study lies in elucidating that poor communication is a symptom of hierarchical rigidity and institutional overload, providing direct subsidies for the reformulation of pedagogical practices in medical residency that aim at legitimizing the resident's voice.

Keywords: Preceptorship. Communication. Language. Metalinguistics. Enunciation.

FIGURAS

Figura 1: Circuito da fala.....	18
Figura 2: Mapa do município de Petrolina, Pernambuco, Brasil.	40
Figura 3: Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco, Petrolina/PE...	41

QUADROS

Quadro 1: Síntese das fases de Coleta de Dados Planejada.....	45
Quadro 2: Dendrograma de análise das entrevistas dos Preceptores Médicos.....	48
Quadro 3: Dendrograma de análise das entrevistas dos Residentes Médicos.....	58

TABELAS

Tabela 1. Análise de um Diálogo em Prontuário vs. Fala	22
Tabela 2. Conversão: Fala vs. Escrita Técnica.....	23

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT: Associação brasileira de normas técnicas

CPE/CISAM: Comitê de Ética em Pesquisa Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros

CES: Conselho de Ensino Superior

CNE: Conselho Nacional de Educação

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde

CNS: Conselho Nacional de Saúde

DCN: Diretrizes Curriculares Nacionais

EBSERH: Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EIP: Educação Interprofissional

HU: Hospital Universitário

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRAMUTEQ: *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial da Saúde

PSF: Programa de Saúde da Família

P1: Preceptor 1

R1: Residente 1

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVASF: Universidade Federal do Vale do São Francisco

UPE: Universidade de Pernambuco

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	17
2.1	Linguagem e comunicação: um percurso no discurso.....	17
2.2	Antropologia da enunciação em saúde.....	28
2.3	Preceptoria em saúde.....	32
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
3.1	Desenho de estudo.....	38
3.2	Contexto do estudo.....	39
3.3	População do estudo.....	41
3.3.1	Cálculo amostral e processo de seleção da amostra.....	42
3.3.2	Crítérios de inclusão e exclusão.....	42
3.3.3	Instrumento de coleta de dados.....	42
3.3.4	Operacionalização.....	43
3.3.5	Plano de descrição e análise de dados.....	43
3.4	Considerações Éticas.....	45
3.5	Fases de coleta e análise de dados.....	45
4	ANÁLISE E DISCUSSÕES.....	48
4.1	Análise e Discussões do <i>Corpus</i> Preceptores Médicos	48
4.2	Análise e Discussões do <i>Corpus</i> Residentes Médicos.....	58
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
	REFERÊNCIAS.....	75
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
	APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE.....	84
	APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA (Preceptor).....	85
	APÊNDICE D – ROTEIRO DE ENTREVISTA (Resente).....	86

1 INTRODUÇÃO

A comunicação consiste em uma das competências gerais do profissional de saúde e que, se negligenciada, pode provocar incompreensão durante a formação profissional. O ambiente hospitalar, em particular, é um espaço complexo de linguagens e interações, onde saberes são transmitidos, decisões são tomadas e vidas são impactadas. A comunicação constitui um dos principais desafios das equipes de saúde e uma das principais causas de eventos adversos (Schiesari et al, 2017).

Dentro desse cenário dinâmico, a relação entre preceptor e residente médicos emerge como um espaço privilegiado de aprendizagem e de construção de identidades profissionais, intensamente mediado pela língua(gem). Essa interação não se restringe à mera transmissão de conhecimento técnico; ela engloba a formação de discursos, a negociação de sentidos e a reprodução de práticas que moldam o futuro da medicina.

O preceptor atua como o profissional de saúde que articula a dimensão teórica à práxis assistencial. Mais do que um instrutor, atua como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, mediando a construção de competências técnico-científicas e ético-políticas. Sua função é fundamental na supervisão direta do estudante, permitindo o aprimoramento de habilidades críticas em cenários de prática reais e estimulando a colaboração em contextos interprofissionais (Ferreira, Cazella e Costa, 2022). A literatura aponta que a identidade do preceptor é definida por uma tipologia pedagógica variada, que engloba as funções de estrategista, facilitador e docente-clínico.

Conforme postulam Autonomo et al. (2015), essa categorização raramente é formalizada em documentos institucionais, sendo sustentada por um amálgama de saber técnico, aptidão didática e compromisso ético. Consequentemente, o perfil desse ator educacional torna-se contingente, variando conforme os objetivos curriculares e as necessidades específicas dos cenários de graduação e pós-graduação *lato sensu*.

A preceptoria envolve aspectos da interdisciplinaridade e multidisciplinaridade no ambiente hospitalar. Assim, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) contribuem para o desenvolvimento humano e social, tendo em vista as iniquidades presentes em nossa sociedade e os desafios atuais que se apresentam na formação de profissionais preparados para atuar com resolubilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), seja na atenção, na gestão ou no controle social em saúde (Brasil, 2017), necessitando de novas formas de gerir e cuidar em saúde que culminará em uma aproximação mais efetiva com

a população, ressignificando a formação de recursos humanos na saúde (Brehmer; Ramos, 2016; Lima et al, 2015).

Nessa visão interdisciplinar, a comunicação e a linguagem são elementos essenciais para o desenvolvimento bem-sucedido da preceptoria no ambiente hospitalar. Para Jakobson (2010), a relação entre comunicação e linguagem é profundamente estruturada, composta por funções específicas que organizam o processo comunicativo. Nesse sentido, o autor propôs um modelo de comunicação que coloca a linguagem no centro do processo de transmissão de mensagens por entender a linguagem como o principal meio de comunicação entre os seres humanos e formula essa relação através de um esquema que detalha as funções da linguagem dentro do ato comunicativo.

A comunicação é um processo linguístico que envolve troca de mensagens entre interlocutores e seis elementos que lhe são conexos: emissor, receptor, mensagem, contexto, código e o canal que dão origem às seis funções da linguagem: referencial, emotiva, conativa, fática, metalinguística e poética (Jakobson, 2010). Cada função da linguagem destaca um aspecto diferente do processo comunicativo, mostrando que a comunicação é mais complexa do que um simples envio de informações (Jakobson, 2010).

Ao propor os elementos da comunicação e as funções da linguagem, Jakobson (2010) descreve a estrutura que torna possível o processo comunicativo, evidenciando que a produção de sentido depende da articulação sistemática entre emissor, receptor, mensagem, código, canal e contexto. No entanto, essa perspectiva estrutural encontra um complemento decisivo no pensamento de Benveniste (2023), para quem a comunicação não se reduz ao funcionamento do sistema, mas se realiza plenamente na enunciação, momento em que um sujeito se constitui ao dizer “eu” para um “tu”. Assim, enquanto Jakobson oferece o arcabouço formal que organiza a mensagem, Benveniste revela que é a instância subjetiva do discurso que atualiza essa estrutura, transformando os elementos comunicativos em relações intersubjetivas concretas. Jakobson (2010) não explicita a enunciação, mas “parece haver uma sinonímia terminológica entre os aspectos dos agentes da comunicação (emissor, receptor) e os protagonistas do ato enunciativo (eu, tu)” (Barros e Silva, 2025).

Para Benveniste (2023), a comunicação pode ser vista como uma consequência direta da posição do sujeito na linguagem, uma ideia fundamental em sua teoria da enunciação. O autor propõe que o sujeito só existe enquanto tal no ato de enunciação, ou seja, quando ele se posiciona e se expressa através da linguagem. Esse ato de enunciação

é o que permite a constituição do sujeito como falante, e é a partir desse lugar na linguagem que ele pode se comunicar (Benveniste, 2023). Assim, a comunicação pode ser uma consequência da posição do sujeito na linguagem. “É na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito; porque só a linguagem fundamenta na realidade, na sua realidade que é a do ser, o conceito de ego” (Benveniste 2020).

Entretanto, antes de servir para comunicar, a linguagem é palco da enunciação: função que caracteriza o homem na sua condição de *homo loquens* (Flores, 2019). A expressão *homo loquens* é uma combinação do latim que significa “homem que fala” ou “ser humano falante”. Ela é usada para se referir à característica humana de comunicar-se por meio da fala, enfatizando a capacidade do ser humano de usar a linguagem verbal para se expressar, interagir e transmitir ideias. A expressão pode ser vista como uma forma de destacar a comunicação como um traço fundamental da humanidade (Flores, 2019).

Interpretar a linguagem do preceptor e do residente médicos sob a lente do conceito de Contorno de Sentido que está ancorado em uma perspectiva antropológica da enunciação de Flores (2019; 2023), envolve analisar como o sujeito (nesse caso, preceptor e residente médicos) se constitui no discurso e como sua fala revela sua posição, subjetividade e relações dentro do contexto hospitalar. A antropologia da enunciação definida pelo autor como o estudo de um saber sobre o homem que advém da sua capacidade de enunciar, toma a noção de “contorno de sentido” visível na função metalinguística natural de usar a língua para comentar a língua, como uma categoria central de análise (Flores, 2019). Essa perspectiva enfatiza que todo ato comunicativo envolve sujeitos que constroem sentidos situados, ajustando suas enunciações às condições concretas da interação. Nesse enquadramento, a comunicação da equipe relacionada ao cuidado ao paciente envolve as passagens de plantão, a discussão de casos com especialistas, o planejamento do cuidado, a transferência do paciente, além das orientações efetuadas por vezes de forma verbal, presencial ou não (Schiesari et al, 2017).

A comunicação pode ocorrer de forma verbal falada e escrita e não verbais como gestos, música, imagem, a escuta, o olhar, o toque, e a postura (Melo et. Al, 2022). Estas variadas formas de comunicação são fundamentais entre os participantes do processo de formação em saúde, proporcionando os diversos tipos de interação entre os sujeitos: preceptor-residente, preceptor-preceptor, residente-residente, residente-paciente, residente-família, residente e contexto sociocultural.

Nesse sentido, o envolvimento da equipe multiprofissional composta por enfermeiros, médicos, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, farmacêutico, psicólogo, assistente social entre outros, é primordial, uma vez que é característica da equipe interdisciplinar promover um trabalho colaborativo integrando conhecimentos e competências para desenvolver uma ação conjunta, articulada e interdependente, visando soluções eficazes e abrangentes. Debates com as diversas categorias são capazes de estabelecer mudanças nos cenários do cuidado remodelando o sistema de saúde e aumentando a segurança do paciente (Pereira *et al.*, 2021). Entretanto, para que o plano terapêutico seja eficaz e homogêneo, é indispensável que as ações sejam realizadas de maneira coordenada (Correia et al., 2024; Oliveira et al., 2021; Lima et al., 2021).

O trabalho em equipe interdisciplinar implica mudanças significativas em teorias, métodos, conceitos e até mesmo de práticas, de maneira que os mais variados conhecimentos trabalham articulados e integrados entre si e com o todo. Assim, a comunicação é uma ação utilizada para tentar entender as expressões dos pacientes, às suas inquietações, os seus anseios e estes fatores são determinantes para obtenção de um atendimento integral e de qualidade (Da Silva et al., 2021).

Dentre a equipe interdisciplinar surge o preceptor, termo usado para designar aquele profissional vinculado ao serviço de saúde ou não e que tem importante papel na inserção e socialização do graduando no ambiente de trabalho (Mills, Francis e Bonner, 2005). Cabe ao preceptor integrar conceitos e valores ao ensinar, aconselhar, inspirar no desenvolvimento dos futuros profissionais, servindo-lhes como exemplo e referencial para a futura vida profissional e formação ética; caracterizando-se como ponto chave para a preparação de profissionais com o perfil desejado pelas DCN dos cursos da saúde (Lima e Rozendo, 2015).

A formação ética atende aos padrões morais aprendidos no convívio de um grupo ou sociedade, ditando a postura ou conduta do sujeito esperada em determinadas condições. No caso do profissional médico que promove a saúde e trabalha pelo bem-estar do paciente, este deve atender a uma série de preceitos éticos para exercer sua profissão de maneira assertiva.

Nesse sentido, a conduta médica é a maneira de como o médico se porta no contexto do trabalho. Isso porque a conduta nada mais é do que a forma de agir, o comportamento de um indivíduo.

De acordo com o Código de Ética Médica:

A medicina é uma profissão a serviço da saúde do ser humano e da coletividade e será exercida sem discriminação de nenhuma natureza.

O alvo de toda a atenção do médico é a saúde do ser humano, em benefício da qual deverá agir com o máximo de zelo e o melhor de sua capacidade profissional (Código de Ética Médica, 2018, p.15).

Entre as ações relacionadas à conduta médica, vale citar: a prestação de informações verdadeiras e realistas ao paciente, de forma clara; o sigilo profissional; o tratamento do doente com dignidade e presteza; o uso das ferramentas mais modernas e eficientes disponíveis para o diagnóstico e terapias; o esclarecimento de paciente e acompanhantes sobre as limitações do médico, por exemplo, quando um sintoma ou doença extrapolar os saberes da sua especialidade; o respeito à opinião do paciente, inclusive caso ele não aceite o tratamento proposto ou peça uma segunda opinião médica.

Dentre os princípios do Código de Ética Médica, o XVII refere - “As relações do médico com os demais profissionais devem basear-se no respeito mútuo, na liberdade e na independência de cada um, buscando sempre o interesse e o bem-estar do paciente” (Código de Ética Médica, 2018, p.16).

Neste sentido, percebe-se a importância da interdisciplinaridade, pautada no diálogo necessário entre os demais profissionais de saúde com a finalidade de favorecer o bem-estar e segurança do paciente (Schiesari et al, 2017). O profissionalismo é relevante para qualquer ocupação, pois confere clareza, objetividade e confiança às relações. Nesse sentido, as interações objetivas permitem, ainda, a construção de relacionamentos honestos entre médico e paciente, fortalecendo uma comunicação confiável.

Portanto, a falta de clareza na orientação ao paciente pode implicar em danos processuais ao profissional. Neste caso, as intervenções médicas costumam envolver riscos, e isso precisa ser informado ao paciente de maneira clara e objetiva. Pois, a presença de ruídos na comunicação e o registro incompleto de informações podem gerar implicações significativas no curso assistencial, especialmente diante de eventuais complicações decorrentes de procedimentos cirúrgicos.

Neste contexto, as questões éticas na formação do profissional de saúde tornam-se essenciais durante todo processo formativo, a fim de minimizar eventuais danos ao futuro profissional e, também, ao paciente.

Vale lembrar o importante papel que os preceptores desempenham na formação dos profissionais de saúde, seja pelo exemplo prático de suas ações no serviço, seja pela supervisão/orientação dedicada aos estudantes residentes durante o período de estágio

nas unidades de saúde (Mohr, 2011). Equitativamente, o exercício da preceptoria traz satisfação, enriquecimento e crescimento profissional, entretanto, dificuldades e muitos desafios estão presentes e exigem esforços para sua superação (Lima e Rozendo, 2015).

A justificativa para este estudo reside na escassez de pesquisas que abordem a fundo as nuances da comunicação no ambiente hospitalar sob uma ótica tão específica e integrada como a proposta. Compreender os mecanismos linguísticos e as dinâmicas antropológicas envolvidas na preceptoria médica pode oferecer *insights* valiosos para aprimorar a formação de novos profissionais, otimizar a segurança do paciente e humanizar as relações dentro das instituições de saúde (Schiesari et al, 2017). Porém, para além do problema de comunicação é também um problema de linguagem, pois o homem se constitui na linguagem e a experiência na língua/linguagem revela o homem (Benveniste, 2020; Flores, 2013).

Diante disso, o objetivo geral desta tese foi analisar as dinâmicas da língua(gem) na interação entre preceptor e residente médicos no ambiente hospitalar, sob uma perspectiva enunciativa antropológica. Para tanto, buscou-se: (1) identificar os padrões enunciativos e discursivos presentes nessa relação; (2) compreender como a linguagem constrói e reflete as identidades e papéis de preceptor e residente; (3) investigar a influência das práticas linguísticas na transmissão de conhecimentos e na tomada de decisões clínicas; e (4) propor reflexões sobre as implicações desses achados para a formação médica e a comunicação em saúde.

Este estudo se pauta nas seguintes perguntas de pesquisa: Como a língua(gem) é utilizada por preceptores e residentes médicos para construir sentidos e papéis no ambiente hospitalar? Quais são as características enunciativas e antropológicas que permeiam essa interação? De que forma a dinâmica da comunicação impacta o processo de ensino-aprendizagem e a prática clínica cotidiana?

A tese está organizada em cinco partes: introdução, fundamentação teórica com três capítulos, metodologia, análise e discussão e considerações finais. Após esta introdução, a segunda parte apresentará o referencial teórico composto por três capítulos que fundamentam a pesquisa, dialogando com teorias da linguagem, da enunciação e abordagens antropológicas aplicadas ao contexto da saúde, a saber: Linguagem e comunicação: um percurso no discurso, Antropologia da enunciação em saúde e Preceptoria em saúde. A terceira parte detalhará a metodologia empregada, descrevendo a abordagem enunciativa antropológica, os procedimentos de coleta e análise de dados e os aspectos éticos. A quarta parte dedicar-se-á à apresentação,

análise e discussão dos resultados, explorando as principais descobertas. Por fim, a quinta parte trará as considerações finais, resumindo os achados, destacando as contribuições do estudo, suas limitações e sugerindo caminhos para futuras pesquisas.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo dedica-se a estabelecer o quadro teórico-analítico que sustenta a investigação das dinâmicas da língua(gem) na interação entre preceptor e residente médico. A análise proposta transcende a visão instrumental da linguagem como mera ferramenta de transmissão de informação, buscando compreendê-la como o lócus constitutivo da subjetividade, das relações de poder e da cultura profissional no ambiente hospitalar. Para tanto, o referencial teórico está ancorado em três pilares inter-relacionados: o primeiro, Linguagem e Comunicação, visa demarcar a passagem da noção de língua enquanto código para a de linguagem como prática de enunciação e intersubjetividade. O segundo pilar, Antropologia da Enunciação em Saúde, articula a teoria enunciativa (em especial as contribuições de Émile Benveniste e Valdir do Nascimento Flores) ao campo da saúde, estabelecendo as categorias analíticas que permitem examinar como a fala (e sua materialidade significante) revela o saber, a identidade e a ação do sujeito médico. Finalmente, o terceiro pilar, Preceptoria em Saúde, oferece o enquadramento institucional e pedagógico do objeto, situando a relação preceptor-residente como um evento de formação e de disputa de sentido.

Juntos, esses pilares fornecem as lentes conceituais necessárias para cumprir o objetivo desta tese: analisar as dinâmicas da língua(gem) sob uma perspectiva que é, simultaneamente, rigorosa na descrição linguística e profunda na interpretação antropológica.

2.1 Linguagem e comunicação: um percurso no discurso

O estudo da linguagem na interação humana exige um posicionamento teórico claro, especialmente ao investigar um domínio de alta especialidade como o ambiente hospitalar. A comunicação no ambiente hospitalar transcende a mera transmissão de informações, constituindo o alicerce de todo o cuidado prestado ao paciente (Schiesari et al, 2017). Antes de considerarmos a estrutura da linguagem como um sistema formal, é crucial entender que, neste contexto, a linguagem é o principal instrumento de ação.

A forma como médicos, enfermeiros e demais profissionais de saúde interagem, seja verbalmente ou por meio de registros escritos, impacta diretamente a segurança, o diagnóstico e a adesão do paciente ao tratamento (Schiesari et al, 2017).

Portanto, a comunicação hospitalar exige um alto grau de precisão, clareza e empatia, pois a linguagem não apenas veicula o conteúdo técnico da medicina, mas também estabelece o vínculo de confiança e a relação terapêutica essencial entre o sujeito do cuidado e o profissional (Ferreira, Cazella e Costa, 2022).

No entanto, a complexidade das interações entre preceptor e residente médicos – onde a hierarquia, a formação de identidade e a tomada de decisão crítica estão em jogo – impõe a adoção de um olhar mais robusto. Este tópico propõe, portanto, um percurso no discurso que desloca o foco do sistema (a língua ou *langue*) para o ato de falar (a linguagem ou discurso).

Tal percurso nos leva à Linguística da Enunciação (Benveniste, 2023), que não vê a linguagem como um mero veículo, mas como o espaço onde o sujeito se instaura e se define em relação ao outro e ao mundo. Benveniste parte da concepção do estruturalismo saussureano de que a língua é um sistema organizado de signos interdependentes, no qual cada elemento adquire valor apenas por sua posição em relação aos outros.

Segundo Saussure (2021), para encontrar no conjunto da linguagem, o elemento que corresponde à língua, se faz necessário colocarmo-nos diante do ato individual que permite reconstituir o circuito da fala. Este ato deve ser composto por, no mínimo, dois indivíduos para que o circuito seja completo. A figura a seguir, ilustra o processo psicológico e físico que ocorre entre os interlocutores, A (o Falante) e B (o Ouvinte), onde os dois elementos podem funcionar alternadamente.

Figura 1 - Circuito da fala



Fonte: Saussure ([1916] 2021, p.54)

É a partir da análise desse circuito que Saussure (2021) consegue isolar o que é essencialmente Língua (*Langue*). A Língua é a parte psíquica (mental) do circuito, que se encontra em A e B, enquanto que, a Fala (*Parole*) é a parte individual, que inclui a

combinação das palavras (o ato de enunciação) e a execução psicofísica (a fonação e a audição).

