

UMA EXPERIÊNCIA EM SAÚDE, LÍNGUA E HUMANIZAÇÃO NO CONTATO ENTRE MÉDICOS CUBANOS E PACIENTES BRASILEIROS NA AMAZÔNIA PARAENSE

Danielle Pinto Silva¹
Tabita Fernandes da Silva²

RESUMO

Este artigo traz o recorte de um estudo mais amplo da dissertação intitulada “Médicos cubanos e comunidade bragantina: notas sobre o contato linguístico espanhol/português em terras brasileiras” que teve como objetivo apresentar alguns aspectos da situação do contato linguístico que se estabeleceu entre médicos cubanos e parte da comunidade bragantina no âmbito do Programa Mais Médicos, nos anos de 2015 a 2017, no município de Bragança-PA. Neste recorte, apresentamos algumas questões de natureza linguística que emergiram desse contato linguístico nas práticas de saúde entre os médicos cubanos e pacientes bragantinos, em que ambos estavam interessados em entender e se fazerem entendidos em seus relatos verbais. Dessa forma, a pesquisa consistiu em analisar os impasses impostos pelas diferenças linguísticas dos dois grupos bem como sobre as estratégias desenvolvidas, por ambos, para atingirem os propósitos prioritários das consultas médicas no contexto em que se encontravam. Assim, os resultados evidenciaram que o esforço mútuo e a cooperação na aceitação das estratégias e esforços de tradução propostos no contexto garantiram o sucesso das interpretações dos sintomas da enfermidade e de seus diagnósticos, culminado em uma experiência integrativa entre saúde, língua e humanização na Amazônia paraense. O caminho metodológico da pesquisa constituiu-se em uma abordagem hermenêutica e, para isso, foram realizadas entrevistas, aplicação de questionários e observações, bem como foram adotados princípios teóricos das áreas Línguas em Contato Weinreich (1953) e Thomason (2001), da Sociolinguística Labov (2008) e Calvet (2004), Bortoni- Ricardo (2005) e da Tradução cultural Jakobson (1995).

Palavras-chave: Médicos cubanos. Pacientes bragantinos. Amazônia paraense. Contato linguístico. Humanização.

AN EXPERIENCE IN HEALTH, LANGUAGE AND HUMANIZATION IN THE CONTACT BETWEEN CUBAN PHYSICIANS AND BRAZILIAN PATIENTS IN THE PARAENSE AMAZON

ABSTRACT

This article presents an excerpt from a broader study of the dissertation entitled “Cuban Doctors and the Bragantine Community: Notes on Spanish / Portuguese Linguistic Contact in Brazilian Lands” which aimed to present some aspects of the situation of linguistic contact that was established between Cuban doctors and part of the bragantine community within the scope of the Mais Médicos Program, from 2015 to 2017, in the municipality of Bragança-PA. In this section, we present some linguistic issues that emerged from this linguistic contact in health practices between Cuban doctors and Bragantine patients, in which both were interested in understanding and making themselves understood in their verbal reports. Thus, the research consisted of analyzing the impasses imposed by the linguistic differences of the two groups as well as on the strategies developed, by both, to achieve the priority purposes of medical consultations in the context in which they found themselves. Thus, the results showed that the mutual effort and cooperation in accepting the strategies and translation efforts proposed in the context guaranteed the success of the interpretations of the symptoms of the disease and their diagnoses, culminating in an integrative experience between health, language and humanization in the Amazon.

¹ Graduada em Letras e Pedagogia. Mestra em Linguagens e Saberes na Amazônia. E-mail: danipinto@bol.com.br

² Discente na Universidade Federal do Pará. Mestra em Linguística – UFPA (2000). Doutora em Linguística – UnB (2010). E-mail: tabitafsl@hotmail.com.

from Pará. The methodological path of the research consisted of a hermeneutic approach and, for this, interviews, questionnaires and observations were carried out, as well as theoretical principles from the Languages in Contact Weinreich (1953) and Thomason (2001), from Sociolinguistics Labov (2008) and Calvet (2004), Bortoni- Ricardo (2005) and the Cultural Translation Jakobson (1995).

Keywords: Cuban doctors. Bragantine patients. Paraense Amazon. Linguistic contact. Humanization.

Data de submissão: 20. 04. 2021

Data de aprovação: 02. 05. 2021

INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui-se em uma breve reflexão sobre a estreita relação entre linguagem e saúde nas práticas de interação entre os médicos cubanos e a comunidade bragantina, na Amazônia paraense por ocasião da implantação e execução do Programa Mais Médicos (PMM), no município de Bragança-PA.

O PMM foi organizado e implantado em 08 de julho de 2013, durante o governo de Dilma Rousseff, por intermédio da Medida Provisória nº 621. Esta foi, em 22 de outubro do mesmo ano, convertida na Lei nº 12.871 (BRASIL, 2013), com a finalidade de alcançar as ações de aperfeiçoamento na área de Atenção Básica em Saúde em regiões prioritárias para o SUS³. Segundo o Ministério da Saúde (2015), o problema da “falta de médicos” foi definido como prioridade e o governo federal estudava desde 2011 modos de tentar enfrentá-lo.

Uma das principais parcerias do governo federal foi com o governo de Cuba. Ambos os países estabeleceram acordos políticos e econômicos, desde o ano de 2013, a fim de interiorizar políticas de saúde em várias regiões brasileiras como alternativas à defasagem de médicos, apontada como o maior problema do SUS (IPEA, 2013), bem como para garantir atendimento público à sociedade local.

A experiência da presença de médicos cubanos ao Brasil em um município da Amazônia paraense, Bragança, criou uma oportunidade profícua para se refletir sobre a relação entre saúde, língua e humanização em contextos de saúde em que a situação de contato entre línguas diferentes e variedades de uma mesma língua era bastante evidente.

Neste contexto, o presente artigo privilegia um dos pontos de análise da dissertação de mestrado “Médicos cubanos e comunidade bragantina: notas sobre o contato linguístico espanhol/português em terras brasileiras” (SILVA, 2018). O foco da pesquisa maior foi a situação de contato entre duas línguas que compartilhavam um espaço social comum, o da saúde, e como se dava a relação desses sujeitos com as línguas diferentes em uma situação cuja necessidade de interagir verbalmente era imperiosa e necessária.

O aspecto do estudo das línguas em contato aqui abordado centra-se no reconhecimento de que os contextos de contato entre línguas criam situações que incidem fortemente na qualidade e no sucesso das interações verbais, geram interferências de uma língua sobre outra e até ocasionam mudanças linguísticas. Entendemos que os contextos de contato linguístico devem ser considerados e reconhecidos a fim de que, a partir da identificação dos impasses de comunicação neles gerados, possam ser dirimidos e, até, solucionados quando possível.

Por meio da observação do contexto de atuação dos profissionais de saúde cubanos no PMM, houve a possibilidade de investigar a interação entre o português e o espanhol, a mescla de culturas e identidades capazes de interagir e fazer emergir novos modos de comunicação entre os grupos sociais envolvidos e a importância da interação verbal na área da saúde, pois é um campo que deve ser fundado na conversa, na anamnese, na interação entre pessoas, de

³ SUS: Sistema Único de Saúde

maneira a possibilitar uma partilha de saberes e um entendimento mútuo entre os grupos envolvidos.

A decisão por discutir, conforme já mencionado, apenas, alguns impasses, estratégias e soluções encontrados pelos dois grupos envolvidos – médicos cubanos e pacientes bragantinos – para o sucesso da interação na prática médica, bem como uma reflexão desenvolvida a partir do olhar do pesquisador, levanta a necessidade de se olhar para a relação entre médicos cubanos e comunidade bragantina com o propósito não só de compreender os entrelaçamentos desses saberes e fazeres em suas culturas e línguas, mas de entender a experiência da atuação de humanização dos médicos cubanos na Amazônia Paraense.

A esse respeito, algumas questões foram levantadas na pesquisa: a) quais as principais dificuldades/impasses em relação à língua portuguesa enfrentadas pelos médicos e pacientes? Como os médicos resolvem o impasse de serem falantes do espanhol em país cuja língua oficial é o português? b) Que impasses surgem nas interações mediadas pelo uso de línguas e variedades distintas da mesma língua? c) Como o fator variação linguística se impõe como uma questão fundamental em contextos de contato linguístico? d) Que estratégias os médicos e pacientes utilizaram para resolver seus impasses nas dúvidas linguísticas que surgiram?