O circuito da fala, embora seja um ato individual e momentâneo (*Parole*), é a demonstração concreta da dependência da comunicação em relação ao código social e sistemático (*Langue*) que reside na mente de ambos os interlocutores.

De acordo com Jakobson (2011), para quem o falante e ouvinte saussureanos são o emissor e o receptor respectivamente, o fluxo da linguagem falada, fisicamente contínuo, colocou, em princípio, a teoria da comunicação diante de uma situação “consideravelmente mais complicada” do que no caso de um conjunto finito de elementos discretos que a linguagem escrita apresentava. Por muito tempo, a comunicação foi abordada sob uma ótica estritamente técnica e instrumental, baseada no modelo clássico de emissor-mensagem-receptor. Nesta perspectiva, a linguagem é reduzida a um código neutro e transparente, cujo sucesso se mede unicamente pela transmissão bem-sucedida de informações.

Jakobson, no entanto, percebe a linguagem como processo de comunicação, que torna possível aos interlocutores prever e desfrutarem o sentido construído por ambos durante o diálogo, uma vez que as mensagens se organizam a partir dos elementos e segundo as funções da linguagem (Machado, 2007).

Nesse cenário, Jakobson ([1953] 2010) descreve os fatores fundamentais que compõe a teoria da comunicação, a saber: o emissor, responsável por produzir a mensagem, e o receptor que a interpreta. A mensagem corresponde ao conjunto do que é dito em uma situação específica, ancorada em um contexto compartilhado. O código, comum aos interlocutores, é qualquer signo mobilizado em um canal para que a comunicação seja efetivada. O ato comunicativo para Jakobson é circular e caracteriza-se, segundo Machado (2007), pela alternância simultânea de papéis entre o emissor e o receptor.

Partindo dessa arquitetura geral do processo comunicativo, Jakobson aprofunda sua reflexão sobre os elementos que estruturam a linguagem. Em seu ensaio fundamental “*Shifters, Verbal Categories, and the Russian Verb*” (1957), o autor introduz a noção de *shifter* como uma das pedras angulares da linguística contemporânea. Como observa Milano (2024), essas unidades são cruciais por remeterem invariavelmente ao ato da fala. Compreender os *shifters* — ou “embreantes” — significa localizar o ponto exato em que a língua transita de um sistema abstrato para uma ferramenta viva de interação. Em

essência, tratam-se de termos cujo sentido é moldado pelas coordenadas da enunciação: quem fala, onde e quando. Essa discussão amplia a compreensão do funcionamento da linguagem ao mostrar que, além da estrutura comunicativa, há unidades cuja interpretação só se completa no ato concreto de fala.

Embora o conceito tenha sido cunhado originalmente por Otto Jespersen, foi a sistematização de Jakobson que revelou a natureza dual e a profundidade dessas unidades gramaticais, a saber:

* Símbolo: Fazem parte do código geral da língua (sabemos o que a palavra "eu" significa em tese).

* Índice: Só ganham um referente real quando são inseridos em um ato de fala específico.

O Exemplo Clássico: O Pronome "Eu". Se eu digo "Eu estou com fome", o "eu" refere-se a mim. Se você diz a mesma frase cinco minutos depois, o "eu" refere-se a você. O significado da palavra "deslocou-se" (daí o termo *shift*). Sem o contexto da enunciação, a palavra é um receptáculo vazio. Os *shifters* são os pilares da deixes (apontamento pelo discurso). Eles geralmente se dividem em três categorias:

* Pessoais: Pronomes como eu e tu. Eles identificam os participantes do ato comunicativo.

* Espaciais: Advérbios como aqui, ali, cá, acolá. O "aqui" de quem está em São Paulo não é o mesmo "aqui" de quem está em Lisboa.

* Temporais: Palavras como agora, hoje, amanhã, ontem. "Amanhã" é uma data móvel que depende inteiramente do "hoje" em que se fala.

Por que isso é importante para a Linguística? A teoria de Jakobson rompeu com a ideia de que o código (a língua) e a mensagem (a fala) eram esferas totalmente separadas. Os *shifters* provam que o código da língua já prevê, em sua estrutura, a existência de um sujeito que fala. O "eu" significa a pessoa que articula a presente instância de discurso que contém o "eu" (Jakobson, 1957). Sem os *shifters*, a linguagem seria puramente objetiva e descritiva, como uma linguagem de programação rígida. Eles são o que nos permite situar o mundo em relação a nós mesmos.

No ambiente hospitalar, a precisão da comunicação é uma questão de segurança do paciente. O uso dos *shifters* (embreantes) nesse contexto é fascinante porque, embora a linguagem técnica tente ser objetiva, a interação humana depende inteiramente dessas flutuações de sentido.

Imagine a seguinte cena: Um enfermeiro entra no quarto, olha para o paciente e diz:

___ "Como estamos nos sentindo aqui hoje?"

Vamos decompor os shifters dessa frase e de outros cenários comuns:

1. O Shifter de Pessoa ("Nós" e "Eu")

O uso do "nós" no hospital é um caso clássico de deslocamento de sentido.

* A ambiguidade: Quando o enfermeiro diz "Como estamos?", o "nós" não inclui realmente o enfermeiro (ele não está sentindo a dor do paciente).

* A função: Aqui, o *shifter* é usado para criar empatia ou uma "identidade coletiva" de cuidado.

* O risco: Se um médico diz "Eu vou prescrever isso", o "Eu" assume a autoridade plena. Se houver uma troca de plantão e o novo médico disser "O que eu decidi ontem...", ele comete um erro de referência, pois o "eu" de ontem era outra pessoa física, mas ocupava a mesma função linguística.

2. O Shifter de Espaço ("Aqui")

Em um hospital, o "aqui" pode ter camadas de significado:

* Localização anatômica: "Dói aqui?" (Onde o dedo do médico aponta).

* Unidade hospitalar: "Não temos esse equipamento aqui" (Referindo-se ao prédio).

* Presença: "O cirurgião já está aqui" (Significa que ele entrou no campo de visão ou no hospital).

3. O Shifter de Tempo ("Agora" e "Hoje")

Este é o mais crítico em termos de prontuário e urgência:

* O "Agora" da medicação: Se um médico escreve "Administrar agora", o valor de "agora" morre no instante em que a caneta sai do papel. Se o enfermeiro ler isso duas horas depois, o *shifter* perdeu sua âncora temporal original.

* O "Hoje" do plantão: Em um ambiente que funciona 24h, o "hoje" de um médico que entrou às 07:00 é diferente do "hoje" de quem está saindo do turno da noite. Sem a datação precisa (o símbolo), o *shifter* (o índice) pode causar erros de dosagem. Observe como a ausência de *shifters* aumenta a precisão técnica, enquanto a presença deles humaniza (ou confunde) o atendimento (Tabela 1):

Tabela 1. Análise de um Diálogo em Prontuário vs. Fala

Contexto		Frase com <i>Shifters</i> (Subjetiva)	Equivalente sem <i>Shifters</i> (Objetiva)
Passagem de Plantão	de	"Ele estava melhor ontem."	"Paciente João Silva apresentou melhora em 22/02."
Exame Físico		"Sente dor aqui?"	"Paciente relata algia na região epigástrica."
Emergência		"Preciso disso agora!"	"Solicito administração imediata (08:30h)."

Fonte: Autoria própria, Petrolina- PE, Brasil, 2025.

Por que isso importa na Saúde? A falha na interpretação de um *shifter* é uma das maiores causas de ruído na comunicação hospitalar. O *shifter* exige que emissor e receptor estejam "na mesma página". Se o médico diz "Volto logo", o "logo" dele (após ver 10 pacientes) é diferente do "logo" do paciente que está com dor. Em ambientes de alta responsabilidade como o hospitalar, a regra de ouro é: substituir o índice (o *shifter* subjetivo) pelo símbolo (o dado objetivo). Neste contexto, segue um guia prático para transformar a linguagem fluida da fala em uma redação técnica precisa e à prova de ambiguidades.

Guia para Neutralizar Shifters em Relatórios Técnicos

1. *Shifters* de Pessoa: Do "Eu/Nós" para a Terceira Pessoa

O uso de pronomes pessoais cria uma dependência de quem assina o documento. Se a assinatura estiver ilegível, o "eu" se perde.

* Evite: "Eu observei uma melhora no quadro."

* Prefira: "Observou-se melhora no quadro" ou "O enfermeiro assistencial relatou melhora".

* Por quê? A terceira pessoa (voz passiva ou impessoal) foca no fato e no paciente, não em quem está falando.

2. *Shifters* de Tempo: Do "Agora/Ontem" para o Cronômetro

O tempo no hospital é contínuo (24h). Termos relativos são perigosos em trocas de turno.

* Evite: "Paciente apresentou febre hoje cedo." (Cedo para quem? Para quem entrou às 07h ou para quem sai às 19h?)

* Prefira: "Paciente apresentou pico febril às 08:15h."

* Evite: "Administrar a próxima dose amanhã."

* Prefira: "Próxima dose em 23/02/2026 às 10:00h."

3. *Shifters de Espaço*: Do "Aqui/Alí" para a Anatomia e Logística

O "aqui" é a armadilha mais comum em exames físicos e movimentação de materiais.

* Evite: "Aplicar o curativo logo abaixo daqui."

* Prefira: "Aplicar curativo 2cm inferior à incisão cirúrgica no quadrante superior direito."

* Evite: "O equipamento está ali na sala ao lado."

* Prefira: "O desfibrilador encontra-se na Sala de Emergência (Sala 204)."

Tabela 2. Conversão: Fala vs. Escrita Técnica

<i>Shifter</i> (Fala)	Risco de Ambiguidade	Substituição Técnica (Escrita)
"Recentemente"	Pode ser 10 minutos ou 2 dias.	"Há 15 minutos" ou "Às 10 horas".
"Este" (ex: este dreno)	Qual deles? (O paciente pode ter vários).	"Dreno de sucção em flanco esquerdo".
"Logo mais"	Falta de prioridade clara.	"Em 30 minutos" ou "Após o término do soro".
"Melhor" / "Pior"	São adjetivos subjetivos (<i>shifters</i> de estado)	Escalas numéricas (ex: "Dor 3/10" ou "Escala de Glasgow 15")

Fonte: Autoria própria, Petrolina- PE, Brasil, 2025.

Em última análise, os *shifters* de Jakobson revelam que a linguagem médica não é apenas um repositório de dados, mas um evento vivo. Reconhecer a função dos embreantes permite ao profissional de saúde transitar entre a empatia da enunciação (o 'nós' e o 'aqui' do cuidado) e a precisão do código (o registro técnico e objetivo do prontuário).

Portanto, para que não haja ruído, esses signos devem ser conhecidos para ambos os participantes da mensagem, tanto o emissor quanto o receptor; canal de comunicação, por onde a mensagem é enviada; contexto, sobre o qual é dito, ou o que for dito. Para que

a mensagem seja eficaz, se faz necessário a retroalimentação, ou seja, o feedback (Jakobson, 2010).

Nesse sentido, outro termo que deve ser considerado é o *feedforward*. Diferente do feedback *que* versa sobre o que já aconteceu, o *feedforward* constitui uma reação antecipatória que prevê, em certa medida, o resultado final e previne o surgimento de erros ou distorções. Trata-se de uma forma pela qual a antecipação da finalidade de uma ação se torna um fator causal no processo de aprendizagem (Anca, 2025). O *feedforward*, juntamente com o feedback, representa um mecanismo de feedback que apoia a regulação do processo de ensino-aprendizagem, oferecendo respostas antecipatórias. Envolve a antecipação, por parte do professor, de como as atividades educativas se desenvolverão, com base na identificação das expectativas e necessidades educacionais dos alunos. O termo “antecipação” implica que o feedback é fornecido em contextos instrucionais nos quais os alunos são solicitados a resolver tarefas de aprendizagem antes da comunicação de novas informações ou da apresentação de novos conteúdos (Anca, 2025).

A comunicação eficaz proporciona não apenas maior segurança durante o atendimento, mas também um ambiente de trabalho mais harmonioso e com menos conflitos, já que todos os membros da equipe se sentem valorizados ao participarem ativamente do processo de cuidado (Santos; Takashi, 2023; Melo et al., 2022; Saito et al., 2023).

Assim, afirma Jakobson:

Um processo de comunicação normal opera com um codificador e um decodificador. O decodificador recebe uma mensagem. Ele conhece o código. A mensagem é nova para ele, e, por via do código, ele a interpreta. [...] É a partir do código que o receptor compreende a mensagem. (Jakobson [1953] 2010, p. 27).

Desse modo, o intercâmbio verbal, como qualquer forma de relação humana, requer no mínimo dois interlocutores no ato de fala. Ou seja, ao tratar dos fatores fundamentais que acompanham a comunicação, já citados anteriormente, a saber: a mensagem, o emissor, o receptor, o contexto e o código, Jakobson se distancia da perspectiva formalista e descritiva, centrada na efetividade da circulação da mensagem, para refletir sobre os “[...] dois protagonistas do ato de comunicação, o emissor e o receptor” (Jakobson, 1975, p.22), caracterizados por: “[...] quem fala, sua atitude em relação ao que diz e a quem o ouve” (Jakobson, 1975, p.22).

O autor não deixa clara a enunciação decorrente da relação entre um ‘eu’ e um ‘tu’ em sua exposição, mas ao destacar os dois protagonistas da comunicação, quem fala

(o ‘eu’, emissor da mensagem) e quem escuta (o ‘tu’, receptor) em uma ação sobre o que se diz, Jakobson deixa antever reflexões sobre o que seriam os dêiticos da enunciação tratados por Émile Benveniste: o locutor (eu), o alocutário (tu) em uma situação de espaço e tempo no discurso (Barros; Silva, 2025).

Portanto, acreditamos que a comunicação é uma consequência da posição do sujeito na linguagem. É ou não um problema em virtude da forma como o sujeito se enuncia no discurso.

Apesar da diferença entre a abordagem funcionalista de Roman Jakobson e a enunciação de Émile Benveniste, sobre o tratamento dado as formas dêiticas, como *shifters* (*embrayeurs*), os autores compartilham os fundamentos estruturalistas saussureanos e, de acordo com Barboza e Flores (2025), se interessam pelos problemas de linguística geral.

Em 1956, no seu artigo intitulado “A natureza dos pronomes”, escrito em homenagem a Jakobson, Benveniste procura revelar uma nova dimensão da língua, “a língua como atividade manifestada em instância de discurso”, distinta da língua como “repertório de signos e sistema das suas combinações.” (Barboza; Flores, 2025, p. 95-96).

Essa distinção fundamental entre a língua como sistema e a língua como atividade instaurada no discurso, anunciada por Benveniste em 1956, encontra seu aprofundamento teórico em *A linguagem e a experiência humana* (1965). Nesse texto, Benveniste desloca o eixo de análise da estrutura formal para os mecanismos enunciativos que tornam possível a apropriação subjetiva da língua, concentrando-se nas categorias elementares: notadamente a pessoa e o tempo que, embora universais, só se realizam concretamente na instância de discurso. Desse modo, o que no artigo de 1956 se apresentava como a emergência de uma nova dimensão da linguagem converte-se, no texto de 1965, em uma investigação sistemática sobre as condições linguísticas de possibilidade da subjetividade, na medida em que é pela e na linguagem que o sujeito se constitui como “eu” e se situa temporalmente no ato de fala.

Todas as línguas têm em comum certas categorias de expressão que parecem corresponder a um modelo constante. As formas que revestem estas categorias são registradas e inventariadas nas descrições, mas suas funções não aparecem claramente senão quando se as estuda no exercício da **linguagem** e na produção do **discurso** (Benveniste, 1965, grifo nosso).

Para o autor, a oposição estrutural constitutiva do discurso existente entre *eu*, *tu*, *ele* confere a *eu* o estatuto de introduzir a presença da pessoa no discurso sem a qual nenhuma linguagem é possível. Assim, “desde que o pronome *eu* aparece num enunciado,

evocando – explicitamente ou não – o pronome *tu* para se opor conjuntamente a *ele*, uma experiência humana se instaura de novo e revela o instrumento linguístico que a funda” (Benveniste, 2023). E conclui: “Esta é a atualização de uma experiência essencial, que não se concebe possa faltar a uma língua”(Benveniste, 2023). “A linguagem é, pois, a possibilidade da subjetividade, pelo fato de conter sempre as formas linguísticas apropriadas à sua expressão, e o discurso provoca a emergência da subjetividade” (Benveniste, 2020, p. 286).

Benveniste, define discurso como atualização da língua cada vez que alguém assume o lugar do *eu*. As formas da língua, ao serem assumidas por um sujeito, passam a constituir o discurso. Nesse processo, o valor distintivo próprio da língua passa também a expressar um valor enunciativo (Flores, 2019).

Quanto a enunciação e discurso, Benveniste (2023), no texto *O aparelho formal da enunciação*, em 1970, aponta alguns conceitos para enunciação e também para discurso. Iniciando pela enunciação, há, porém, três passagens que são de suma importância no texto e que podem ilustrar o papel de *operador* que a enunciação tem na teoria de Benveniste. A primeira e a mais famosa é a definição que se encontra logo no início do texto: “A enunciação é este colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização” (Benveniste, 2023 p. 82), e, portanto, é a instância de mediação entre a língua e o discurso (Flores, 2013).

A noção de enunciação, entendida como uso da língua, pressupõe um quadro enunciativo, que se configura por sujeitos - o par eu-tu -, ou seja a noção de pessoa - e situação - o espaço e o tempo. Essa noção, descrita como ato de tomada da palavra, constitui-se em um processo de inserção dos sujeitos na língua, o qual envolve apropriação e atualização.

E o que é o ato? O próprio Benveniste esclarece:

O **ato individual** pelo qual se utiliza da língua introduz em primeiro lugar o locutor como parâmetro nas condições necessárias da enunciação. Antes da enunciação, a língua não é senão possibilidade da língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em **uma instância** de discurso, que emana de um locutor, forma sonora que atinge um ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno (Benveniste, 2023, p. 83-84 [grifos nossos]).

Nessa passagem, Benveniste fornece uma definição geral constituída por conceitos primitivos e com um grande poder explicativo/descritivo (Flores, 2013).

Uma instância é um conjunto de categorias que cria um dado domínio. Assim, essa instância de mediação é o conjunto de categorias que permite a passagem da língua

para a fala. Dito de outra forma, as categorias que compõem a instância da enunciação são a pessoa, o espaço e o tempo. A enunciação é a instância do *ego*, *hic et nunc*, ou seja, do *eu*, *aqui e agora*, porque, nela, alguém, num espaço de tempo e num tempo criado pela linguagem, toma a palavra e, ao fazê-lo, institui-se como “eu”, e dirige-se a outrem, que é instaurado como um “tu” (Fiorin, 2017).

A segunda menos famosa: “este grande processo pode ser estudado sob diferentes aspectos” (Benveniste, 2023, p. 82). Com essa passagem, Benveniste chama a atenção para um fato fundamental: não há apenas uma forma de analisar a enunciação; ela pode ser estudada sob diferentes aspectos.

A terceira: “o que em geral caracteriza a enunciação é a *acentuação da relação discursiva com o parceiro*, seja este real ou imaginado, individual ou coletivo” (Benveniste, 2023, p. 87), a exemplo do que segue:

Como **forma de discurso**, a enunciação coloca duas “figuras” igualmente necessárias, uma, origem, a outra, fim da enunciação. É a estrutura do *diálogo*. Duas figuras na posição de parceiros são alternativamente protagonistas da enunciação. Este quadro é dado necessariamente com a definição da enunciação” (Benveniste, 2023, p. 87).

A linguagem passa a ser compreendida como um fenômeno dialógico e intersubjetivo, no qual a escolha lexical, a modalização e os pronomes (a materialidade significante) são marcas de um falante engajado, que transforma a língua em discurso. Enquanto a língua é um sistema de signos virtuais, o aparelho formal da enunciação é o mecanismo que permite ao indivíduo converter essa língua em discurso. Para Benveniste (2023), a enunciação não é apenas o que é dito (o enunciado), mas o ato de dizer. O autor argumenta que a subjetividade na linguagem nasce no exercício da enunciação. O “Eu” só existe como realidade linguística no momento em que alguém diz “Eu”. É nesse instante que o locutor se constitui como sujeito e, simultaneamente, postula um “Tu” (o alocutário). Assim como os *shifters* de Jakobson (1957), Benveniste destaca os pronomes e os advérbios de tempo e lugar (*aqui, agora, ontem*). Eles não têm valor próprio fora do ato de fala; sua referência nasce e morre no momento em que o locutor os profere. O tempo presente é o tempo do ato de fala. É a partir desse “agora” que o locutor organiza o passado e o futuro, criando uma cronologia que só faz sentido dentro do percurso discursivo.

Se Jakobson (1957) nos apresenta os *shifters* como ferramentas de conexão, Émile Benveniste (2023), em ‘O Aparelho Formal da Enunciação’, revela a engenharia por trás desse processo. Para o linguista francês, a enunciação é o ‘colocar em funcionamento a

língua por um ato individual de utilização'. É neste percurso que o discurso ganha vida: o locutor não apenas utiliza o código, mas se apropria dele, instaurando a categoria da pessoa (o Eu-Tu) e situando a comunicação em um espaço e tempo únicos. Assim, o discurso deixa de ser uma sucessão de palavras para se tornar um evento de subjetividade, onde o sujeito se define pela sua capacidade de dizer 'eu'.