Tais questões orientaram a pesquisa e direcionaram o trabalho para cinco eixos: primeiro, trazer à luz os princípios fundamentais do contato linguístico e os fundamentos da variação linguística; segundo, perceber quais estratégias e táticas foram adotadas pelos dois grupos para que a comunicação fosse eficaz entre eles; terceiro, observar alguns contrastes linguísticos em cada uma das línguas estudadas, buscando suas inter-relações; em quarto lugar, registrar as 47 conversas dos médicos cubanos e dos pacientes bragantinos a fim de reunir os dados necessários que atestassem os comportamentos linguísticos desses dois grupos para realização da etapa final de análise.

Os caminhos metodológicos da pesquisa desenvolveram-se sobre o eixo da abordagem hermenêutica de cunho qualitativo (GADAMER, 1998), considerando, para a experiência, a importância da linguagem como meio de comunicação e objeto da compreensão.

As pesquisas ocorreram a partir de meados de 2017, estendendo-se a todo o ano de 2018. Foi desenvolvida, exclusivamente, nas comunidades bragantinas do Cacoal, do Treme e nos bairros de Vila Nova, Perpétuo Socorro e Bacuriteua, localizados na periferia da cidade e, em alguns momentos, nas residências de alguns médicos cubanos e na Secretaria Municipal de Saúde do município.

Contamos com a participação de 13 (treze) indivíduos, todos residentes no município de Bragança – 05 médicos cooperados cubanos; 05 bragantinos/pacientes e 03 agentes/técnicos responsáveis pelas unidades de saúde no município.

A coleta de dados obedeceu a procedimentos básicos como a utilização de questionários com perguntas elaboradas previamente para os médicos cubanos, entrevistas com os colaboradores bragantinos e anotações de campo registradas por escrito. Tais anotações de campo com as conversas informais foram extremamente importantes para a pesquisa em razão das impossibilidades de gravações, filmagens e registros fotográficos. Na pesquisa direta com os médicos não foi permitido o uso de gravadores e de máquinas fotográficas em virtude do contrato de trabalho estabelecido entre eles e Cuba, sendo, assim, autorizados apenas os questionários que seriam respondidos por eles em momentos oportunos.

Para que o estudo se encaminhasse e atingisse os objetivos e as coletas de dados realizadas, houve uma série de negociações com os médicos cooperados cubanos, bem como autorização da coordenação do PMM em Bragança e do coordenador geral do Programa no Pará. As restrições surgidas em torno da pesquisa de campo foram consideradas e respeitadas.

As técnicas de nossa pesquisa buscaram ajustes em virtude de algumas restrições por parte do público entrevistado associando-se, dessa forma, ao que Marconi e Lakatos (2003, p. 33) afirmam: “tanto os métodos quanto as técnicas devem adequar-se ao problema a ser

estudado, às hipóteses levantadas que se queira confirmar, e ao tipo de informantes com que se vai entrar em contato”.

As dificuldades linguísticas constituíram uma das principais dificuldades enfrentadas por médicos cubanos e pacientes bragantinos, acentuadas pela questão da variação linguística, visto que ambos colocaram-se em contato com estruturas e regras linguísticas de outra língua e com indivíduos que traziam consigo suas bagagens culturais, étnicas, suas representações de mundo e do outro, implicadas na língua além de uma variedade linguística característica da Amazônia paraense.

A partir de esforços de compartilhamento e interação, Silva (2018) pôde observar algumas das atividades tradutórias que possibilitaram o diálogo entre as duas culturas e uma ressignificação de signos tradicionais, tanto da área médica quanto da dos saberes populares. O recurso de formas espontâneas de tradução tornou-se, então, fundamental, vindo a se tornar, assim, a própria prática de sobrevivência e manutenção da interação entre médicos e pacientes bragantinos. No exercício e tentativa mútua de tradução linguística, os dois grupos adentraram no repertório cultural um do outro.

1 A INTERAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA: MÉDICOS CUBANOS E PACIENTES BRAGANTINOS

1.1 MÉDICOS CUBANOS NO BRASIL

A falta de assistência médica no Brasil, principalmente nos interiores, nas regiões de periferia das grandes cidades e em distritos indígenas, fez com que projetos de cooperação internacional no campo da saúde surgissem como importante meio de fortalecer as diversas estruturas que fazem parte dos sistemas de saúde do nosso país. O PMM, foi um desses projetos que ganhou legitimidade em virtude do seu propósito de melhorar a cobertura e a qualidade no modelo de atendimento na área de Atenção Básica para a população então desassistida do Brasil (BRASIL, 2015).

Assim, o programa foi considerado uma estratégia do sistema para aproximação entre população/serviço e preconizava que os profissionais participassem de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço, para que desenvolvessem uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011, art. 6º). Esta, sendo caracterizada:

Por um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde das coletividades.

Os médicos cooperados cubanos estão entre o grupo de outros médicos – estrangeiros e brasileiros – que aderiram ao PMM. A Lei Federal nº 12.871 estabelece a adesão de médicos brasileiros e estrangeiros ao Programa Mais Médicos. É necessário, não obstante, destacar que essa participação segue uma ordem prevista no artigo 13, § 1º, incisos I, II e III dessa lei, como se observa:

[Primeiro, ocupam as vagas, os] [...] médicos formados em instituições de educação superior brasileira ou com diploma revalidado no País, inclusive os aposentados [...] [Depois os] [...] médicos brasileiros formados em instituições estrangeiras com habilitação para exercício da Medicina no exterior [...] [E, finalmente, os] [...] médicos estrangeiros com habilitação para exercício da Medicina no exterior. (BRASIL, 2013).

Foi nesse processo, é importante frisar, que os médicos cubanos se encaixavam, fazendo parte, não do todo do PMM, mas sim de um dos espectros de ações do Programa.

A contratação desses profissionais cubanos, entretanto, fez parte de um regime de acordo diferenciado. Enquanto, venezuelanos, argentinos e espanhóis se inscreveram voluntariamente no programa, os cubanos atuavam como prestadores de serviço de um pacote oferecido pelo governo de Cuba ao Ministério da Saúde, sob intermediação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Advindos de Cuba, trouxeram a formação médica desse país. Cuba tem uma saúde pública de caráter estatal e social com acessibilidade e gratuidade. A formação de seus profissionais em saúde é voltada para a saúde da família, na qual médicos são clínicos gerais mas têm conhecimento de pediatria, pequenas cirurgias e até de ginecologia e obstetrícia.

A implantação do PMM e a contratação de médicos cubanos causaram inúmeras polêmicas em vários setores da sociedade brasileira. Associações médicas, organizações de classe, políticos de oposição, estudantes de medicina e parte da mídia se posicionaram antagonicamente, fazendo severas críticas à qualidade dos médicos e às formas de contrato estabelecidas pelo PMM.

Conforme Silva (2018), o contato, a priori, entre os médicos cooperados cubanos e os brasileiros ocorreu marcado por conflitos interculturais, expressos por uma acentuada desconsideração ao médico estrangeiro, baseada na concepção de que este viria ocupar o lugar do médico brasileiro, o que fez com que inúmeros brasileiros inferissem negativamente à presença dos médicos cubanos.

1.2. PACIENTES BRAGANTINOS

Dentre os muitos brasileiros que se posicionavam a respeito da contratação e vinda dos médicos cooperados cubanos, centramo-nos nos indivíduos que precisavam de atendimento médico, os pacientes, vistos por nós como os sujeitos que teriam maior proximidade com os médicos, nos espaços de saúde, e que compunham um dos principais lados da interação médico-paciente.

Os pacientes do PMM no Brasil geralmente eram sujeitos de comunidades mais vulneráveis ao serviço da assistência médica primária, uma população que mais precisavam do SUS, a parcela mais pobre e mais afetada pela desigualdade social. Nesse contexto, o PMM esperava garantir mais médicos e mais saúde para essas populações, especialmente nas regiões Norte e Nordeste, buscando, assim, interiorizar as políticas de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde, dos 360 mil médicos em atividade no Brasil em 2012, 206 mil trabalhavam na região Sudeste. Pesquisas da Estação de Pesquisas de Sinais de Mercado da Universidade Federal de Minas Gerais - EPSM (UFMG, 2012) sobre a escassez de médicos no país mostra que cerca de 1,3 mil dos 5.565 municípios brasileiros possuem um médico para atender cada 3 mil habitantes.