A distinção realizada por Benveniste entre língua (sistema) e enunciação (uso da língua em um ato individual) dá a base para o arcabouço teórico de Flores sobre a antropologia da enunciação. Ao avançarmos no percurso do discurso, a contribuição de Flores (2015, 2019), permite compreender que a linguagem não é apenas apropriação, mas gestão de sentidos, transbordados em um homem falante ser social e cultural.

A proposta antropológica enunciativa de Flores (2015; 2018; 2019) amplia o diálogo entre Linguística e Antropologia, permitindo que as análises enunciativas incorporem dimensões simbólicas, identitárias e culturais. Ela nasce como uma proposta teórica na confluência entre a linguística da enunciação de Émile Benveniste e a antropologia, com o objetivo de analisar o ser humano através de sua fala e produção de sentidos em situações reais de comunicação. Ou seja, ela é um desdobramento da antropologia linguística que olha para a linguagem não apenas como um sistema de regras, mas como um ato social vivo que define quem somos ao falar. (Flores, 2015).

Este entendimento é crucial para que, nos tópicos subsequentes, possamos analisar como a fala no ambiente hospitalar não apenas comunica diagnósticos, mas também constrói o sentido do ser médico implantado em significantes culturais.

2.2 Antropologia da enunciação em saúde

A antropologia da saúde é uma área de conhecimento que aplica os conceitos da antropologia ao estudo e reflexão sobre as práticas de promoção, prevenção e recuperação de saúde, em diferentes culturas e/ou etnias (Santos; Gibbon; Beltrão 2012). A antropologia da saúde tem como proposta a superação do conceito preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de que a saúde seja “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença ou enfermidade” (Organização Mundial de Saúde, 1946, p. 1).

Esta definição, tão difundida e replicada, é, ao mesmo tempo, um conceito ideal e utópico, pois remete a um estado de saúde universal, perfeita em todas as suas dimensões, o que a torna possivelmente inatingível, já que o ser humano se encontra em constante mudança e transformação, sendo atravessado por afecções que não necessariamente

implicarão em perda de saúde, num sentido mais amplo (Minayo, 1998). Portanto, para a antropologia da saúde, a saúde está essencialmente relacionada à subjetividade do indivíduo e a certo grau de determinação histórica, considerando o contexto e o ambiente no qual o sujeito está inserido.

Nesse sentido, a antropologia admite a existência de características universais relacionadas aos fatores biológicos da saúde e da doença; contudo, compreende que essas experiências não se restringem às alterações orgânicas do corpo, envolvendo também dimensões culturais que influenciam a forma como cada ator social — indivíduo, família, comunidade e profissionais de saúde — entende, vivencia, reage e atribui significados ao processo saúde-doença (Amadigi et al., 2009; Campos, 2017; Oliveira, 2002). Dessa forma, a compreensão da saúde e da doença ultrapassa o campo estritamente biológico, exigindo a consideração dos diferentes sistemas simbólicos e culturais que orientam as práticas e percepções dos sujeitos.

Nessa perspectiva, Claude Lévi-Strauss (1970), ao estudar os povos tradicionalmente denominados “primitivos” e contestar o racismo e essa própria noção, contribuiu para refutar a ideia de que tais grupos seriam atrasados ou “menos evoluídos”. Para o autor, esses povos operam por meio do pensamento mítico (magia), o qual, em termos de operações mentais, é comparável ao pensamento científico, diferindo sobretudo quanto às formas de determinismo causal — global e integral no pensamento mítico e em níveis distintos no pensamento científico —, que não se aplicam diretamente entre si (Lévi-Strauss, 1970, p. 31-32). Dessa maneira, suas contribuições reforçam a importância de compreender as diferentes concepções culturais que orientam as interpretações e práticas relacionadas à saúde e à doença.

Assim, diferentes sujeitos ou sociedades terão diferentes concepções sobre o sentido de saúde que dependerão do momento histórico-cultural-político, do referencial e dos valores construídos socialmente (Minayo, 1998).

O pensamento etnológico de Lévi-Strauss impressiona Benveniste, que buscava entender a linguagem enquanto sistema simbólico não destituído do homem, da sociedade e da cultura, procurando observar o que o homem diz de si mesmo e como se identifica na cultura (Barros; Lacerda, 2024). Neste aspecto, Flores (2016; 2019) percebe na teoria de Benveniste uma possibilidade de uma discussão antropológica na enunciação que diga do homem e de seu saber sobre a língua. É dentro da perspectiva antropológica trazida por Flores que pautaremos esta pesquisa.

Benveniste e Lévi-Strauss uniram etnologia e linguística, contra uma prática tradicional, sendo possível identificar em Benveniste sua fidelidade ao ensino de Meillet, relativo à dimensão sociológica da linguística e à leitura de Marcel Mauss, que o direcionou rumo à antropologia. (Barros; Lacerda, 2024) [acréscimo nosso].

Na antropologia enunciativa proposta por Flores (2016; 2019) vemos o homem como condição de falante, que se faz efeito na língua e na linguagem. Desse modo, compartilhamos da ideia de Barros e Lacerda (2023) de que a definição de enunciação trazida por Benveniste (o ato singular e individual de usar a língua) destaca a capacidade do falante de dizer de si mesmo, quando, na relação com o interlocutor, deixa-se escapar no seu discurso. Benveniste (2023, p. 101) afirma que, por meio do ato de enunciar, "o homem se situa e se inclui em relação à sociedade", ele ocupa uma posição na sociedade, o que, por sua vez, desdobra uma rede de relações que irá determinar os modos de enunciação (Knack, 2018).

Afastando-se do mero estudo das estruturas gramaticais ou da comunicação como eficiência técnica, a Antropologia da Enunciação, tal como proposta por Flores (2015; 2019), representa um aprofundamento e uma inflexão na teoria benvenistiana do sujeito. Se Benveniste (2023), estabelece que a linguagem é o lugar onde o sujeito se constitui ("eu" e "tu"), Flores (2019) leva essa tese para o campo do saber do falante e da cultura.

A categoria que dá acesso à análise antropológica da enunciação é o comentário, concebido como um contorno de sentido, produto da operação metalinguística natural do falante que visa à explicação e à compreensão da presença da língua no homem - numa inversão da expressão benvenistiana (cf. acima). Esse contorno de sentido é a hermenêutica natural produzida por todo falante que fala para atribuir sentido à sua posição de falante, no interior de sua experiência com um fenômeno linguístico. O contorno de sentido é a materialização da faculdade metalinguística (Benveniste, 2023).

Para Flores (2015, 2019), contorno de sentido refere-se à ideia de que o sentido é produzido na relação entre o que é dito e as condições em que é dito. O sentido é "contornado" pela presença do locutor e do interlocutor. Flores analisa como o contexto e a intenção dão o "tom" ou o "contorno" específico a esse "Eu" em cada ocorrência. O sentido é sempre um equilíbrio entre a memória da língua (o que a palavra já significa) e a novidade da enunciação (o que ela significa agora).

O conceito de contorno de sentido demonstra que o significado não preexiste ao discurso, mas é moldado no evento da fala. Nesse cenário, a função metalinguística deixa de ser apenas uma definição de termos para se tornar uma atividade de 'glosa': o locutor,

consciente da instabilidade da língua, intervém constantemente em seu próprio dizer para delimitar o que pretende significar. Assim, o discurso é um processo de negociação contínua. Na perspectiva de Flores, influenciado por Benveniste e Authier-Révuz, a metalinguagem ganha uma camada discursiva. É quando o sujeito, ao falar, monitora o próprio dizer. Frases como "*se é que me entende*", "*por assim dizer*" ou "*em outras palavras*" são marcas metalinguísticas que mostram o locutor tentando controlar o "contorno de sentido". A função metalinguística prova que o sujeito não é um robô repetindo regras; ele é um observador da própria fala, ajustando o sentido para que a comunicação não falhe.

Sendo um comentário que o falante faz sobre a experiência linguística - a sua ou a de um outro - no contexto de um fenômeno linguístico qualquer, o contorno de sentido destaca, pela enunciação do falante, os meios expressivos utilizados por ele mesmo (ou por outro falante qualquer) (Flores, 2019; 2024).

O comentário é a prova de que o falante age como um etnógrafo de sua própria prática e de sua própria língua (Flores, 2015; 2019). Este arcabouço, oferece o quadro teórico essencial para desvelar o significado cultural e subjetivo da língua(gem) na residência médica. Esta vertente, fundamentada nas propostas de Flores (2015; 2019), parte do princípio de que a linguagem não é um epifenômeno da condição humana, mas sim o fato constitutivo do homem.

Ao inserirmos essa abordagem no contexto da saúde, o foco se volta para o *homo loquens* (Flores, 2015) no ambiente hospitalar. A Antropologia da Enunciação (Flores, 2019) pensada por nós no campo da saúde propõe investigar como o ato de enunciar – a apropriação individual da língua para a produção do discurso – transforma os sujeitos (preceptor e residente) e molda a realidade institucional. Categorias centrais como o sujeito da enunciação, a pessoalidade e a dêixis são mobilizadas para entender como as identidades (o *eu* e o *tu*, o *nós* da equipe) são marcadas na fala e como a hierarquia se materializa linguisticamente. Nós enquanto entrelaçamentos entre o eu e o tu.

A Antropologia da Enunciação em Saúde é uma abordagem que foca na análise discursiva e interacional dos eventos de saúde e doença. Ela se dedica a estudar como o ato de dizer (a enunciação) de si e sobre o corpo, a dor, o tratamento e a doença é performado, negociado e compreendido pelos diferentes sujeitos (pacientes, profissionais de saúde e familiares) em contextos específicos de cuidado. Concentra-se nos mecanismos linguísticos (dêixis, pronomes, modalização) que revelam como o falante se apropria da linguagem para expressar sua subjetividade e sua experiência de

saúde/doença. Examina a comunicação como o espaço onde a relação terapêutica é construída ou desfeita. Analisa a distribuição de poder na interação, a legitimidade das vozes e a forma como as narrativas de doença (do paciente) se confrontam ou se alinham com o discurso biomédico (do profissional). Investiga como o contexto imediato (o consultório, a emergência, a mesa de cirurgia) é linguisticamente construído e como as falas ali produzidas são indexadas a esse momento e lugar específicos (o "aqui e agora").

Enquanto a Antropologia da Saúde busca entender o significado cultural da saúde/doença em um contexto social amplo (Helman, 2009), a Antropologia da Enunciação em Saúde busca entender como esse significado é construído pelo falante, negociado e performado através da linguagem em uma interação específica de cuidado, e o que o seu dizer dirá de si em relação à saúde e a doença.

Neste sentido, a contribuição de Flores (2015, 2019) sobre a materialidade significante e o contorno de sentido torna-se vital: o discurso do preceptor, ao refletir sobre a própria linguagem ("falar do ser médico"), age como uma etnografia de sua prática, revelando os valores éticos, afetivos e pedagógicos que definem o ser no mundo do profissional de saúde. A linguagem, no hospital, é, portanto, analisada como a práxis antropológica onde a cultura médica é ensinada, sofrida e redefinida.

É na comunicação estabelecida na rede de discursos traçada na preceptoria médica que investigaremos a relação língua/linguagem/comunicação do preceptor e do residente das especialidades médicas no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU/UNIVASF).

2.3 Preceptoria em saúde

Após o estabelecimento do quadro linguístico-antropológico, este tópico dedica-se a circunscrever o ambiente empírico desta tese: a Preceptoria em Saúde, com foco particular na residência médica. A preceptoria não é apenas um modelo pedagógico; ela é, fundamentalmente, um evento enunciativo que opera na intersecção crítica entre o ensino e o serviço no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Preceptoria em Saúde é a estratégia essencial para a formação profissional que exige a integração ensino-serviço, situando o preceptor como o profissional experiente que supervisiona, orienta e avalia o residente, promovendo o desenvolvimento de competências (Felipe, 2024). No entanto, é precisamente na relação de ensino-aprendizagem, marcada pela assimetria de conhecimento e hierarquia institucional, que a dinâmica da língua(gem) se torna mais reveladora. Ao enquadrar a preceptoria à luz da

Antropologia da Enunciação, este tópico irá delinear: a) papel institucional e as responsabilidades do preceptor; b) A condição do residente; c) A cultura do ambiente hospitalar.

Este enquadramento estabelece o cenário da análise, transformando o evento pedagógico em um dispositivo de observação antropológica da língua(gem), essencial para interpretar os achados de campo e cumprir o objetivo geral desta tese.

A educação médica, tanto em âmbito nacional quanto global, tem sido objeto de intensos debates que transcendem a esfera estritamente profissional, alcançando o escrutínio da sociedade civil e dos meios de comunicação. Conforme Koifman (2001), observa-se uma convergência de perspectivas quanto à ineficiência dos modelos assistenciais vigentes e à urgência de uma reestruturação profunda nos currículos de medicina, visando superar o descompasso entre a formação acadêmica e as reais necessidades de saúde da população. A autora explica que o currículo médico ocidental, incluindo o brasileiro, foi profundamente influenciado pelas diretrizes do Relatório Flexner. As principais características herdadas desse modelo são: a separação rígida entre as disciplinas teóricas (anatomia, fisiologia, etc.) e a prática hospitalar; o foco do ensino deslocou-se para o ambiente hospitalar e para a doença, em detrimento da saúde e do contexto social; o incentivo à fragmentação do saber em especialidades médicas e a visão do corpo humano como uma máquina e da doença como um defeito biológico a ser reparado, ignorando as dimensões psicossociais do paciente.

No contexto brasileiro, Koifman (2001) destaca que, a partir da década de 1970 e 1980, cresceu no Brasil um movimento de crítica a esse modelo "flexneriano". As críticas apontavam que os médicos formados por esse sistema tinham pouca responsabilidade social e dificuldade em lidar com a saúde pública, eram excessivamente dependentes de tecnologia e exames complementares e careciam de uma visão humanista e integral do ser humano.

Pagliosa e Da Ros (2010), reforçam a ideia de que o modelo Flexneriano criou uma "mitologia do hospital". O hospital passou a ser o único lugar onde a "verdadeira medicina" acontecia. Isso gerou o encarecimento absurdo dos sistemas de saúde e a fragmentação do cuidado, onde o paciente é visto por dez especialistas, mas ninguém vê o todo.

A partir da década de 1990, intensas modificações ocorreram no tocante à formação dos profissionais de saúde. Tal conformação foi estimulada com a Constituição Federal de 1988 e a publicação da Lei nº 8080/90 que regulamentou o SUS. Esse novo

sistema acarretou mudanças importantes na área das práticas de saúde com consequentes alterações no processo de formação e desenvolvimento dos futuros profissionais (Brasil, 1988, 1990; Cavaleiro, 2011). Com a criação do SUS e, posteriormente, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), houve um crescimento do mercado de trabalho em saúde, reforçando a necessidade de um redirecionamento da formação profissional de saúde (Silveira e Paiva, 2011).

A preceptoria em saúde é compreendida como uma prática pedagógica, em que o profissional de saúde, por vezes inserido nas atividades assistenciais do serviço, torna-se o agente responsável em direcionar e supervisionar o aluno no campo de prática. Além disso, o desenvolver dessa prática torna-se uma atividade de formação e qualificação do profissional preceptor, que subsidia suas atividades pedagógicas exercidas no âmbito do trabalho educacional (Cruz et. al., 2017).

Considerando que a função do preceptor é orientar o estudante nas atividades práticas e nos diferentes cenários de aprendizagem, o trabalho de preceptoria pressupõe que o profissional detenha o domínio de algumas habilidades e competências que podem ser agrupadas em quatro grandes blocos de saberes, preconizados nas DCN para os cursos de graduação, formalizadas na Resolução CNE/CES N°4/2001, documento que orienta os cursos de graduação em Medicina: saber-conhecer, saber fazer, saber ser e saber-conviver. Este mesmo documento define o perfil do egresso médico como:

(...) Um profissional com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar pautado em princípios éticos, no processo saúde-doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do ser humano (Resolução CNE/CES N°4/2001).

Nesse sentido, é necessário que o preceptor seja uma figura preparada para transformar seu ambiente de trabalho em experiências de aprendizagem, sendo um profissional educador importante na articulação do ensino-aprendizagem, com domínios que vão além do saber científico, provocando oportunidades de aprendizagem pedagógica (Ribeiro e Prado, 2014).

Dentre as competências e habilidades que precisam ser pertinentes ao profissional preceptor, pode-se destacar o conhecimento, atitude, ética e habilidade no exercício prático de sua profissão, a comunicação, bem como o reconhecimento do papel de educador e a sua responsabilidade no processo de ensino-aprendizagem. Ressalta-se que

essa dinâmica de ensinar favorece ao desenvolvimento e o aperfeiçoamento dessas competências e habilidades (Oliveira, 2025; Soares et al., 2013).

Sob essa ótica, o preceptor assume o papel de mediador fundamental na imersão e socialização de estudantes e residentes nos cenários assistenciais, atuando como agente mobilizador da autonomia e da responsabilidade do educando sobre seu próprio processo de aprendizagem (Autonomo et al., 2015). Consequentemente, o exercício da preceptoria exige um amálgama de competências que transcendem o domínio técnico-científico, abarcando a proficiência em relações interpessoais, tanto no eixo preceptor-discente quanto na díade preceptor-paciente, e uma postura ética resiliente frente aos dilemas inerentes à prática clínica (Autonomo et al., 2015).

Todavia, em que pese a complexidade dessas atribuições, as instituições de ensino médico têm historicamente priorizado o notório saber profissional e a produtividade científica como critérios hegemônicos para a seleção de seus quadros (Oliveira et al., 2021; Da Silva et al., 2016). Tal paradigma ancora-se na premissa redutora de que a excelência no ensino superior decorre estritamente do domínio de conhecimentos específicos, o que relega a competência didático-pedagógica a uma dimensão acessória. Como resultado, observa-se o ingresso de profissionais em ambientes educacionais carentes do instrumental teórico e prático necessário ao exercício da docência e da preceptoria (Da Silva et al., 2016; Franco; Azambuja; Silva, 2013).

Ademais, é fundamental que os atores envolvidos na preceptoria em saúde entendam e se apropriem das ações práticas e teóricas que envolvem o trabalho interprofissional, visto a importância dessa prática na gestão do cuidado no SUS (Araújo, 2017). Com essa compreensão, não se pode delinear ações que demandam resolutividade no sentido da divisão do trabalho em categorias profissionais, havendo a necessidade de práticas mais articuladas e interdependentes (Souza e Pol Costa, 2019).

Nesse contexto, a educação interprofissional (EIP) caracteriza-se como uma prática em que há a integração de pelo menos dois profissionais, os quais juntos constroem formas de melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde (Reeves, 2016). Na perspectiva educacional, essa atividade permite que os estudantes adquiram conhecimento em conjunto com outros profissionais, com o intuito de potencializar competências e habilidades importantes para o trabalho em equipe (Müller et al., 2022).

A prática da EIP na área da saúde torna-se uma forma que desafia os modelos tradicionais de ensino-aprendizagem presentes nas instituições de graduação e pós-graduação, buscando minimizar os problemas apresentados na complexidade das

necessidades do cuidar, bem como na divisão do cuidado prestado pelos diferentes dispositivos das redes de atenção à saúde (Peduzzi, 2013).

Durante a formação do profissional em saúde é essencial a visão mais efetiva das práticas laborais, o que favorece a compreensão entre a formação teórica e prática. Em geral, o estudante é instigado a solucionar o caso clínico do paciente contextualizando os conhecimentos adquiridos durante as aulas teóricas. Para tanto, os atores envolvidos no processo de formação educacional, devem desenvolver metodologias e técnicas para facilitar essa nova aprendizagem (Botti e Rego, 2011).

Em saúde, a prática interprofissional permite melhorar o trabalho em equipe e deve ter a comunicação como principal estratégia para atuar nesse processo. Nos serviços de saúde deve-se incentivar as relações interpessoais, discussões de casos clínicos e reuniões entre os envolvidos no processo de cuidar, estimulando o diálogo e reduzindo a utilização dos aparatos tecnológicos que distanciam os profissionais (Previato e Baldissera, 2018).

Na preceptoria, o preceptor é o profissional responsável por agregar o aluno à equipe de trabalho, facilitando a articulação entre teoria e prática e, para melhorar o processo de ensino-aprendizagem, discussões são consideradas como necessárias (Junqueira e Oliver, 2020).

No ambiente de trabalho, e mais especificamente no hospitalar, a enunciação e o discurso (Benveniste, 2023) adquirem características particulares que refletem a urgência, a hierarquia e o foco no corpo doente. As interações são frequentemente marcadas por assimetrias de poder, pela necessidade de precisão terminológica e pela construção de uma identidade profissional específica. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente (Foucault, 1996).

A forma como preceptores e residentes utilizam pronomes, verbos no imperativo, termos técnicos e expressões de autoridade ou submissão revela as dinâmicas de poder e as expectativas de cada um. “É portanto verdade ao pé da letra que o fundamento da subjetividade está no exercício da língua” (Benveniste, 2026, p. 285). A análise benvenistiana permite desvendar como a subjetividade de cada ator se manifesta na linguagem e como essa manifestação contribui para a construção da realidade profissional compartilhada.

A relação entre preceptor e residente médicos é multifacetada e central para a formação profissional. O preceptor é o médico mais experiente que orienta, supervisiona e avalia o residente, atuando como um modelo e facilitador do aprendizado prático

(Brasil, 2002). O residente, na maioria das vezes, é um médico recém-formado em processo de especialização, buscando desenvolver autonomia e competências clínicas sob supervisão.

Essa relação é inerentemente assimétrica, marcada por uma dinâmica de poder que se manifesta na linguagem, nas decisões clínicas e na própria estrutura hierárquica do hospital. O preceptor detém o conhecimento consolidado e a autoridade, enquanto o residente está em uma posição de aprendizado e desenvolvimento (Schiesari et al, 2017). A forma como essa assimetria é expressa e negociada na linguagem (uso de termos de tratamento, direções, questionamentos, etc.) é um ponto de interesse fundamental deste estudo.

Além da dimensão de poder, a relação é um espaço privilegiado de aprendizagem experiencial. A transmissão do conhecimento ocorre não apenas por meio de instruções diretas, mas também pela observação, pela discussão de casos, pela correção de erros e pela participação guiada em procedimentos (Schiesari et al, 2017).

A linguagem é o veículo principal dessa transmissão, seja nos *rounds*, nas discussões de caso, nos corredores ou nas salas de cirurgia. Entender como a linguagem estrutura essa aprendizagem é essencial para otimizar os processos de formação na medicina.

Dessa forma, a prática interprofissional, considerando a comunicação na preceptoria em saúde, surge como metodologia pedagógica de articulação entre os diversos saberes, com o intuito de proporcionar uma formação integralizada, humanista e contextualizada do indivíduo no seu campo de prática (Peduzzi et al., 2013).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo detalha o percurso metodológico que guiou a investigação sobre a língua(gem) no ambiente hospitalar, especificamente na interação entre preceptor e residente médicos.

Apresentaremos a abordagem metodológica geral, pautada em um estudo enunciativo com base no conceito da noção de comentário, concebido como um contorno de sentido, produto da operação metalinguística natural do falante, que está ancorado em uma perspectiva antropológica da enunciação de Flores (2015; 2019), justificando sua adequação aos objetivos da tese. Em seguida, descreveremos o campo de pesquisa e os participantes, os procedimentos de coleta de dados e, crucialmente, as técnicas de análises dos dados, com foco na análise antropológica da enunciação de Flores (2015; 2019). Por fim, abordaremos os aspectos éticos que nortearam todo processo investigativo.

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, que se apoia nos pressupostos teóricos e metodológicos da teoria antropológica da enunciação e na função metalinguística natural da língua de Flores (2015; 2019). A modalidade da pesquisa exploratória permite um aprofundamento acerca do assunto que será investigado, possibilitando seu delineamento e aproximação do pesquisador com os fatos e fenômenos que o cercam. O trabalho de descrição tem caráter fundamental em um estudo qualitativo, pois é por meio dele que os dados são coletados, registrados e descritos, sem que haja qualquer interferência do pesquisador (Prodanov e Freitas, 2013). Ou que haja a **mínima** interferência do pesquisador (grifo nosso).

O método qualitativo, por sua vez, caracteriza-se pela abordagem mais profunda das relações e dos processos, fenômenos nos quais não podem ser resumidos/quantificados em equações e estatísticas devido seu caráter subjetivo (Minayo, 2024). Dessa forma, a pesquisa qualitativa propicia ao pesquisador uma compreensão mais abrangente da realidade, onde torna-se integrante no processo de conhecimento, conseguindo atuar imprescindivelmente na interpretação dos fenômenos (Víctora, Knauth e Hassen, 2000).

Portanto, o uso desse arcabouço metodológico justifica-se por favorecer um caminho de pesquisa congruente e sistematizado, permitindo a interpretação dos significados que envolvem a linguagem e a comunicação entre o preceptor e o residente médicos participantes do estudo.

3.2 Contexto do estudo

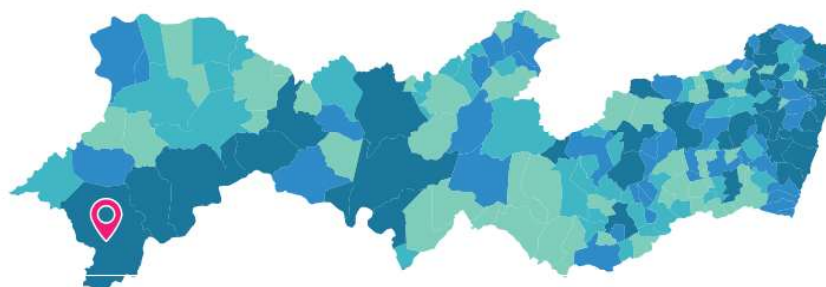
O estudo foi realizado na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital Universitário Dr. Washington Antônio de Barros, da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), Petrolina - PE, no período de junho a dezembro de 2024, com os preceptores e residentes do curso de medicina da UNIVASF.

O município de Petrolina/PE (Figura 1), localizado na mesorregião do São Francisco, no semiárido de Pernambuco, extremo oeste do Estado, fica à margem esquerda do Rio São Francisco e faz divisa entre Pernambuco e Bahia, separado do município de Juazeiro – BA apenas pelo rio, tornando-os contíguos. Dista 776 km da capital do Estado (Recife). Faz limite ao norte com o município de Dormentes (PE), ao sul com o Rio São Francisco, ao leste com Lagoa Grande (PE), e ao Oeste com Afrânio (PE) e Casa Nova (BA). Ocupa 4.561,874 Km² de área territorial do Estado e população de 343.219 habitantes (IBGE, 2017).

Situa-se em um cruzamento de muitas rotas que liga a diferentes regiões do País, o que reforça a sua posição como polo de desenvolvimento socioeconômico. Na zona urbana existem 34 bairros, que se apresentam de forma heterogênea quanto à densidade demográfica e são marcados por grandes desigualdades sociais. Na área rural, a população está estimada em 30.000 habitantes. Existem distritos, fazendas e povoados com 14 agrovilas que formam o perímetro irrigado, Projeto Senador Nilo Coelho, implantado na década de 1960. É importante ressaltar que a fruticultura irrigada é uma das principais atividades econômicas da região, sendo reconhecida mundialmente pela qualidade de seus produtos.

Petrolina destaca-se na relevância econômica e política regional e tem despontado como importante polo nas áreas de saúde e educação.

Figura 2 – Mapa de Pernambuco, destacando o município de Petrolina/PE, Brasil.



Fonte: IBGE, 2023.

A Instituição, local deste estudo (figura 2), foi inaugurada no município em 4 de setembro de 2008, caracterizado como hospital de ensino para os cursos de ensino superior, oriundos da própria UNIVASF: Enfermagem, Psicologia, Medicina, Farmácia; ou da Universidade de Pernambuco (UPE): Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição. Além disso, o HU-UNIVASF é campo de prática para escolas técnicas, sendo elas: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC): Enfermagem e Radiologia; Escola de Formação Técnica de Saúde Dra. Valquíria Saturnino: Enfermagem e Radiologia; Centro de Ensino Técnico Santa Luzia: Enfermagem; Instituto Integrado de Educação Social do Brasil (INESB): Enfermagem e Radiologia; e Instituto de Ensino Educacional Ferreira e Silva (FENS): Enfermagem e Radiologia (EBSERH, 2023).

Possui estrutura física composta por 148 leitos, é referência para 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Médio do Vale do São Francisco Pernambuco-Bahia (Rede-PEBA), formada por 6 (seis) microrregionais de saúde, cuja população compreende, aproximadamente, 2.077.000 habitantes. Possui vocação para atenção às urgências e emergências que incluem politraumatismo, neurologia e neurocirurgia (alta complexidade), traumato-ortopedia (alta complexidade), cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia buco-maxilo-facial, clínica médica, nefrologia, dermatologia e cirurgia plástica com atendimento multidisciplinar das equipes de saúde (EBSERH, 2023). É um equipamento de saúde de porta aberta para pacientes e com alta demanda de atendimento.

O HU-UNIVASF é campo de ensino, pesquisa, extensão e inovação, desenvolvendo atividades acadêmicas em cursos de nível técnico, superior e de pós-graduação (EBSERH, 2023).

Figura 3 – Hospital Universitário da Universidade do Vale do São Francisco, Petrolina/PE.



Fonte: EBSEPH, 2020

A escolha por esse hospital justifica-se por ser referência para o processo de formação de profissionais na área de saúde, onde ocorrem o Estágio Curricular II do curso de Enfermagem da UNIVASF e UPE *Campus* Petrolina e do internato de medicina da UNIVASF, residência multiprofissional em intensivismo e residências médicas.

3.3 População do estudo

Participaram desta pesquisa preceptores e residentes das especialidades de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular do curso de medicina da UNIVASF e que atuam na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) do HU-UNIVASF.

O estudo incluiu quatorze (14) participantes, sendo oito (08) preceptores e seis (06) residentes médicos. Todos os preceptores eram médicos e possuíam pós-graduação do tipo residência, dois (02) eram mestres e um (01) doutor. Tinham em média 25,63 anos de formação, o tempo médio de atuação na instituição foi de 12,5 anos e de atuação na preceptoria em média foi de 22,13 semestres. Quanto à especialidade, dois (02) eram da Unidade de Terapia Intensiva, dois (02) da clínica médica, dois (02) da cirurgia geral e dois (02) da cirurgia vascular. A maioria, cinco (05) era do sexo masculino e três (03) do sexo feminino. Do total, três (03) participaram de curso preparatório para exercer a função de preceptor e cinco (05) relataram ter participado de cursos preparatórios durante o desenvolvimento da preceptoria.

Dos residentes participantes referente a especialidade dois (02) eram da clínica médica, dois (02) da clínica cirúrgica e dois (02) da cirurgia vascular. A idade variou entre 23 e 31 anos e quanto ao tempo de residência cinco (05) estavam no segundo ano

da residência (R2) e um (01) no primeiro ano (R1). Todos passaram por vários setores do hospital e pelo menos um mês na unidade de terapia intensiva, local do estudo.

3.3.1 Cálculo amostral e processo de seleção da amostra

No desenvolvimento da pesquisa qualitativa, a inquietação acontece de maneira profunda e abrangente da compreensão, o que contrapõe à generalização, não se baseando na quantidade para garantir a sua representação (Minayo, 2014). Desse modo, foram selecionados dois preceptores e dois residentes de cada especialidade e dois médicos preceptores intensivistas que também acompanham os residentes durante o período de estágio na UTI. Amostra foi intencional, selecionada por critério de relevância para os objetivos da pesquisa, garantindo diversidade de posições enunciativas. A seleção dos participantes obedeceu a critérios de saturação teórica e de representatividade dos papéis enunciativos investigados — preceptor e residente — no contexto da UTI.

3.3.2 Critério de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo os preceptores médicos e residentes da UNIVASF, que atuam nas residências de Clínica Médica, Cirurgia Geral e Cirurgia Vascular, há pelo menos doze meses de atuação no HU/UNIVASF e que aceitaram participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos os preceptores e residentes do curso de medicina que estiverem ausentes por motivo de férias ou licença durante o período da pesquisa.

3.3.3 Instrumento de coleta de dados

Para os preceptores e residentes do curso de medicina da HU/UNIVASF, foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICES C e D), composto por duas partes, a primeira correspondente aos dados referentes ao perfil dos participantes: idade, naturalidade, gênero, categoria profissional, nível de pós-graduação concluída ou em andamento, tempo de formação, tempo de atuação no HU/UNIVASF e tempo de atuação como preceptor (em número de semestres) no HU/UNIVASF. Para os residentes, qual a residência em exercício e o tempo de atuação (em número de semestres). A segunda

parte tratou-se de perguntas norteadoras relacionadas à temática: 1) O que é ser médico? 2) O que você compreende sobre a língua e a linguagem na preceptoria? 3) Como você se reconhece no papel de preceptor/residente? 4) Qual a importância da comunicação no ambiente hospitalar? 5) Qual o seu entendimento sobre a língua e a linguagem no contexto na preceptoria em ambiente hospitalar? O que você sugere como estratégia de melhoria da comunicação da equipe interdisciplinar?

3.3.4 Operacionalização

O estudo teve início após carta de anuência do HU/UNIVASF e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CEP/CISAM) com Seres Humanos da Universidade de Pernambuco e dos participantes do estudo, após explicação quanto a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios esperados, possíveis riscos e incômodos, mediante a assinatura do TCLE.

As entrevistas foram filmadas e gravadas com o auxílio de um gravador de voz portátil, após a autorização dos entrevistados, em uma sala previamente reservada, conforme a disponibilidade dos participantes, o que garantiu o sigilo, o anonimato e a privacidade, assegurando ainda o direito de decidir livremente quanto à participação. Cabe ressaltar que no roteiro de entrevista, os participantes foram identificados por letras e números sequenciais de acordo com a ordem das entrevistas, sendo P1(Preceptor 1), P2 (Preceptor 2), P3 (Preceptor 3) e R1 (Residente 1), R2 (Residente 2), R3 (Residente 3) e assim, sucessivamente.

Além disso, os materiais impressos, filmados e gravados ficarão arquivados por cinco anos em armário e no computador com acesso restrito e de responsabilidade das pesquisadoras e estarão à disposição para dirimir eventuais dúvidas ou questionamentos que venham ocorrer, sendo destruídos passados os cinco anos de arquivamento, garantindo o anonimato e o sigilo da participação dos entrevistados no momento ou futuramente.

3.3.5 Plano de descrição e análise dos dados

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin (2011), relacionando estruturas semânticas com estruturas sociológicas articulando as superfícies dos textos com os fatores que determinam suas características. Assim, a análise foi realizada seguindo três fases, a saber: 1) pré-análise com leitura

flutuante dos quatorze depoimentos transcritos a partir das gravações; 2) exploração do material, selecionando as falas dos participantes e organizando os temas e 3) tratamento das respostas obtidas, com a interpretação dos resultados, tendo como aporte teórico os postulados da antropologia da enunciação de Flores (2015; 2019), construindo uma reflexão contemplando a fala dos participantes do presente estudo, o ponto de vista dos estudiosos sobre a temática e das pesquisadoras.

Na fase de pré-análise, as entrevistas foram transcritas, no mesmo dia, pela autora da pesquisa. Seus escritos passaram pelo software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ), utilizado para desenvolver análises estatísticas textuais. O IRAMUTEQ criado por Ratinaud (2009), é um software gratuito que permite fazer diferentes tipos de análise de dados textuais, que vão desde a lexicográfica básica (cálculo de frequência de palavras) às análises mais complexas multivariadas como a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), utilizada nesta pesquisa (Camargo e Justo, 2013).

O programa possui categorias específicas para os dados textuais, sendo eles o corpus, texto e segmento de texto. O conjunto dos textos que pretendem ser analisados pelo programa é chamado de corpus. Cada entrevista unitariamente é denominada de texto e o corpus passou a ser o conjunto de textos, desta maneira, nessa pesquisa, as entrevistas receberam cada uma delas um código específico, padrão do software, e foram agrupadas em um único arquivo, formando assim o corpus textual da pesquisa (Camargo e Justo, 2013).

Após o pesquisador definir o corpus do seu estudo, o *software* realizou recortes do conteúdo, que consiste em trechos das falas das entrevistas. Esses trechos são chamados de segmentos de texto (ST). Após dimensionamento dos ST, o *software* aplicou o método da CHD. Esse método visa obtenção de classes de ST. As mesmas são formadas por ST que possuem vocabulários semelhantes entre si e vocabulários diferentes de outros segmentos de texto de outras classes (Reinert, 1990).

O uso de *software* nas pesquisas qualitativas representam alguns benefícios para o pesquisador, como o aumento da rapidez da análise e maior rigor de organização das informações. Contudo, a análise é parcial, e para as inferências de sentido é necessário a complementação da mesma em consonância com algum referencial teórico. Para tanto, as classes foram nomeadas e interpretadas sob a lente da noção de Comentário, concebido como um Contorno de Sentido, produto da operação metalinguística natural do falante que está ancorado em uma perspectiva antropológica enunciativa de Flores (2015; 2019).

3.4 Considerações éticas

O estudo foi desenvolvido obedecendo aos princípios éticos e legais que tratam pesquisas com seres humanos, apresentados nas Resoluções nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde. Inicialmente foi solicitada a carta de anuência ao HU/UNIVASF para realização da pesquisa, bem como para utilização formal do nome da instituição no relatório final da investigação e posteriormente foi submetido à apreciação do CEP/CISAM, aprovado em 15 (quinze) de abril de 2024, sob o parecer nº 6.764.639 e CAAE:77947624.0.0000.5191.

3.5 Fases de coleta e análise de dados

O Quadro 1, apresentado a seguir, sintetiza as quatro fases sequenciais da pesquisa, desde o preparo inicial do *locus* de coleta até o tratamento final dos dados sob o prisma da teoria enunciativa antropológica de Flores (2015; 2019).

Quadro 1 – Síntese das fases de Coleta de Dados Planejada. Autoria própria – Petrolina, PE, Brasil, 2025.

Fase/ Período	Atividades Realizadas
1ª Fase 06/24 - 12/24	– Produção do <i>corpus</i>: Preparo do ambiente para coleta de dados com suporte para as gravações de vídeos e entrevistas aos participantes; – Recrutamento dos participantes de forma voluntária através de convite pessoal; - Realização das entrevistas semiestruturadas de forma individualizada em ambiente privativo e conforme a disponibilidade dos participantes.
2ª Fase 01/25 - 02/25	– Transcrição e pré-análise: A gravações foram transcritas literalmente, incluindo marcadores de pausas, ênfases, sobreposições de fala e outros elementos prosódicos relevantes. Na fase de pré-análise, os dados foram lidos e relidos para uma primeira imersão e identificação de temas emergentes e submetidos à ferramenta IRAMUTEQ.
3ª Fase 03/25 –05/25	– Análise Antropológica da Enunciação de Flores: As transcrições das interações foram submetidas a uma análise rigorosa com base nos pressupostos de Flores (2015, 2019), onde foram investigados: indicadores de subjetividade e a modalidade do discurso.
4ª Fase 06/25 - 10/25	– A nomeação das classes emergidas pelo dendrograma à luz da noção de Comentário, concebido pelo Contorno de Sentido, produto da função metalinguística natural da língua pautada na Antropológica da Enunciação de Flores (2015; 2019).

Fonte: Autoria própria, Petrolina- PE, Brasil, 2025.

O delineamento metodológico, conforme apresentado no Quadro 1, reflete a natureza qualitativa e interpretativista desta investigação, garantindo a transparência e o rigor na produção do *corpus* e na sua análise. Vale ressaltar importância de cada fase desse processo:

Fase 1: Produção do Corpus (Junho/24 a Dezembro/24)

Esta etapa foi dedicada à produção do material empírico primário. O preparo do ambiente e o recrutamento voluntário asseguraram a adesão ética e a criação de um espaço de fala seguro para os participantes, essencial para a manifestação autêntica dos discursos. A realização de entrevistas semiestruturadas em ambiente privativo foi crucial para capturar a materialidade significativa da fala, conforme preconizado pela Antropologia da Enunciação proposta por Flores.

Fase 2: Transcrição e Pré-Análise (Janeiro/25 a Fevereiro/25)

A transcrição literal marca o compromisso desta pesquisa em transcender o conteúdo semântico explícito. Ao incluir marcadores de pausas, ênfases e sobreposições, a transcrição eleva a prosódia e outros elementos vocais à condição de materialidade significativa (Flores, 2015), ou seja, elementos que, no ato da enunciação, carregam sentido e revelam a subjetividade. A pré-análise e a utilização do *software* IRAMUTEQ serviram como ferramentas de suporte para uma primeira imersão estatística no léxico, mapeando as regularidades e as classes de palavras emergentes do discurso dos participantes.

Fase 3: Análise Antropológica da Enunciação (Março/25 a Maio/25)

Nesta fase, o *corpus* foi submetido ao rigor da Análise Antropológica da Enunciação (Flores, 2015; 2019), que constitui o núcleo teórico-metodológico da tese. A investigação concentrou-se nos indicadores de subjetividade (pessoalidade, dêixis), no contorno de sentido (as interpretações do falante sobre a própria língua/prática) e na modalidade do discurso. O objetivo foi desvendar como o preceptor e o residente, ao se apropriarem da língua, constroem suas identidades profissionais e gerenciam a hierarquia.

Fase 4: Nomeação e Interpretação (Junho/25 a Outubro/25)

A etapa final do tratamento dos dados articulou a estrutura estatística (dendrograma) com a interpretação teórica densa. A nomeação das classes foi realizada à luz da noção de Comentário, concebido pelo Contorno de Sentido, produto da função metalinguística natural da língua pautada na Antropológica da Enunciação de Flores (2015; 2019), reconhecendo que os temas centrais do *corpus* (como a comunicação, a ética, ou a sobrecarga) são, na verdade, os próprios falantes agindo como etnógrafos da própria língua, ao comentarem e definirem sua cultura de trabalho e sua identidade médica. Esta última fase consolidou a análise, permitindo o cumprimento do objetivo geral da tese.

4. ANÁLISE E DISCUSSÕES

Para facilitar a compreensão da análise e discussões dos resultados, eles foram estruturados em duas partes: na primeira analisamos os discursos dos preceptores e na segunda parte os discursos dos residentes médicos participantes, a luz da Antropologia da Enunciação de Flores (2015; 2019).

4.1 Análise e discussões do *corpus* dos Preceptores Médicos

Após a análise das entrevistas realizadas com os preceptores, com nível de retenção pelo software *IRAMUTEQ* de 82,62%, emergiram-se seis classes, como observa-se no dendrograma, Quadro 2. O dendrograma é uma representação gráfica que mostra como o *corpus* textual foi dividido em classes de sentido.

Quadro 2 – Dendrograma de análise das entrevistas. Preceptores. Autoria própria – Petrolina, PE, Brasil, 2025.

Classe 2 (16,6%)	Classe 6 (16,6%)	Classe 5 (16,7%)	Classe 3 (14%)	Classe 1 (18,4%)	Classe 4 (17,7%)
dia	Pessoas	segurança	Técnica	Vocabulário	Conseguir
Hoje	Rotina	Ensinar	linguagem	Importante	Reunião
Cirúrgico	unidade de terapia intensiva	conhecimento	explicar	Tom	Contar
Equipe	Precisar	importante	entender	Voz	Ficar
Muito	Visita	aprender	acolhimento	Entregar	Chegar
Grande	Acompanhar	Dar	simples	Postura	Visita
Ponto	Preceptor	Buscar	Utilizar	Termo	Linha
Adaptar	Atender	atividade	entendido	Mudança	Residente
Longo	Cirurgia	medicina	situação	Mensagem	Começar
Doente	Aqui	Assim	Uso	Preciso	Aqui
Oportunidade	Embora	Área	compreensão	Forma	Perguntar
Vista	Avisar	Sentido	Difícil	Claro	Sair
unidade de terapia intensiva	Iniciativa	professor	Pessoa	Geração	Diariamente
Acreditar	Horário	Então	Vez	Trato	Valorizado
Mudar	Vida	Tudo	comunicação	Paciente	Amigo
Multidisciplinar	Lado	Ajudar	vivência	Diferença	Esperar
Estudante	Interno	Exemplo	acolher	Talvez	Senhor
Troca	Geralmente	Ali	Palavra	Língua	Processo
Profissional	Caso	Máximo	Saúde	Tão	Objetivo
Cuidar	Lá	Sempre	Modo	Também	Dúvida
Médico	Diário	Coisa	totalmente	médico plantonista	Maneira
Jeito	Residente	Técnico	relacionar	Tirar	Preceptor
Existir	Passar	confiança	múltiplo	Mudo	Essencial
Residente	Equipe	Pequeno	Diverso	Relação	Mesmo
Paciente	Entrar	Diante	tratamento	linguagem	Rápido
Vez	Comunicar	assistência	Família	Aí	Residência
Dentro	Sempre	Sentir	receber	Informação	acompanhar
Época	Melhorar	Aluno	Mesmo	Vida	Facilitar
Principalmente	Procedimento	Já	paciente	Científico	eventualmente
médico plantonista	Diariamente	Pessoa	perceber	Bom	Completo
Exercer	cirurgia geral	Médico	questão	Modificar	Definir
Doença	Infelizmente	Melhor	assertiva	Realmente	significativo
Diálogo	Prática	Pensar	Falar	Falar	Novamente
Normalmente	Colega	Possível	também	Diferente	Manhã
Atender	Específico	linguagem	Quando	Transformar	Disposição
Relação	Diretamente	Tudo	compreender	Grupo	Acontecer
Hospital	Função	transmitir	Até	desencadear	Só
Além	Claro	assertiva	ambiente	Conhecer	Passo
Próximo	Hospital	interdisciplinar	entender	Responder	Exatamente

Planejamento	Planejamento	Ideia	aula	Ouvinte	Vir
Fácil	Deixar	procurar	família	Melhoria	Ajudar
Terapêutico	Discutir	Achar	exemplo	Absorver	Contexto
Acontecer	Conjunto	científico	Passo	Necessário	Família
Lugar	Já	Assunto	diferente	necessariamente	Olhar
Ainda	Momento	Menos	Grupo	Bom	Pensar
Executar	Procurar	Acabar	ouvinte	Prática	Exatamente
Importância	Perguntar	Falar	melhoria	Palavra	Fácil
Precisar	Comunicação	Pessoa	necessariamente	Cuidar	Discutir
Sinto	Lugar	Forma	Nunca	Cabeça	Estratégia
Ambiente	Importância	Contexto	naturalmente	Propósito	Contato
Adaptar	Colocar	Igual	Trazer	compreender	Semana
Mudo	Transformar	informação	reunião	Virtude	Exercício
Olhar	Dificuldade	Certo	ferramenta	extremamente	Certo
Funcionar	Jeito	Tratar	confiança	Familiar	Aí
Conhecer	Mundo	funcionar	Gosto	Sim	Hora
Melhorar	Conversar	Vida	Formar	Linguajar	Pessoal
Nunca	Colocar	Resolver	Definir	Portar	Nada
Conduta	Paciente	transformar	Criar	Colocar	compreender
Naturalmente	Comunicar	observar	simplesmente	Transmitir	Dificuldade
Misturar	médico plantonista	necessário	problema	Papel	Até

Fonte: Dados da pesquisa, Petrolina- PE, Brasil, 2025.

Considerando o Quadro 2, com o auxílio do *software* IRAMUTEQ, foi possível a classificação simples sobre segmento de texto, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (Camargo e Justo, 2013), a categorização em classes das palavras mais significativas e definidas pela aplicação de testes *qui-quadrado* e nomeadas sob a lente do conceito noção de Comentário, concebido pelo Contorno de Sentido, produto da função metalinguística natural da língua pautada na Antropológica da Enunciação de Flores (2015; 2019).

As classes foram nomeadas da esquerda para direita conforme preconizado pelo dendrograma para análise e discussão das mesmas. Informa-se que houve a necessidade de agrupamento das classes 2 e 6, 5 e 3 pela aproximação dos núcleos de sentido, sendo nomeadas da seguinte forma: as classes 2 e 6 foram nomeadas de “O sentido na Linguagem em Valdir do Nascimento Flores”, as classes 5 e 3 foram nomeadas de “O que é língua e linguagem na concepção dos preceptores”, a classe 1 nomeada de “O comentário metalinguístico e a construção do ser médico” e por fim, a classe 4 nomeada de “Possibilidades e sugestões de melhoria da comunicação no contexto hospitalar”, que discutiremos a seguir.

Classes 2 e 6 - “O sentido na Linguagem em Valdir do Nascimento Flores”

Nestas classes, a fala do entrevistado remonta o fazer do preceptor no dia a dia durante o exercício da preceptoria. As palavras mais significativas dessas classes foram:

adaptar, jeito, comunicar, residente, comunicação e executar, que permeiam o discurso do preceptor.

O conceito de sentido na linguagem em Teixeira e Flores (2012), é inseparável de sua Antropologia da Enunciação e da ideia de que o sentido é uma construção que emerge no ato de discurso pelo falante, e não uma propriedade intrínseca e fixa do sistema da língua (a *significação*).

O discurso de P1 é um texto interessante para essa análise, pois ele não apenas comunica, mas comenta o processo de construção do sentido.

Eu procuro adaptar o jeito de comunicar com o tipo de residente, assim, com o que eu sinto da necessidade do residente mesmo. A base de tudo é a comunicação. Se a pessoa não entende o que eu estou explicando, ela não consegue executar, no caso do residente (P1).

Para Flores (2019), o sentido não se confunde com a significação (o valor estrutural ou dicionarizado da palavra/frase). O sentido é processual, subjetivo e intersubjetivo: é aquilo que o falante (o eu) constrói ao colocar a língua em funcionamento no discurso, e que se estabelece na relação com o seu interlocutor (o tu).

Analisemos o discurso do preceptor (P1) em três momentos-chave dessa construção de sentido:

1. Sentido como Construção Intersubjetiva (O Ato de Adaptar)

Eu procuro adaptar o jeito de comunicar com o tipo de residente, assim, com o que eu sinto da necessidade do residente mesmo (P1).

Neste primeiro momento, o preceptor demonstra ter consciência de que o sentido de sua mensagem não está garantido. Existe, portanto, a necessidade de "adaptar o jeito de comunicar" é o reconhecimento de que a simples transmissão de informação (a *significação* da explicação) é insuficiente. A adaptação é o contorno que o falante dá à sua própria enunciação para garantir que ela faça sentido para o interlocutor e se materialize em uma ação. O sentido precisa ser construído sob medida para o outro. "A implicação recíproca entre locutor e interlocutor se encontra no interior do discurso" (Flores, 2019, p. 317).

O sentido, aqui, é intrinsecamente relacional e determinado pela alteridade. O "eu" (preceptor) não impõe um sentido fixo; ele o negocia ativamente com o "tu" (residente),

partindo do que ele "sente da necessidade" do outro. O sentido, portanto, emerge do encontro e da relação de responsabilidade do falante.

Ao buscar adaptar-se à "necessidade do residente", o preceptor age como um "etnógrafo da própria língua" (Flores, 2019, p. 317), observando e interpretando a experiência do outro para moldar o seu próprio dizer.

2. Sentido como Atribuição de Valor (O Alicerce)

A base de tudo é a comunicação (P1).

Essa frase funciona como um Contorno de Sentido, pois é o comentário metalinguístico (reflexão sobre a própria linguagem) que o falante produz. Nesse sentido, quando o falante (preceptor) “enuncia a sua posição de falante, ele “afunila” (Flores, 2013) um sentido, produz um contorno de sentido”(Flores, 2019, p. 319).

Ao dizer que a comunicação é a "base de tudo", o falante (preceptor) está atribuindo sentido e valor fundamental ao seu ato de fala dentro do contexto de trabalho. Ele não apenas usa a comunicação, mas a define, a hierarquiza. Essa atribuição de valor é a maneira pela qual o falante define o *sentido* de sua prática. Ele também deixa escapar qual sentido ocupa a linguagem na vida dele: comunicação!

O preceptor se coloca na posição de enunciador que reflete sobre sua experiência. Ele constrói o sentido de sua própria função, que é primordialmente a de ser um agente de sentido eficaz para o residente.

3. Sentido como Eficácia Pragmática (A Execução)

Se a pessoa não entende o que eu estou explicando, ela não consegue executar, no caso do residente (P1).

A conclusão do discurso liga o sentido diretamente à sua materialização no mundo. O sucesso da execução se torna a prova material de que o sentido foi construído com sucesso. A falha em "entender" (falha na construção do sentido intersubjetivo) resulta na falha da "execução" (falha na conexão entre linguagem e realidade). Falha a comunicação.

Nessa visão, o sentido na linguagem não é um conceito abstrato; ele tem uma consequência pragmática e concreta. O sentido é o que permite que a linguagem deixe de ser apenas sistema e se torne ação no mundo. Como uma ação igual a comunicação.

Em suma, o discurso do preceptor mostra que o sentido na linguagem é um fenômeno dinâmico que exige a participação responsável e adaptativa do falante para que a palavra possa se converter em eficácia e ação no mundo.

Classes 5 e 3 - “A língua e a linguagem na concepção dos preceptores”

Na Antropologia da Enunciação de Flores, a distinção entre língua e linguagem é crucial: a língua é a estrutura formal (o vocabulário, a gramática, o código); a linguagem é a faculdade humana de utilizar essa estrutura para agir, interagir e produzir sentido no mundo (*homo loquens*) (Flores, 2019; Benveniste, 2020).

Nesta categoria, as palavras mais significativas presentes no discurso do preceptor foram: linguagem, importante, ambiente, assunto, tudo, modo e entender, como podemos observar no discurso de P7.

A linguagem é tudo, a linguagem é importante para entender e ser entendido, a linguagem pode ser modificada em um ambiente em que você trabalha por ter pessoas mais entendidas sobre aquele assunto (P7).

O discurso de P7, intuitivamente, toca no cerne da discussão epistemológica proposta por Flores, a relação entre linguagem e língua. Para Flores (2019, p. 47), alinhado à tradição benvenistiana, a linguagem é uma propriedade humana (o universal), a faculdade universal e inseparável do ser humano (Benveniste, 2020). É o que nos define. No discurso do preceptor, essa visão é espelhada na valorização absoluta do termo:

A linguagem é tudo, a linguagem é importante para entender e ser entendido (P7).

Aqui, o preceptor eleva a linguagem a uma condição existencial e cognitiva. A linguagem não é apenas uma ferramenta, mas o meio indispensável pelo qual o ser humano (o residente) se constitui no mundo e estabelece o sentido de suas ações (como já vimos na categoria anterior) e de suas relações.

Essa primeira parte foca na função universal da linguagem: mediar a relação do homem com o mundo e com o outro. Flores (2019) argumenta que a linguagem se realiza nas línguas. As línguas são as manifestações sociais, históricas e, crucialmente, variáveis dessa faculdade universal. É o código específico, o sistema de signos (o português, o "dialeto" técnico da medicina, etc.).

O preceptor, na segunda parte do discurso, introduz a variabilidade e a especificidade do contexto, o que na teoria de Flores corresponde à língua em uso/discurso:

[...] a linguagem pode ser modificada em um ambiente em que você trabalha por ser pessoas mais entendido sobre aquele assunto (P7).

A "linguagem" (que aqui deve ser lida como língua/discurso específico) não é estática. Ela é modificada para atender às exigências de um "ambiente" com "pessoas mais entendidas". Essa modificação reflete a contingência das línguas. O ambiente de trabalho (o hospital, a sala cirúrgica) funciona como um contexto sócio-cultural que gera uma língua especializada (a linguagem técnica) — um sistema particular que se contrapõe à generalidade da linguagem.

A linguagem (o "tudo") se particulariza e se especializa na língua (o jargão técnico). A dinâmica entre linguagem e língua (enunciação), corresponde a virada central na perspectiva de Flores (2019) — o que a diferencia de abordagens estruturalistas puras — é que a linguística deve ser uma antropologia da enunciação, ou seja, o foco deve estar no sujeito (o preceptor/falante) que coloca a língua em ação (o discurso) para realizar a linguagem (a capacidade de significar) (Flores, 2019, p. 318).

A fala do preceptor sintetiza essa dinâmica: a) reconhecimento da totalidade (linguagem): a linguagem é o alicerce (o universal); b) constatação da variação (língua/discurso): a forma de expressão (a língua) é flexível e contextual, necessitando de "modificação".

O preceptor, portanto, não apenas utiliza a língua (os termos técnicos), mas reflete sobre o seu uso, mostrando que a eficácia comunicativa ("entender e ser entendido") é a realização máxima da linguagem e que para atingir essa eficácia, ele precisa operar sobre a língua, adaptando-a ao domínio de conhecimento e ao contexto social (o ambiente de trabalho). Essa adaptação consciente da língua em um ambiente especializado (com jargões) é a prova de que o falante está sempre agindo como um agente que singulariza a linguagem universal através de um sistema particular, como propõe Flores (2019).

Classe 1 - “O comentário metalinguístico e a construção do ser médico”

As palavras mais significativas para esta categoria presentes no discurso dos preceptores foram: médico, paciente, oportunidade, atender, bem, pessoas, ajuda, virtude, bom, colocar, prática, propósito, transformar e vida. Para esta categoria, foram selecionamos os discursos dos preceptores P3 e P8, baseada na noção de comentário de

Flores, na perspectiva da antropologia da enunciação, onde o falante se torna o etnógrafo da própria língua (Flores, 2015), ao refletir sobre sua experiência:

Ser médico é ter uma oportunidade diária de atender pessoas que estão precisando de ajuda e também de fazer o bem, eu, ao longo dos anos, sempre fui **bastante paciente**, eu acho que **paciência** é uma grande **virtude do bom médico** (P3, grifo nosso).

Ser médico para mim significa eu colocar em prática o meu propósito, eu amo cuidar, é **sinônimo de cuidado** para mim de transformar a vida de alguém de forma positiva (P8, grifo nosso).

Nos discursos de P3 e P8, o que está em jogo é a construção da identidade médica por meio de comentários metalinguísticos (ou seja, reflexões sobre a própria linguagem e o sentido das palavras), que é o objeto privilegiado de Flores.

Flores (2015), argumenta que o comentário metalinguístico é a categoria que dá acesso à sua perspectiva antropológico-enunciativa. O falante, ao fazer um comentário sobre a língua, atribui sentido à materialidade significativa e deixa transparecer um saber sobre os efeitos da presença da língua nele.

Nos discursos de P3 e P8, o ato de definir "Ser médico é..." ou "Ser médico para mim significa..." é, em si, um comentário metalinguístico sobre a identidade profissional. P3 evidencia a identidade como virtude ética e histórica, no seu discurso:

Ser médico é ter uma oportunidade diária de atender pessoas que estão precisando de ajuda e também de fazer o bem, eu, ao longo dos anos, sempre fui **bastante paciente**, eu acho que **paciência** é uma grande **virtude do bom médico** (P3, grifo nosso).

Falante como etnógrafo da própria língua (Flores, 2015) (a autoavaliação), P3 faz um comentário sobre a experiência temporal da sua profissão, "ao longo dos anos, sempre fui bastante paciente". O preceptor se auto identifica e se autodescreve pelo uso do pronome de primeira pessoa (eu), estabelecendo uma relação direta entre o *ser* e o *agir*.

Estabelece a instância do discurso. O ponto crucial sob a ótica de Flores é a reflexão "eu acho que paciência é uma grande virtude do bom médico." Aqui, P3 não está apenas dizendo que *ele* é paciente; ele está *comentando o valor* de um termo na cultura médica. Ele está estabelecendo uma norma ética para a categoria: eleva a *paciência* à condição de "virtude do bom médico". O preceptor (P3) utiliza o comentário metalinguístico para integrar sua biografia individual ("eu ao longo dos anos...") a um princípio ético universal da profissão ("virtude do bom médico"). O seu discurso é um

testemunho do que é o bom profissional, ancorando sua identidade em um conjunto de valores morais.

No discurso de P8 é evidenciada a identidade como propósito subjetivo e transformador, "Ser médico para mim significa eu colocar em prática o meu propósito, eu amo cuidar, é sinônimo de cuidado para mim de transformar a vida de alguém de forma positiva" (P8). Como o falante etnógrafo (a definição subjetiva), P8 constrói o sentido da identidade através de termos altamente subjetivos e afetivos ("meu propósito," "eu amo cuidar"). O comentário metalinguístico aqui ("é sinônimo de cuidado para mim") estabelece uma equivalência semântica íntima e particular para a palavra *médico*.

A apropriação do sentido, o que Flores destacaria é que P8 está se apropriando da palavra *médico* e a preenchendo com seu sentido individual (propósito, amor, cuidado), em um ato de enunciação pura que o constitui como sujeito. O *cuidado* não é apenas uma prática, mas um *sinônimo* de sua existência profissional.

O discurso de P8 é um contorno de sentido (Flores, 2015), que demarca a dimensão intersubjetiva e transformadora da medicina. A identidade de P8 é construída como um ato de transformação do outro ("transformar a vida de alguém"), confirmando a ideia benvenistiana de que é na relação eu-tu (o médico e o paciente) que o sujeito se constitui pela linguagem (Benveniste, 2020).

Em suma, em ambos os casos, os preceptores estão falando do ser médico, utilizam o discurso para singularizar a identidade profissional. O *ser médico* é revelado não por um diagnóstico ou técnica, mas por valores éticos (P3) e afetivos/pessoais (P8).

O ato de definir, de usar termos como "*virtude*" ou "*sinônimo*", são os comentários metalinguísticos que atestam a presença do falante na língua e tornam o seu discurso um objeto de estudo antropológico. Eles agem como etnógrafos que registram a cultura de sua prática através da reflexão sobre suas próprias palavras. Essa análise demonstra como, na perspectiva de Flores (2015), o discurso sobre a profissão não é uma simples descrição, mas o ato constitutivo da identidade do sujeito falante no mundo. A ligação entre a construção da identidade no discurso e o papel do preceptor no ensino, à luz da Antropologia da Enunciação de Flores (2015; 2019), é onde a teoria se torna prática pedagógica.

O ponto chave da perspectiva de Flores é a ideia de que o "falante é etnógrafo da própria língua" (Flores, 2015; 2019). Isso significa que, ao falar, os preceptores P3 e P8 estão simultaneamente: enunciando sua identidade (o ato de falar); tematizando essa

identidade (o que eles dizem sobre ser médico) e transcrevendo um saber cultural (a etnografia).

Classe 4 - “Sugestões de melhoria da comunicação pelos preceptores no contexto hospitalar, sob a ótica da antropologia da enunciação de Flores”

Nessa classe, as palavras mais significativas foram: acompanhar, discutir, definir, valorizado, plantonista, preceptoria, reunião e residência, conforme evidenciadas nos discursos dos preceptores selecionados para essa categoria.

A análise dos discursos de P5 e P6, sob a ótica da antropologia da enunciação de Flores, revela como a estratégia de melhoria da comunicação é, antes de tudo, uma estratégia de construção de identidade profissional e legitimação de papéis no ambiente de preceptoria. Vejamos:

Eu acho que o plantonista tem que se sentir valorizado pela equipe de preceptoria, pela residência, pela atividade em si. A estratégia seria trazer o plantonista para essa atividade, para uma reunião clínica, para uma visita na beira do leito e até para uma reunião de confraternização da equipe de residência médica e de preceptoria (P5).

Eu acredito que durante a visita do preceptor na UTI, que acontece diariamente, a equipe da UTI devia acompanhar essa visita, discutir em conjunto com o preceptor e definir as condutas para o caso do paciente (P6).

A enunciação foca nos efeitos da presença da língua no homem (o *homo loquens*) e como o falante se constitui ao falar (Flores, 2019). Os discursos de P5 e P6 não apenas propõem ações; eles enunciam um problema (a falha na comunicação) e projetam uma solução que reorganiza as relações e os papéis dos sujeitos (plantonista, preceptor, equipe). Para Jakobson (2010), a comunicação é um processo linguístico que envolve troca de mensagem entre interlocutores (emissor e receptor), que estão em contato com um código comum e em um contexto específico (Flores, 2021).

O discurso de P5 foca na reintegração do plantonista através do reconhecimento e da inclusão social e profissional. O uso do "Eu acho" é um forte marcador de subjetividade. Para Benveniste (2020), a subjetividade é a capacidade do locutor para se propor como sujeito. Embora pareça atenuar a fala, na verdade, ele responsabiliza o sujeito (P5) pela proposta. P5 não apresenta a ideia como uma regra institucional, mas como uma opinião pessoal e engajada. A autoridade não vem da norma, mas do posicionamento do falante.

Na expressão “*ter que se sentir valorizado*” o verbo modal “*ter que*”, indica obrigação (dever ser), mas o objeto dessa obrigação não é uma ação técnica, e sim um estado emocional/social (“se sentir valorizado”). Isso revela que P5 entende a comunicação falha como um déficit afetivo e de pertencimento do plantonista.

Analisando a materialidade significativa, o efeito dos substantivos, a lista de estratégias de P5 é uma série de lugares de enunciação que o plantonista deve ocupar: reunião clínica, lugar da autoridade do saber e do discurso técnico; visita na beira do leito, lugar da autoridade da prática e da ação concreta e reunião de confraternização, lugar da autoridade social e da identidade de grupo.

Considerando o efeito antropológico, a estratégia de P5 é um projeto de redefinição da identidade do plantonista. Para P5, a melhoria da comunicação se dá pela inserção do outro em todos os espaços onde a equipe enuncia seu saber e sua coesão, combatendo o que Flores (2004) chamaria de “ensurdecimento” do plantonista em relação à voz do grupo. Como o falante entende a comunicação? Será que vai além do comunicar e significa o ser percebido pela equipe? Ele se faz efeito na comunicação.

Para P6 a estratégia da presença e da definição de condutas, enunciação da cooperação, o discurso de P6 foca no ambiente da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e na integração prática durante o ato médico. Analisando a dêixis e a atividade enunciativa, “durante a visita do preceptor na UTI, que acontece diariamente”, P6 ancora a estratégia em um evento concreto e recorrente (“diariamente”). O tempo e o lugar (a dêixis) são cruciais. A enunciação aqui não é a da proposta ideal, mas a do ajuste da rotina. A autoridade de P6 se constrói a partir do reconhecimento da prática existente. Na expressão “devia acompanhar”, o modalizador “devia” expressa um desejo ou uma sugestão forte, mas não uma ordem, mantendo a fala no campo da proposta pedagógica, e não da imposição administrativa.

Ao analisar o processo enunciativo, P6 define a comunicação ideal através de um processo de três etapas, todas na forma de verbos que exigem interação: *Acompanhar*, exige presença física e escuta ativa (o abrigo da voz do preceptor na escuta do outro). *Discutir* em conjunto, exige troca dialógica e inter-subjetividade (o reconhecimento mútuo). *Definir* as condutas exige consenso e ação conjunta (o resultado prático da comunicação). Considerando o efeito antropológico, P6 propõe transformar a visita de um evento unilateral (o preceptor fala) em um evento plurilateral onde a identidade da equipe é enunciada na ação. A melhoria da comunicação significa a partilha da

responsabilidade na definição da conduta, legitimando a voz de todos no momento da tomada de decisão.

Ambos os preceptores, P5 e P6, tratam a melhoria da comunicação como um problema de identidade do falante e de legitimidade do seu discurso, e não meramente um problema de transmissão de informação. A perspectiva enunciativa mostra que a estratégia de melhoria da comunicação é, fundamentalmente, a criação de novos espaços de enunciação que permitem ao plantonista sentir-se sujeito (P5), ter seu valor e presença reconhecidos pela equipe e agir como falante legítimo (P6), ter sua voz incluída na discussão e definição das condutas. A voz do plantonista, que antes estava isolada ou silenciada, é trazida para o centro do processo, onde deve ser ouvida e reconhecida para que o ciclo pedagógico da preceptoria se complete.

4.2 Análise e discussões do *corpus* dos Residentes Médicos

Após a análise das entrevistas dos residentes médicos, com o auxílio do *software IRAMUTEQ*, com nível de retenção de 84,44%, emergiram-se seis classes, como observa-se no Quadro 3.

Quadro 3 – Dendrograma de análise das entrevistas. Residentes médicos. Autoria própria – Petrolina, PE, Brasil, 2025.

Classe 3 (19%)	Classe 4 (12,6%)	Classe 1 (14,2%)	Classe 2 (19,5%)	Classe 6 (19,5%)	Classe 5 (15,3%)
Vocabulário	Próprio	importante	Aprender	Maneira	visita na UTI
Respeito	Essencial	Comunicar	Tudo	Diferença	Informação
Relação	Mesmo	Começar	Colocar	Expressar	médico plantonista
Tornar informal	Adiantar	Fluir	Tranquilidade	Acreditar	Operar
Acessível	Tom	Mostrar	Coisa	Acima	Passar
Tender	Voz	Acompanhante	Portar	Profissional	Discussão
Familiar	Discurso	Linguagem	totalmente	Residente	Difícil
Descontraído	Conhecimento	Também	Afetar	Responsabilidade	Sobregarreago
médico-paciente	Diferente	Porque	Forma	Ponto	Acontecer
	Nada	Bem	Cirurgia	médicos plantonistas	Junto
Anseio	Superior	Conseguir	Médico	Visita	Comunicação
Adaptar	Evitar	Acontecer	Gente	Achar	unidade de terapia intensiva
Precisar	Professor	Acabar	Dúvida	Efetiva	Ficar
Tratamento	Entendimento	Realmente	Estudante	Antes	Dever
Depender	Principalmente	Questionar	perguntar	Profissão	Muito
Mudar	Conduta	Errado	Família	Grande	Equipe
Colega	Chefe	Interesse	Pensar	Preceptor	Hospital
Claro	Adequado	Inicial	Vergonha	Aqui	Hora
técnico	Família	Benéfico	Repetir	Residência	dificuldade
Querer	Equipe	Apresentação	Sentar	Reunião	Exemplo
Entender	Depois	Absorver	Cuidar	Plantão	Achar
Mudo	Assistência	Compreender	Abraçar	Pessoa	Já
Palavra	Tomar	Tudo	Postura	Médico	Visita
Próximo	Confiança	Melhor	Fazer	Sim	Procurar
Preceptor	Falar	Comunicação	Escutar	Tratar	Perder
Prestar	Querer	Coisa	Doar	Questão	Rápido
Simples	Cuidado	Perguntar	Entender	Responder	setor
Proposta	Palavra	Medicina	questionar	Alto	Serviço

Sentir	Então	Afetar	Importância	Vida	Também
Falar	Situação	Apresentar	cirurgia geral	Orientação	Discutir
Estudante	Modificar	Chegar	Mudo	Consequentemente	Maior
Fácil	Sair	Conversar	Sempre	Ensinar	enfermagem
Contato	Possível	Importância	Diferente	Abrir mão	Chegar
Ajudar	Coisa	Agora	Tratar	Puxada	Grande
Depois	Mundo	Passar	Deixar	Comunicação	Melhorar
Calma	interesse	Explicar	Porque	Ajudar	Vez
Deixar	Final	Ali	Nada	Área	Melhorar
Professor	Máximo	Caso	Bastante	Demais	Vez
Conversa	Meio	Dar	Sim	Técnica	Melhor
Preceptoria	Grau	Aí	preceptoria	Lado	Paciente
Melhorar	Escolaridade	Vergonha	Questão	Hierarquia	Dia
Superior	Entendido	Sangue	realmente	Cirúrgico	Bom
Evitar	Abraçar	Final	Ainda	Implica	Caso
Paciente	Postura	caso clínico	Menos	Saúde Física	Deficitário
Sempre	autoridade	Visita	Setor	residente	caso clínico
Explicar	Existir	Terminar	Só	mudar	Terminar
Sair	Postar	Responder	Conduta	recuperar	Assistência
Possível	Simplex	Procedimento	Linguagem	Se doar	Passado
Quando	Proposta	Pergunta	Profissão	adoecimento	interpretação
	Vontade	Passado	caso clínico	Saúde mental	Horário
	Respeitar	Máximo	Indicação	Próprio	Sentar
	Pessoal	Meio	Ficar	Interesse	Escutar
	Empatia	Interpretação	Tudo	Esforço	Momento
	Alto	Horário	Resiliência	Colocar	Específico
	Vida	Grau	Explicar	SóIntellectual	entendimento
	Prescrição	Experiência	Modificar	Conduta	Respeitar
	Perder	Esclarecido	ainda	Linguagem	Pessoal
	Orientação	Entendido	Setor	Empatia	Internar
	Internar	Buscar	Já	Intensamente	Melhorar
		Nítida	Mais		consequentemente
		Diferença	Vocabulário		Residente

Fonte: Dados da pesquisa, Petrolina- PE, Brasil, 2025.

Do mesmo modo, considerando o Quadro 3, com o auxílio do *software IRAMUTEQ*, foi possível a classificação simples sobre segmento de texto, por meio da Classificação Hierárquica Descendente (Camargo e Justo, 2013), a categorização em classes das palavras mais significativas e definidas pela aplicação de testes *qui-quadrado* e nomeadas sob a lente do conceito noção de Comentário, concebido pelo Contorno de Sentido, produto da função metalinguística natural da língua pautada na Antropológica da Enunciação de Flores (2015; 2019),

As classes foram nomeadas da esquerda para direita conforme preconizado pelo dendrograma para análise e discussão das mesmas. Informa-se que houve a necessidade de agrupamento das classes 3 e 4, 1 e 2 pela aproximação dos núcleos de sentido, sendo nomeadas da seguinte forma: as classes 3 e 4 foram nomeadas de “Sentido na Linguagem: A Construção do Respeito e da Hierarquia”, as classes 1 e 2 foram nomeadas de “O que é língua e linguagem na concepção dos residentes”, a classe 6 nomeada de “O comentário metalinguístico e a construção do ser médico residente” e por fim, a classe 5 nomeada de

“Possibilidades e sugestões de melhoria da comunicação no contexto hospitalar”, que discutiremos a seguir:

Classes 3 e 4 nomeadas de “Sentido na Linguagem: A Construção do Respeito e da Hierarquia”

Nessas classes, os discursos remontam como ocorre o relacionamento entre o residente e o preceptor durante o exercício da preceptoria. Nessa categoria as palavras mais significativas explícitas nos discursos dos residentes foram: mudar um pouco o vocabulário, demonstrar uma relação de hierarquia, tem que demonstrar respeito, mais formalmente possível, acima do que eu sou estudante, para mim, é um respeito, é uma autoridade, tem algo para me ensinar, devo respeito, professor ou chefe.

Classes 3 e 4 - “Sentido na Linguagem: A Construção do Respeito e da Hierarquia”

Para analisar como os residentes (R3, R4 e R6) constroem o sentido da hierarquia por meio de suas escolhas linguísticas, utilizaremos o referencial do Sentido na Linguagem na Antropologia da Enunciação (Flores 2015).

Para Flores (2012), o *sentido* não é uma propriedade inerente da palavra (o código), mas sim um efeito produzido pelo sujeito falante (*homo loquens*) no ato da enunciação, em relação ao outro (a intersubjetividade) e ao contexto social (a antropologia da enunciação).

Os discursos dos residentes demonstram que o sentido da comunicação no ambiente de preceptoria é fundamentalmente um sentido de subordinação respeitosa. O ato de falar se torna, para eles, um ritual de reconhecimento de autoridade. Então o ato de falar é dizer de si em relação ao outro. Dizer de si enquanto residente aprendiz, e do outro preceptor, enquanto autoridade hierárquica marcado pela assimetria de poder.

1. R3: O Sentido na Alteração do Vocabulário

Eu sempre tento mudar um pouco o vocabulário até para poder demonstrar uma relação de hierarquia, eles são os nossos chefes, nossos superiores. Então, tem que demonstrar respeito (R3).

Para R3, o sentido da hierarquia é fabricado pela materialidade significativa (a forma material da fala, como a voz, o léxico) (Flores, 2015). O "vocabulário" não é mudado para ser mais claro, mas para ser mais hierárquico. A escolha lexical (por

exemplo, usando termos técnicos ou formas de tratamento mais formais) é o instrumento que R3 utiliza para produzir o sentido do respeito. Então o que seria (usar) a língua, a escolha lexical? Pensar sobre a língua para falar? Então ele reflete sobre a língua ou linguagem utilizada quando está na posição de residente diante do interlocutor? O sentido na obrigação enunciativa, o "tem que demonstrar respeito" é o ponto de partida do sentido. Esse modalizador expressa que o sentido do respeito é obrigatório e não opcional. O Sentido na Linguagem, neste caso, está ancorado na norma institucional que exige do falante a manifestação pública da subordinação. O residente assume que sua fala deve carregar esse sentido para ser considerada correta no ambiente profissional. O Sentido para nomeação da autoridade é reforçado pelos termos "chefes" e "superiores". Essas palavras-chave fixam o sentido da hierarquia e definem a posição do outro (o preceptor) na relação enunciativa.

2. R4: O Sentido na Escala e no Posicionamento Subjetivo

Eu tento passar de maneira mais formalmente possível porque me vejo como uma pessoa acima do que eu sou estudante, o preceptor para mim é uma pessoa acima, é uma questão de escala. Então, é um respeito que eu tenho pela preceptoria (R4).

Os dois residentes (R3 e R4), pensam da mesma forma: posição hierárquica com a linguagem. Será que isso se deve à formação? Ao tratamento dado pelo superior? A linguagem do outro mudando a forma de ser?

Para R4, o Sentido da hierarquia está ancorado na sua própria condição de sujeito no ato da fala através dos dêiticos "eu sou estudante" e "para mim". A oposição é clara: o *Eu-estudante* está abaixo do *Tu-preceptor*. O Sentido na Linguagem é, portanto, a realização da diferença de *status* na interação. A expressão "questão de escala" atua como um contorno de sentido (Flores, 2015) que delimita a interpretação. O residente (R4), não está apenas descrevendo um fato; ele está explicando a fonte do sentido. O respeito é o sentido gerado pela percepção da distância hierárquica. A formalidade na comunicação é o ato que mantém essa distância, garantindo que o sentido da "escala" seja preservado.

3. R6: O Sentido na Função Pedagógica e na Vocação

Com o preceptor eu falo com respeito, sei que ele é uma autoridade, que é uma pessoa que tem algo para me ensinar, a quem eu devo respeito. Eu chamo todos de professor ou chefe (R6).

Para R6, o sentido do respeito está ligado à função pedagógica "tem algo para me ensinar". A autoridade do preceptor não é apenas administrativa ou clínica, é uma autoridade de saber. O Sentido na Linguagem estabelece, assim, uma ética da formação, o respeito é a contraparte enunciativa da aprendizagem. A fala respeitosa é o reconhecimento de que o preceptor possui um saber profissional que deve ser transmitido e incorporado, configurando sentido na legitimidade do saber.

A escolha do vocativo "professor ou chefe", representa o sentido na forma de tratamento, é a materialização do sentido na intersubjetividade. Ao usar essas formas, R6 está chamando o outro para a sua função e confirmando o sentido do respeito no próprio ato de nomeá-lo. O Sentido da fala é, portanto, a celebração do vínculo mestre-aprendiz dentro de um quadro institucional formal.

Na perspectiva do Sentido na Linguagem de Flores (2012), os discursos dos residentes evidenciam que, na preceptoria, a comunicação é profundamente antropológica: A identidade do residente (o "eu sou estudante") é definida em oposição ao preceptor. O sentido do que é dito não é neutro; ele é permeado pela hierarquia e materializado em escolhas lexicais e formas de tratamento. O ato de falar com respeito é o rito de passagem linguístico que assegura ao residente seu lugar na "escala" profissional, demonstrando que ele reconhece o valor e a autoridade do saber do preceptor.

Para esses residentes, a linguagem é, acima de tudo, um sistema de validação social que produz e reafirma o sentido da hierarquia no processo de formação médica.

Classes 1 e 2 - "O que é língua e linguagem na concepção dos residentes"

Nessas classes, as palavras mais significativas evidenciadas nos discursos dos residentes foram: comunicação, efetiva, afetar, acompanhamento, paciente, família muda tudo, vocabulário, tornar, explicação, caso clínico, acessível, simples, fazer, gente, relação, aceitar, indicação, cirúrgica, quando, explicado, tranquilidade, linguagem, nítida e diferença.

Para analisarmos essa categoria, foram selecionados os discursos de três residentes (R2, R3 e R5). O foco agora se desloca da relação vertical (residente-preceptor) para a relação horizontal (médico-paciente/família), revelando a concepção pragmática e interacional que os residentes têm da língua e linguagem.

Os discursos dos residentes mostram uma concepção de linguagem como ação e resultado, e de língua como ferramenta de adequação. A concepção de língua e linguagem dos residentes:

1. R2: A Linguagem como Ação Efetiva e Causa de Resultado

A comunicação tem que ser efetiva porque senão pode afetar depois o acompanhamento a longo prazo do paciente (R2).

Para R2, a linguagem não é apenas um meio de expressão, mas sim uma ação teleológica (orientada a um fim) e de natureza pragmática. A comunicação é vista como um agente causal que determina resultados concretos na saúde do paciente que pode "afetar o acompanhamento a longo prazo".

O efeito do "tem que ser efetiva", o modalizador de obrigação "tem que" impõe um requisito de performance à comunicação. A linguagem, portanto, é avaliada por sua eficácia e seu impacto prático na vida do paciente (adesão ao tratamento, confiança, etc.). Essa é uma concepção de linguagem como trabalho ou tecnologia para o cuidado. Então, o conceito de linguagem não é comunicação, mas é efeito da relação com o paciente. O sentido da fala, para R2, está na prevenção de consequências negativas. A linguagem correta é aquela que produz a adesão e garante a continuidade do cuidado, não aquela que é gramaticalmente perfeita.

2. R3: A Língua como Código Adaptável (Adequação ao Interlocutor)

Com a família do paciente muda tudo isso, o vocabulário eu tento tornar a explicação do caso clínico do paciente mais acessível e simples de ser entendido, uma conversa mais lenta, mais calma, mais demorada (R3).

Eu **sempre tento mudar** um pouco o vocabulário até para poder demonstrar uma **relação de hierarquia**, eles **são os nossos chefes, nossos superiores**. Então, tem que demonstrar respeito (R3, grifo nosso).

A concepção de língua para R3, demonstra uma clara distinção entre a língua técnica (usada com o preceptor) e a língua popular/cotidiana. A língua é percebida como um código com diferentes registros (vocabulário) que deve ser ativamente ajustado (simplificado, acessível) de acordo com o interlocutor (a família). Mas também é ajustado como na relação com o preceptor, evidenciado no segundo trecho de fala de R3, já mencionado anteriormente. *“Então o que seria (usar) a língua, a escolha lexical? Pensar*

sobre a língua para falar? ” Ele reflete sobre a língua ou linguagem utilizada quando está na posição de residente diante do interlocutor.

Enquanto que a concepção de linguagem (a voz e a enunciação), não é apenas o vocabulário que muda, mas toda a materialidade significativa da enunciação (Flores, 2019): a voz ("lenta, calma") e o tempo ("mais demorada"). R3 entende a linguagem como o gesto de acolhida. A lenteza e a calma da fala são, no nível da enunciação, atos de empatia e humanização, que visam produzir o sentido da compreensão no outro.

A linguagem, neste contexto, como efeito antropológico (Flores, 2015; 2019), é o veículo para a inclusão do paciente/família no processo de decisão. O residente médico se torna um tradutor que ajusta o código técnico para o código social, reconhecendo a necessidade de diálogo para o cuidado.

3. R5: A Linguagem como Motivação e Êxito Pessoal

Sou uma pessoa que nunca estou satisfeito com a situação, sempre eu quero mais, aprender mais, fazer mais pelo paciente (R5).

A concepção de linguagem no discurso de R5 é menos sobre a técnica da comunicação e mais sobre o impulso subjetivo que a motiva. A linguagem aqui é o enunciado da insatisfação produtiva e da vocação. O enunciado "eu quero mais" (modalidade volitiva, de desejo), o sentido na subjetividade, revela que a excelência comunicacional (e clínica) é um reflexo de uma postura ética do falante. A linguagem, nesse sentido, é o projeto do ser que se enuncia como dedicado e comprometido. Para R5, a boa comunicação será uma consequência natural de sua motivação intrínseca de "fazer mais pelo paciente".

4. R6: A Linguagem como Mecanismo de Impacto (Adaptação e Aceitação)

A gente vê a relação do paciente em aceitar uma indicação cirúrgica quando não é bem explicado e vê o outro lado da moeda também, quando a pessoa tem mais tranquilidade, quando é uma pessoa que usa uma linguagem que se adequa, é nítida a diferença (R6).

No discurso de R6, a concepção de linguagem sintetiza o pensamento pragmático. A linguagem é o instrumento de persuasão e convencimento (no melhor sentido clínico). A aceitação da cirurgia é a prova máxima da efetividade da linguagem.

A linguagem que "se adequa" é a chave. Isso reforça a ideia (vista em R3) de que a linguagem é um mecanismo de ajuste interacional. A adequação é o que produz a tranquilidade do paciente (um estado emocional-cognitivo que facilita a decisão). A diferença é "nítida" porque o resultado (a ação do paciente) é visível.

O residente observa a relação causa-e-efeito, o efeito de espelho, entre a qualidade da comunicação e a reação do paciente. Essa observação é o que Flores (2015; 2019) chamaria de "o falante como etnógrafo da própria língua", pois o residente está analisando empiricamente o efeito da sua fala no seu interlocutor. Esse "efeito espelho" é o reflexo também da interação dos protagonistas residente e preceptor. A forma como o preceptor se comunica seja com o residente, seja com o paciente/família ou com a equipe, reflete no fazer do residente aprendiz.

Em suma, os discursos dos residentes revelam uma concepção de língua/linguagem que se afasta da visão puramente estrutural e se alinha à antropologia da enunciação. Os residentes entendem que o sucesso profissional no cuidado ao paciente depende de sua capacidade de transformar a língua (código técnico) em uma linguagem (prática enunciativa) que atue diretamente no psiquismo e na decisão do paciente/família, garantindo a efetividade do tratamento.

Classe 6 - "O comentário metalinguístico e a construção do "ser médico" residente".

Nessa classe, as palavras mais significativas presentes nos discursos dos residentes foram: puxada, implica, abrir mão, própria, saúde física e mental, conflitos, adoecendo, residente, mudou, médico, fazer tudo, paciente, abdicar, vida, interesse, viver, intensamente, adoecimento, esforçar, , se doar, ter empatia, colocar e capacidade intelectual.

Para analisarmos essa categoria, selecionamos os discursos de três residentes (R1, R3 e R5). Para isso, partimos do conceito de "O comentário metalinguístico e a construção do 'ser' profissional" (Flores, 2024), é o ponto de convergência para analisar como os residentes estão utilizando a linguagem para refletir sobre sua identidade e legitimar seu sofrimento e sua vocação na residência médica.

Para Flores, o comentário metalinguístico é a capacidade que a língua tem de refletir sobre si mesma (Barboza, Hoff & Silva, 2023). No contexto da antropologia da enunciação, ele se manifesta quando o falante se afasta de seu discurso para explicar, qualificar ou justificar o que está dizendo ou quem ele é (Barboza, Hoff & Silva,

2023). Nesses discursos, o residente não está falando sobre medicina, mas sobre o ser que exerce a medicina. Vejamos a análise metalinguística na construção do *Ser Médico Residente*. Os três discursos são essencialmente comentários metalinguísticos sobre a própria identidade profissional (o "ser médico"). Eles usam o discurso para definir o valor ético e o sacrifício implicado no título.

1. R1: O Comentário Metalinguístico da Crise (O *Ser Resiliente* em Construção)

A residência é **muito puxada**, ela implica **abrir mão de muitas coisas da própria saúde física e mental**. Isso também vai gerando **pequenos conflitos dentro de você mesmo**, que às vezes não dá para segurar e às vezes **acaba adoecendo**. Então, esse residente **mudou muitas vezes**" (R1, grifo nosso).

Para R1, o comentário sobre o "estado do ser" inicia com uma qualificação da residência ("muito puxada"), mas rapidamente transforma isso em um comentário sobre seu próprio corpo e psiquismo ("abrir mão da própria saúde física e mental"). A reflexão se torna metalinguística no momento em que ele usa a linguagem para nomear e analisar seu sofrimento ("pequenos conflitos", "acaba adoecendo").

O ápice metalinguístico é a frase: "Então, esse residente mudou muitas vezes", configurando a construção do Ser como em mutação. Aqui, o falante (o *Eu* que enuncia) se refere a si mesmo na terceira pessoa ("esse residente"), distanciando-se para fazer uma afirmação de identidade. Ele está, linguisticamente, categorizando sua experiência como um processo de transformação dolorosa e contínua. O "ser médico residente" é, para R1, um ser instável, marcado pela crise e pela adaptação forçada. O comentário metalinguístico (Flores, 2024) é o ato de registrar e validar essa mudança.

2. R3: O Comentário Metalinguístico do Sacrifício (O *Ser Doador* e Absoluto)

Ser médico é **fazer tudo pelo paciente, abdicar em muitas coisas da sua vida**, do próprio interesse pessoal para **viver intensamente a luta do paciente** no seu adoecimento e se esforçar o máximo possível para que ele possa se recuperar (R3, grifo nosso).

O residente (R3), utiliza o que é conhecido como proposição de identidade metalinguística para definir o seu *ser*, ou seja, o comentário definitório. O "Ser médico é..." não é uma descrição, mas uma prescrição ética e um auto-engajamento enunciativo.

O comentário metalinguístico de R3, configura-se na construção do Ser como ética da abdicação, se concentra em verbos de sacrifício e ação extrema: "fazer tudo", "abdicar em muitas coisas", "viver intensamente a luta". A linguagem é usada para estabelecer um padrão moral absoluto para a profissão. A construção do "ser médico" passa pela anulação parcial do sujeito em função do outro. O residente está, linguisticamente, sacralizando sua identidade através da linguagem do altruísmo radical. O sentido do ser médico é, assim, construído sobre a dívida de doação.

3. R5: O Comentário Metalinguístico da Capacidade (O *Ser Empático e Intelectual*)

Ser médico é **cuidar, se doar, ter empatia**, tentar se **colocar no lugar do outro**, e tentar usar de **toda a sua capacidade intelectual** para cuidar de alguém (R5, grifo nosso).

No discurso de R5, o comentário multifacetado é evidenciado, ele também usa a fórmula definidora, mas a expande para incluir a dimensão afetiva e a dimensão cognitiva. O comentário metalinguístico de R5, configura a construção do Ser como síntese, equilibra os polos: dimensão afetiva/moral: "cuidar, se doar, ter empatia, se colocar no lugar do outro," (ecos do sacrifício de R3, mas focado na intersubjetividade); dimensão racional/técnica: "usar de toda a sua capacidade intelectual."

O uso do quantificador "toda" ("toda a sua capacidade intelectual"), corresponde ao efeito metalinguístico da totalidade, é um reforço metalinguístico que qualifica a intensidade do esforço. O residente está afirmando que o "ser médico" é o ponto de união entre a doação moral e o máximo rigor técnico e intelectual. A linguagem, ao fazer essa síntese, constrói uma identidade profissional que é simultaneamente humana e científica, legitimando a necessidade de ambas.

Para sintetizar essa categoria, na ótica de Flores, o comentário metalinguístico nesses discursos é a prova de que os residentes estão em um processo ativo de construção e legitimação do seu *ser* na fase de residência: R1 usa o comentário metalinguístico para diagnosticar sua própria condição de sujeito em crise e em transformação; R3 o usa para estabelecer a Lei Ética da profissão, baseada na abdicação absoluta e, por fim, R5 o emprega para sintetizar as virtudes, elevando tanto a empatia quanto a capacidade intelectual à condição de requisitos fundadores do ser médico.

A linguagem, ao permitir que os residentes falem sobre quem eles são em relação à sua profissão, torna-se o espaço onde a identidade é negociada, sofrida e, finalmente, afirmada.

Classe 5 - “Possibilidades e sugestões de melhoria da comunicação no contexto hospitalar”

Nessa classe, as palavras mais significativas explicitadas nos discursos dos residentes foram: residente, sobrecarregado, comunicação, deficitária, rápida, assistência e paciente.

Por fim, a última categoria aborda a prática enunciativa em seu contexto material e institucional, transformando a discussão de Flores em uma ferramenta para a crítica social e a proposição de mudanças. Analisaremos esta categoria a partir do conceito de "materialidade significante" e "condições de produção do enunciado" na antropologia da enunciação de Flores (2015; 2019), considerando os discursos dos residentes (R2, R3 e R5).

Flores (2019), enfatiza que o sentido (o que se diz) e a linguagem (como se diz) são inseparáveis das suas condições de produção — o contexto social, institucional e material em que a enunciação ocorre. Nesses discursos, os residentes identificam a sobrecarga de trabalho como o fator material que impede a linguagem de ser efetiva. O problema da comunicação não é de código (falta de vocabulário), mas de condição (falta de tempo e estrutura).

1. R2: A Sobrecarga como Obstáculo Material da Linguagem

Dependendo do setor que a gente está passando enquanto residente, a gente fica muito sobrecarregado, então isso atrapalha a comunicação que é muito rápida e a assistência do paciente fica deficitária (R2).

No seu discurso, R2 faz um comentário metalinguístico sobre a materialidade significante da sua própria comunicação: ela é "muito rápida". Para Flores (2015; 2019), a materialidade (a voz, o ritmo, o tempo) é parte fundamental da significação. A fala "muito rápida" significa (produz o sentido de) pressa, ansiedade ou descaso, mesmo que o sujeito queira o contrário. A causa dessa materialidade inadequada é a "sobrecarga". A sobrecarga atua como um constrangimento material que corrompe o enunciado ideal (a comunicação efetiva). O sentido da fala rápida e a consequência é a "assistência deficitária". R2 estabelece uma cadeia de causalidade: sobrecarga, comunicação rápida, assistência deficitária. Nessa perspectiva, a linguagem (a comunicação) é o elo fraco da

cadeia, pois é a primeira a ser afetada pela pressão institucional, e isso leva à falha no resultado prático (o cuidado ao paciente).

2. R3: A Sobrecarga como Falta de "Tempo Hábil" para a Intersubjetividade

Acho que o principal é essa questão de sobrecarga que acaba prejudicando para que haja tempo hábil para poder ter essas discussões e fortalecer mais essa questão da comunicação entre as equipes (R3).

No discurso de R3, o tempo é evidenciado como condição da enunciação, ele reforça o diagnóstico de R2, mas o direciona à intersubjetividade ("comunicação entre as equipes"). O problema não é apenas a pressa, mas a ausência de "tempo hábil". O tempo (a cronologia do encontro) é uma condição *sine qua non* para que a enunciação se complete e gere o sentido de equipe. A "discussão" como ação enunciativa é a ação ideal que está sendo impedida. Discutir implica tempo, escuta, diálogo e negociação de sentidos. Sem o tempo material, a linguagem se resume a ordens ou relatórios apressados, e o sentido de "equipe" não pode ser fortalecido.

O discurso de R3 implica na crítica institucional, em que a instituição (o hospital) não provê as condições de produção necessárias para que a linguagem colaborativa ocorra. Isso é uma crítica ao sistema que valoriza a produtividade (sobrecarga) acima da qualidade da interação (discussão e comunicação).

3. R5: A Proposta Metalinguística para Otimizar a Enunciação

Pelo menos uma visita semanal que possa ter uma discussão do preceptor com o plantonista ou com o médico diarista da UTI. E nas visitas diárias, devem participar o médico diarista, o médico especialista, a equipe multiprofissional como: fisioterapeuta, fonoaudióloga e o pessoal da enfermagem (R5).

O discurso de R5 implica no comentário sobre a enunciação ideal. Ele não apenas lamenta a falta de tempo, mas faz uma proposição de reestruturação do evento enunciativo (a visita, a discussão). Essa é a forma mais direta de comentário metalinguístico prático: o residente está redefinindo as regras de quem fala, com quem fala e a frequência dessa fala. A sugestão de R5 visa estrutura e sentido, aspira criar condições materiais e formais para a enunciação plural. O sentido buscado é a totalidade do cuidado (equipe multiprofissional) e o aprofundamento do saber (discussão preceptor-plantonista).

A inclusão explícita, na construção do sentido da equipe, de "fisioterapeuta, fonoaudióloga e o pessoal da enfermagem" na visita diária é um ato de redefinição enunciativa que busca romper com a hierarquia monolítica (médico-centrada). A linguagem (o momento da discussão) se torna o espaço ritualizado onde o sentido da equipe é materialmente construído, dando voz e legitimidade aos diferentes saberes.

A discussão sobre "Possibilidades e Sugestões de Melhoria da Comunicação" na perspectiva de Flores (2015; 2019) demonstra que a linguagem na residência médica está profundamente ligada à sua antropologia institucional: A sobrecarga (uma condição material do trabalho) é o principal fator que deforma a materialidade significativa (fala rápida) e, conseqüentemente, impede o sentido de ser plenamente construído (comunicação ineficaz, assistência deficitária). As sugestões dos residentes são proposições metalinguísticas de como o evento enunciativo (a visita, a discussão) deve ser reestruturado para que a linguagem colaborativa e reflexiva possa ocorrer. O foco se desloca da capacidade individual do residente para a responsabilidade institucional em prover as condições de produção necessárias para que o "ser médico residente" possa exercer sua vocação (sacrifício e empatia) de maneira efetiva e não adoecedora.

A linguagem no hospital, portanto, é um termômetro que mede a qualidade das condições de trabalho e, ao mesmo tempo, o único caminho para reformular e humanizar o processo de cuidado.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente tese, propôs-se a analisar as dinâmicas da língua(gem) na interação entre preceptor e residente médico no ambiente hospitalar, sob uma perspectiva enunciativa antropológica. Os resultados desta investigação não apenas confirmam a pertinência da questão, mas demonstram a inseparabilidade entre o funcionamento da linguagem e a constituição das identidades profissionais e institucionais no campo da saúde. Analisou as dinâmicas da língua(gem) na interação entre preceptor e residente médicos no ambiente hospitalar, sob uma perspectiva enunciativa antropológica, sendo possível mapear as práticas enunciativas que regem a formação e a hierarquia nesse ambiente especializado.

A análise do discurso do preceptor revelou que a língua(gem) é compreendida não como um mero código de transmissão de informação, mas como um fenômeno dinâmico de ação e eficácia no mundo. Para Jakobson (2010) a linguagem não só transmite mensagens, mas também molda o modo como essas mensagens são compreendidas, influenciando a interação entre emissor e receptor. O preceptor não se limita ao uso de termos técnicos; ele reflete ativamente sobre a eficácia comunicativa (“entender e ser entendido”), um processo que exige a participação responsável e adaptativa do falante e diz de quem fala.

Nesse contexto, especialmente no ambiente hospitalar, a enunciação torna-se um dispositivo que pode humanizar ou desumanizar o cuidado. Ao mobilizar a Antropologia da Enunciação, o profissional de saúde reconhece que o sentido é instável — o que o médico entende por “adesão ao tratamento” pode ser interpretado pelo paciente como “perda de autonomia” — e que a subjetividade é central, uma vez que o “eu” (enunciador) e o “tu” (destinatário) se constituem mutuamente na interação. Quando o paciente é reduzido a designações como “leito A”, a enunciação anula o sujeito e fragiliza o cuidado. Além disso, o corpo também comunica, a linguagem hospitalar é multimodal, e o silêncio de um paciente pós-cirúrgico, por exemplo, constitui um enunciado tão significativo quanto uma queixa verbal, exigindo uma leitura antropológica sensível. Dessa forma, o cuidado se materializa por meio de uma linguagem que acolhe a narrativa do outro e reconhece sua singularidade.

Essa adaptação consciente da língua a um ambiente especializado, com seus jargões e ritos, é a prova de que o falante atua como um agente que singulariza a linguagem universal através de um sistema particular, como propõe Flores (2019). No

discurso de P8 foi evidenciada a identidade como propósito subjetivo e transformador ("transformar a vida de alguém"), confirmando a ideia benvenistiana de que é na relação eu-tu (o médico e o paciente) que o sujeito se constitui na e pela linguagem (Benveniste, 2020). P8 continua, "Ser médico para mim [...] é *sinônimo* de cuidado..." e P3 utilizou o comentário metalinguístico para integrar sua biografia individual ("eu ao longo dos anos...") a um princípio ético universal da profissão ("paciência é uma *virtude* do bom médico"). Os atos de definir, de usar termos como "virtude" (P3) ou "sinônimo" (P8), são comentários metalinguísticos que atestam a presença do falante na língua. Tais discursos, ao singularizarem a identidade profissional, estão, em ambos os casos, falando do ser médico a partir de valores éticos e afetivos/pessoais.

Na perspectiva da Antropologia da Enunciação de Flores (2015, 2019), o ato de falar sobre a profissão não é uma simples descrição, mas o ato constitutivo da identidade do sujeito falante. Os preceptores agem como etnógrafos da própria língua ao registrarem e ensinarem a cultura de sua prática através da reflexão sobre suas próprias palavras. Essa ligação entre a construção da identidade no discurso e o papel pedagógico do preceptor é onde a teoria se torna prática, constituindo o cerne da Antropologia da Enunciação no contexto da residência.

Na perspectiva do Sentido na Linguagem (Teixeira e Flores, 2012), os discursos dos residentes evidenciaram que a comunicação na preceptoria é profundamente antropológica e marcada pela hierarquia. A identidade do residente ("eu sou estudante") é, inicialmente, definida em oposição ao preceptor. O sentido do que é dito não é neutro, mas permeado pela hierarquia e materializado em escolhas lexicais e formas de tratamento. O "falar com respeito" funciona como um rito de passagem linguístico que assegura ao residente seu lugar na "escala" profissional, validando a autoridade do saber do preceptor. Ao falar de como se fala, o residente diz de si: aprendiz.

Para os residentes, a linguagem é um sistema de validação social que produz e reafirma o sentido da hierarquia no processo de formação. A capacidade do residente de transformar a língua (o código técnico) em uma linguagem (prática enunciativa eficaz) que atue no psiquismo e na decisão do paciente/família é vista como o fator de sucesso profissional no cuidado. O residente também atua como etnógrafo da própria língua (Flores 2015; 2019) ao observar a relação de causa-e-efeito, o efeito de espelho, entre a qualidade da comunicação e a reação do paciente, pois o residente analisa empiricamente o efeito da sua fala no seu interlocutor. Esse "efeito espelho" é o reflexo também da interação dos protagonistas residente e preceptor. A forma como o preceptor se comunica

seja com o residente, seja com o paciente/família ou com a equipe, reflete no fazer do residente aprendiz.

Em suma, o comentário metalinguístico (Flores, 2024), dos residentes revela um processo ativo de construção e legitimação de seu ser na fase de residência: R1 usa-o para diagnosticar sua condição de sujeito em crise e em transformação; R3, para estabelecer a Lei Ética da profissão e R5, para sintetizar as virtudes fundadoras do ser médico. A linguagem, portanto, é o espaço onde a identidade é negociada, sofrida e, finalmente, afirmada.

A discussão sobre “Possibilidades e Sugestões de Melhoria da Comunicação” demonstrou que a linguagem na residência médica está profundamente ligada à sua antropologia institucional. A sobrecarga (condição material do trabalho) é apontada como o principal fator que deforma a materialidade significativa (fala rápida) e, conseqüentemente, impede o sentido de ser plenamente construído (comunicação ineficaz). Nesse sentido, o residente se vê como um ser cumpridor de tarefas sem que haja a oportunidade de refletir sobre a sua prática nos espaços de interação social.

Os preceptores P5 e P6, por sua vez, tratam a melhoria da comunicação como um problema de identidade do falante e de legitimidade do seu discurso, e não apenas um problema de transmissão. P6, ao definir a comunicação ideal em etapas interativas (Acompanhar, Discutir, Definir), propõe transformar a visita na UTI de um evento unilateral em um evento plurilateral, onde a melhoria da comunicação significa a partilha da responsabilidade e a legitimidade da voz de todos. Nesse contexto, o falante (preceptor) se vê como participante de um problema de identidade e que este problema pode ser solucionado a partir do interesse do outro (médico plantonista) em querer participar dos espaços comunicativos propostos por P6.

A perspectiva enunciativa mostra que a estratégia de melhoria é, fundamentalmente, a criação de novos espaços de enunciação que permitem ao plantonista sentir-se sujeito (P5) e ter sua voz incluída (P6).

Por fim, as sugestões dos residentes atuam como proposições metalinguísticas de como o evento enunciativo (a visita na UTI) deve ser reestruturado para que a linguagem colaborativa e reflexiva possa ocorrer. O foco se desloca da capacidade individual para a responsabilidade institucional em prover as condições de produção necessárias para que o 'ser médico residente' possa exercer sua vocação de maneira efetiva e não adoecedora.

Em face dos resultados, a tese oferece uma contribuição teórica substancial ao validar a potência do quadro da Antropologia da Enunciação (Flores, 2015; 2019) para

analisar a linguagem em domínios especializados, como o hospitalar. A contribuição prática reside na elucidação de que a má comunicação é um sintoma da rigidez hierárquica e da sobrecarga institucional, fornecendo subsídios diretos para a reformulação de práticas pedagógicas na residência médica que visem à legitimação da voz do residente.

Como limitação, ressalta-se que o estudo se concentrou em uma profissão específica; contudo, esta delimitação permitiu a profundidade da análise. Sugere-se, para pesquisas futuras, a ampliação do *corpus* para outras formações ou a inclusão da voz do paciente/família na díade comunicativa, a fim de esmiuçar a dinâmica da materialidade significativa em situações de alta complexidade emocional e decisória.

REFERÊNCIAS

- ANCA, Monica-Iuliana. IMPACTUL FEEDFORWARD-ULUI ASUPRA FORMĂRII ACADEMICE A STUDENȚILOR. **Annales Universitatis Apulensis. Series Philologica**, v. 26, n. 1, p. 382-392, 2025
- AMADIGI, Felipa Rafaela et. al. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 131-138, 2009.
- ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, p. 601-613, 2017.
- AUTHIER-REVUZ, Jaqueline. **Ces mots qui ne vont pas de soi, boucles réflexives et non-coïncidences du dire**. Tome 1. Paris: Larousse, 1995.
- AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. A Preceptorial na formação médica e multiprofissional com ênfase na atenção primária—Análise das Publicações Brasileiras. **Revista brasileira de educação médica**, v. 39, p. 316-327, 2015.
- BARBOZA, Gabriela; HOFF, Sara Luiza; SILVA, Silvana. “O linguista nunca pode deixar de ser um linguista geral”: entrevista com o professor Valdir do Nascimento Flores. **Letras**, p. 06-20, 2023.
- BARBOZA, Gabriela; FLORES, Valdir do Nascimento. (orgs.) **Outros escritos de Benveniste: manuscritos inéditos e correspondências**. Campinas, SP: Pontes Editores, 2025.
- BARROS, Isabela Barbosa; LACERDA, Lusineide Carmo Andrade de. Benveniste, “o antropólogo”: cartas de Émile Benveniste a Claude Lévi-Strauss (1948-1967). **Letras**, p. 99-109, 2023.
- BENVENISTE, Émile. **Problemas de Linguística Geral I**. Tradução Maria da Glória Navak, Maria Luísa Neri. 6. ed. - Campinas, SP. Pontes Editores, 2020. 382 p.
- BENVENISTE, Émile. **Problemas de Linguística Geral II**. Tradução Eduardo Guimarães, et, al. Campinas, SP. Pontes Editores, 2023. 283 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001**. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: MEC, 2001.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre a diretriz nacional para a formação em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2017/resolucao-no-569.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2026.
- BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal, Brasília (DF), 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº4 de 7 de novembro de 2001. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Medicina**. Diário Oficial da União. Brasília, 9 nov. 2001; Seção 1, p.38.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; RAMOS, Flávia Regina Souza. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 135-145, 2016.

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira; REGO, Sérgio Tavares de Almeida. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 65-85, 2011.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE - CNES, 2017. Disponível em:< <http://cnes2.datasus.gov.br>>

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

CAMPOS, Edemilson. Etnografia na pesquisa em saúde: alcoolismo, doença e significado e um grupo de Alcoólicos Anônimos. **CIAIQ 2017**, v. 3, 2017.

CAVALHEIRO, Maria Teresa Pereira; GUIMARÃES, Alóide Ladeia. Formação para o SUS e os desafios da integração ensino serviço. **Caderno FNEPAS**, v. 1, n. 1, p. 19-27, 2011.

Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019 / Conselho Federal de Medicina – Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.

CORREIA, Ana Isabel Clemente et al. Comunicação eficaz na transição dos cuidados em unidades de cuidados intensivos: método isbar. **Gestão em enfermagem baseada em evidências: prática, procedimentos e intervenções**. Editora Científica Digital, p. 24-38, 2024.

CRUZ, A. T. O. et al. (Org.). **Guia de Preceptoria em Saúde no SUS: Construindo Conhecimento pela Integração do Ensino-Serviço**. Especialização em Preceptoria em Residência Médica- PRM. Especialização em Preceptoria no SUS - PSUS. Hospital Sírio-Libanês, Ensino e Pesquisa, Petrolina, Pernambuco, 2017.

DA SILVA, Braian Lourenço et al. Comunicação com pacientes intubados em ambiente de pronto atendimento: revisão de literatura. **CuidArte, Enfermagem**, p. 104-110, 2021.

DA SILVA, Edna Marta Mendes et al. Curso EAD de preceptoria em ensino na saúde: uma experiência exitosa. **Jornal Brasileiro de TeleSaúde**, p. 261-267, 2016.

EBSERH. Ministério da Educação. **Hospital Universitário do Vale do São Francisco**. Brasil 2023. Disponível em:< <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf>>. Acesso em: 22 out. 2024.

FELIPE, Ilana Mirian Almeida. Perfil de competências e fatores associados à prática da preceptoria em saúde: revisão integrativa: revisão integrativa. **Conexão Ciência (Online)**, v. 19, n. 2, p. 115-142, 2024.

FERREIRA, Iago Gonçalves; CAZELLA, Silvio César; COSTA, Márcia Rosa da. Preceptoria médica: concepções e vivências de participantes de curso de formação em preceptoria. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 46, n. 4, 2022.

FLORES, Valdir do Nascimento. Da faculdade metalinguística em Benveniste à proposição de uma Antropologia da Enunciação. **Scripta**, v. 28, n. 62, p. 186-207, 2024.

FLORES, Valdir do Nascimento; FARACO, Carlos Alberto; GOMES, Filipe Almeida. As particularidades da palavra, o privilégio da língua: especificidades e primazia do linguístico, em Volóchinov e Benveniste. **Bakhtiniana: Revista de Estudos do Discurso**, v. 17, n. 1, p. 16-38, 2021.

FLORES, Valdir do Nascimento. **Problemas gerais de linguística**. Petrópolis: Vozes, 2019.

FLORES, Valdir do Nascimento. O falante como etnógrafo da própria língua. Uma antropologia da enunciação. **Letras de hoje**, Porto Alegre, vol. 50, n. 5, p.90-95, fev. 2015.

FLORES, Valdir do Nascimento. **Introdução à teoria enunciativa de Benveniste**. São Paulo: Parábola editorial, 2013.

FLORES, Valdir do Nascimento, Notas para uma (re)leitura da teoria enunciativa. In: Flores V.; TEIXEIRA, M. **O sentido na linguagem: uma homenagem à professora Leci Borges Barbisan**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012, p. 149-166.

FLORES, Valdir do Nascimento; ENDRUWEIT, Magali Lopes. A noção de discurso na teoria enunciativa de Émile Benveniste. **MOARA—Revista Eletrônica do Programa de Pós-Graduação em Letras**. ISSN: 0104-0944, v. 1, n. 38, p. 196-214, 2012.

FLORES, Valdir do Nascimento. Por que gosto de Benveniste? : um ensaio sobre a singularidade do homem na língua. **Letras de Hoje**, Porto Alegre, v. 39, n. 4, p. 127-138, dez. 2004.

FIORIN, Jose Luiz. Uma teoria da enunciação: Benveniste e Greimas. **Gragoatá**, v. 22, n. 44, p. 970-985, 2017.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso. Aula inaugural no College de France**. Pronunciada em 2 de dezembro de 1970. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 1996.

FRANCO, Fabiano Malzac; DE AZAMBUJA MONTES, Marco Aurélio; DA SILVA, Adriano Rosa. Visão discente do papel da preceptoria médica na formação dos alunos de medicina. **Alexandria: Revista de Educação em Ciência e Tecnologia**, v. 6, n. 2, p. 229-249, 2013.

HELMAN, Cecil. G. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População de Petrolina (Pernambuco) estimada para 2022**. Acesso em 10 de março 2023. Disponível em: <<<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/petrolina.html>>>.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e Comunicação**. Tradução: Izidoro Blikstein e José Paulo Paes. 22. ed. São Paulo: Cultrix, 2010. 207 p.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e Poética. Linguística e Comunicação**. São Paulo: Cultrix, 1974.

JAKOBSON, Roman. **Shifters, Verbal Categories, and the Russian Verb**. Cambridge (Mass.): Harvard University (Russian Language Project, Department of Slavic Languages and Literatures), 1957.

JUNQUEIRA, Simone Rennó; OLIVER, Fatima Correa. A preceptoria em saúde em diferentes cenários de prática. **Revista Docência do Ensino Superior**, v. 10, p. 1-20, 2020.

KNACK, Carolina. A língua como prática humana: desdobramentos das relações entre língua e sociedade. **Revista Desenredo**. 14, no. 3 (2018): 394-403.

KOIFMAN, LÍlian. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 8, n. 1, p. 49-69, 2001.

LEI nº 8080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília (DF); 1990.

LÉVI-STRAUSS, Claude. (1970). **A ciência do concreto**. In: O pensamento selvagem. São Paulo: Companhia Editorial Nacional, 19-55.

LIMA, Bruna Ferreira Cícero et al. Cultura de segurança: avaliação da equipe multiprofissional do centro de terapia intensiva de um hospital universitário. **Interdisciplinary Journal of Ciências Médicas**, v. 5, n. 1, p. 44-51, 2021.

LIMA, Patrícia Acioli de Barros; ROZENDO, Célia Alves. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoria do Pró-PET-Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 779-791, 2015.

LIMA, Valeria Vernaschi et al. Activators of processes of change: a proposal oriented to the transformation of educational practices and the training of health professionals. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 279-288, 2015.

MACHADO, Irene. **O filme que Saussure não viu: o pensamento semiótico de Roman Jakobson**. Vinhedo, SP: Editora Horizonte, 2007.

MELO, Jackeline Dantas Da Silva et al. Comunicação da equipe de enfermagem com foco na segurança do paciente: revisão integrativa. **Recisatec-revista científica saúde e**

tecnologia, v. 2, n. 1, p. e2171-e2171, 2022. DOI
<https://doi.org/10.53612/recisatec.v2i1.71>.

MILLS, Jane E.; FRANCIS, Karen Louise; BONNER, Ann. Mentoring, clinical supervision and preceptoring: clarifying the conceptual definitions for Australian rural nurses. A review of the literature. **Rural and remote health**, v. 5, n. 3, p. 1-10, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Sousa; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed., São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A construção da identidade da antropologia na área da saúde**. In: ALVES, Paulo César; RABELO, Miriam C. M. (orgs.). *Antropologia e saúde: traçando identidade e explorando fronteira*. Rio de Janeiro: Fiocruz -Relume Dumará, 1998. p. 29-46.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466/12**. Brasília: MS; 2012.

MOHR, Adriana. **A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde**. Juiz de Fora: Editora UFJF, p. 53-66, 2011.

OLIVEIRA, Anderson Milfont Feitosa de et al. Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, n. 01, p. e003, 2021.

OLIVEIRA, Cesar Augusto de Brito Santos et al. Comunicação Multiprofissional Durante a Alta Hospitalar: Estratégias para Transições Seguras e Efetivas. **Cognitus Interdisciplinary Journal**, v. 2, n. 3, p. 531-547, 2025.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 6, p. 63-74, 2002.

OLIVEIRA, Thais Castro et al. Estratégias de promoção para a segurança do paciente: Uma revisão integrativa quanto ao papel do farmacêutico na equipe multidisciplinar Promoting Strategies for Patient Safety: An Integrative Review of the Role of the Pharmacist in the Multidisciplinary Team. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 12, p. 111801-111818, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) – 1946**. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-daSa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial--da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 13 março 2023.

OPAS (Organização Pan-Americana da Saúde). **Folha informativa COVID-19**. Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. Brasília (DF), 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19>> Acesso em; novembro de 2022.

- PACHECO, Lilia da Silva Pinheiro et al. O processo de comunicação eficaz do enfermeiro com o paciente em cuidados paliativos. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, p. e747986524-e747986524, 2020.
- PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.
- PEDUZZI, Marina et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, p. 977-983, 2013.
- PEREIRA, Fernanda Stroehrer et al. Percepção da equipe multiprofissional quanto à segurança do paciente pediátrico em áreas críticas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 11, p. 42, 2021.
- PREVIATO, Giselle Fernanda; BALDISSERA, Vanessa Denardi Antoniassi. A comunicação na perspectiva dialógica da prática interprofissional colaborativa em saúde na Atenção Primária à Saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1535-1547, 2018.
- PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.
- REEVES, Scott. Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, p. 185-197, 2016.
- REINERT, Max. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. **Bulletin of Sociological Methodology/Bulletin de méthodologie sociologique**, v. 26, n. 1, p. 24-54, 1990.
- RIBEIRO, Kátia Regina Barros; PRADO, Marta Lenise do. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, p. 161-165, 2014.
- SANTOS, Ricardo Ventura; GIBBON, Sahra; BELTRÃO, Jane. **Identidades emergentes, genética e saúde: perspectivas antropológicas**. Rio de Janeiro: Garamond / Fiocruz, 2012.
- SAITO, Marcio Koiti et al. Estratégias para uma comunicação eficaz na unidade de terapia intensiva neonatal e pediátrica: uma revisão integrativa. **Contribuciones a las ciencias sociales**, v. 16, n. 10, p. 23184-23201, 2023.
- SANTOS, Eduardo Oliveira; TAKASHI, Magali Hiromi. Implantação dos protocolos de segurança do paciente em unidade de terapia intensiva-revisão integrativa. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 12, n. 2, p. 260-276, 2023.
- SAUSSURE, Fernand de. **Curso de Linguística Geral**. Trad. Marcos Bagno, Carlos Alberto Faraco. 1. ed. - São Paulo: Parábola, 2021. 389 p.
- SCHIESARI, Laura et al. **Curso de Especialização em Qualidade e Segurança no Cuidado ao paciente**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017. 74p. (Projetos de Apoio ao SUS).

SILVEIRA, Cristiane Aparecida; PAIVA, Sônia Maria Alves. A evolução do ensino de enfermagem no Brasil: uma revisão histórica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 1, p. 176-183, 2011.

SOARES, Angela CP et al. A importância da regulamentação da preceptoria para a melhoria da qualidade dos programas de residência médica na Amazônia Ocidental. **Cadernos ABEM**, v. 9, p. 14-22, 2013.

SOUZA, Rosa Maria Pinheiro; POL COSTA, Patrícia. Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola. In: **Nova formação em saúde pública: aprendizado coletivo e lições compartilhadas na RedEscola**. 2019. p. 260-260.

TEIXEIRA, Marlene; FLORES, Valdir do Nascimento; SILVA, Gabriela (Orgs.). **O Sentido na Linguagem: uma homenagem à Professora Leci Borges Barbisan**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

VÍCTORA, Ceres Gomes; KNAUTH, Daniela Riva; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre. Tomo Editorial, 2000. -136 p.

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa intitulada “A língua(gem) em ambiente hospitalar: um estudo enunciativo antropológico do preceptor e residente médicos”, sob responsabilidade da pesquisadora Lusineide Carmo Andrade de Lacerda, orientada pela Professora Dra. Isabela Barbosa do Rêgo Barros. A pesquisa tem por objetivo analisar as dinâmicas da língua(gem) na interação entre preceptor e residente médico no ambiente hospitalar. Para a realização do estudo, será utilizada como técnica a entrevista semiestruturada. O instrumento a ser utilizado será um roteiro contendo quesitos objetivos como também perguntas que direcionarão a compreensão acerca da percepção sobre o processo de ensino na preceptoria e comunicação em saúde na atenção hospitalar. Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídos de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações etc., não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente. Os riscos e desconfortos que poderão surgir durante as entrevistas, poderão estar relacionados ao constrangimento por parte do entrevistado ao estarmos utilizando o gravador de voz portátil, é também, possível envolvimento pessoal por parte da entrevistadora. A pesquisadora fornecerá apoio e estará disponível para sanar qualquer dúvida sobre o questionário e minimizará qualquer episódio de algum desconforto de origem psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique a pesquisadora para que sejam tomadas as devidas providências, interrompendo a sua participação na pesquisa e garantindo o sigilo das informações já coletadas. Como benefícios, espera-se que os resultados desta pesquisa sirvam de subsídio para ampliação do conhecimento e discussão sobre a temática comunicação na preceptoria em ambiente hospitalar, entre as instituições de ensino e o serviço de saúde, além de possibilitar a construção de ações que respondam às necessidades pedagógicas e laborais dos preceptores no processo de formação de novos profissionais de saúde. O (A) senhor (a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Caso haja gastos adicionais, os mesmos serão absorvidos pelo pesquisador. Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar a pesquisadora Lusineide Carmo Andrade de Lacerda pelo celular (87) 98818-1031 ou ainda através do e-mail lusineide.lacerda@upe.br. Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelo pesquisador ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros da Universidade de Pernambuco, localizado à Rua Visconde de Mamanguape, s/n, Encruzilhada, Recife/PE (1º andar do Ambulatório do CISAM), telefone (81) 3182.7738 ou ainda através do e-mail cep.cisam@upe.br.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino

este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es). Local: Data: ____/____/____

Assinatura do sujeito (ou responsável)

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B-TERMO DE CONFIDENCIALIDADE
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Em referência a pesquisa intitulada “A língua(gem) em ambiente hospitalar: um estudo enunciativo antropológico do preceptor e residente médicos” eu, Isabela Barbosa do Rêgo Barros e minha equipe, composta por Lusineide Carmo Andrade de Lacerda comprometemo-nos a manter em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa, usando apenas para divulgação os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Comprometemo-nos também com a destruição, após o término da pesquisa, de todo e qualquer tipo de mídia que possa vir a identificá-lo tais como filmagens, fotos, gravações, questionários, formulários e outros.

Petrolina, 17 de fevereiro de 2024.

Profa. Dra. Isabela Barbosa Rêgo Barros

Lusineide Carmo Andrade de Lacerda

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista (Preceptor)

Título “A língua(gem) em ambiente hospitalar: um estudo enunciativo antropológico do preceptor e residente médicos”.

Data: ____/____/____

Nº _____

PARTE I - PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

1. Idade () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 51 anos () 51 a 59 anos () +

2. Naturalidade: _____

3. Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário () Outros

4. Categoria profissional: () Medicina

5. Possui pós-graduação: () sim () não Se sim, qual?

() Especialização concluída () Especialização em andamento

() Mestrado concluído () Mestrado em andamento

() Doutorado concluído () Doutorado em andamento

6. Tempo de formação: _____

7. Tempo de atuação no HU/UNIVASF: _____

8. Preceptor? () Sim () Professor ? () Sim () Não

9. Para exercer a função de preceptor você participou de algum curso preparatório? () Sim () Não. Se sim, qual?

10. Atuação em qual residência?

() Clínica Médica () Cirurgia Geral () Cirurgia Vascular () Preceptor UTI

11. Qual a frequência (em número de semestre) que atua como preceptor na residência do HU-UNIVASF? _____

PARTE II – QUESTÕES NORTEADORAS

1) O que é ser médico?

2) Quem é você como médico?

3) Como você fala com o seu residente, você procura modificar o seu vocabulário, o seu modo de falar?

4) Quando você vai falar com o seu residente você fala do mesmo modo que fala com o seu paciente?

5) E para a família do seu paciente o que você percebe que modifica na sua linguagem? É o uso do vocabulário que você fala? É o tom da sua voz? É a velocidade?

Se sim, por que você muda?

6) Você deixa de ser professor quando você é médico?

7) Você deixa de ser médico quando você é professor?

8) E por que você faz isso?

9) Por que você modifica a sua língua?

10) Você acha que se não usar palavras específicas vai interferir na comunicação? Por quê?

11) Qual a importância da linguagem no seu trabalho?

12) O que você entende sobre a língua e a linguagem no contexto interdisciplinar e multiprofissional na preceptoria hospitalar?

APÊNDICE D – Roteiro de Entrevista (Residente)

Título: “A língua(gem) em ambiente hospitalar: um estudo enunciativo antropológico do preceptor e residente médicos”.

Data: ____/____/____

Nº: _____

PARTE I - PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS

1. Idade () 20 a 30 anos () 31 a 40 anos () 41 a 51 anos () 51 a 59 anos () +
2. Naturalidade: _____
3. Gênero: () Masculino () Feminino () Não binário () Outros
4. Curso: () Medicina
5. Período do curso: () R1 () R2
6. Residência de Medicina:

Clínica Médica: () Sim () Não Cirurgia Geral: () Sim () Não

Cirurgia Vascular: () Sim () Não
7. Setor de participação da preceptoria no HU-UNIVASF _____

PARTE II – QUESTÕES NORTEADORAS

- 1) O que é ser médico?
- 2) Quem é você residente de medicina?
- 3) Quando você vai falar com o seu preceptor, você procura modificar o seu vocabulário, o seu modo de falar?
- 4) Quando você vai falar com o seu preceptor você fala do mesmo modo que fala com o seu paciente?
- 5) E quando você vai falar com o preceptor da UTI, você fala do mesmo modo que fala com o preceptor da residência?
- 6) E para a família do seu paciente, o que você percebe que modifica na sua linguagem? É o uso do vocabulário que você fala? É o tom da sua voz? É a velocidade?
- Se sim, por que você muda?
- 7) Você deixa de ser residente quando você é médico?
- 8) Você deixa de ser médico quando você é residente?
- 9) E por que você faz isso?
- 10) Por que você modifica a sua língua?
- 11) Para você a linguagem tem importância no seu trabalho?
- 12) Você acha que se não usar palavras específicas vai interferir na comunicação?
- 13) O que você entende sobre a língua e a linguagem no contexto interdisciplinar e multiprofissional na preceptoria hospitalar?