Do total de cidades, 7% não possuem médicos que morem nesses mesmos locais. Apenas 4% dos profissionais brasileiros, registrados nos conselhos, estão na região Norte. A proporção é de 0,9 médico por 1 mil habitantes na região. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), a desigualdade na saúde ocorre porque os equipamentos e a presença dos profissionais são diferenciados. Essa complexidade é maior pelo fato de termos um sistema único de saúde especialmente na atuação pública, fazendo com que todo o país seja atendido embora as regiões mais ricas sejam aquelas que possuem melhores equipamentos e maior presença de profissionais, enquanto os estados mais pobres não têm o mesmo padrão de intervenção. É cada vez mais recorrente a recusa de médicos para trabalhar em regiões longínquas.

Em virtude de fazerem parte dessa estatística de vulnerabilidade, os cidadãos bragantinos foram contemplados com o PMM. A pesquisa analisou 05 comunidades, bairros e vilas na cidade de Bragança-PA cujas populações são amparadas pelo sistema municipal de saúde, em que o SUS é o único sistema que lhes garante a busca por condições melhores de vida e saúde.

Em vários momentos da pesquisa de campo revelou-se, por um lado, que com a presença do médico estrangeiro cubano, os bragantinos/brasileiros se deram conta de que estavam diante de sujeitos diferentes, cujas diferenças eram notadas, sobretudo, a partir da língua; de outro, o médico cooperado cubano chegado ao Brasil também entrou em contato com muitas diferenças, entre elas as diferenças linguísticas, que foram constatadas. O contato com uma nova cultura e uma nova língua requeria uma estreita relação já que a língua atuaria como instrumento na integração entre culturas e, por que não dizer entre países, como foi o caso entre Cuba e Brasil (espanhol/português) na situação a que nos referimos, em um contexto que se pode considerar dentro da normalidade e “sem conflitos” aparentes.

Não pode haver dúvidas, portanto, com base num regime democrático e no ritmo da globalização cada vez mais acentuado, que a coexistência pacífica de línguas e culturas diferentes, num mesmo contexto político, deve ser vista como algo perfeitamente normal, e possível. (DAMKE, 2008, p. 4).

É comum, diante do estrangeiro, emergir a noção de pertencimento a um grupo e a noção de que aqueles que não pertencem a esse grupo são, em consequência, diferentes de nós. Tal sentimento persiste nos seres humanos, ao longo de nossa história, lembrando-nos sempre a percepção daqueles que são iguais, com os quais se elaboram relações de reciprocidade e confiança, vínculos solidários, e a percepção dos diferentes, aos quais cabe a desconfiança, o estranhamento⁴ e até a repulsa, ainda que por razões aceitáveis.

Nesse sentido, vale a orientação de Christoph Wulf que, em diálogo com Morin sublinha:

A estranheza diante de si mesmo é uma experiência essencial, pois ela permite abrir-se às outras culturas, e ao outro. [...] o que é essencial é partir da não compreensão, de uma situação em que não compreendemos o estranho nem compreendemos a nós mesmos. (MORIN; WULF, 2003, p. 36-8).

Se, por um lado, a presença do médico cooperado cubano suscitou atitudes de preconceito, julgamento, avaliação negativa e até rejeição, importa destacar que, para grande parte dos usuários do PMM, a vinda dos médicos cubanos trouxe tranquilidade e saúde para pessoas que não tinham a presença tão frequente de médicos em suas comunidades.

Nesse contexto de extrema necessidade, a presença do médico estrangeiro vinha preencher uma lacuna e, como em todo contexto de contato entre cultura e línguas diferentes, a prática de linguagem surgiu como um fator determinante nas interações entre pacientes e médicos. A comunicação precisava acontecer para que os direitos integrais e igualitários de saúde não fossem ignorados e tivessem sucesso.

1.3 A INTERAÇÃO NA PRÁTICA CLÍNICA

A comunicação na prática clínica é muito mais que informações ou dados da enfermidade ali apresentados: é uma troca recíproca de benefícios e, inclusive, de sentimentos.

⁴Sentimento de desconforto e estranhamento que resultam em uma sensação profunda de não pertencimento ao seu ambiente de origem. (TEDESCO, 2013)

Na consulta médica o paciente e o médico precisam estar em uma forte conexão nas diversas fases de suas interações, porque expressar ideias e sentimentos implica a necessidade de se fazer ouvir, de se expressar e de entender.

Nesse contexto, a interação verbal não compreende apenas a interação face a face, mas tudo que está envolvido no processo de comunicação verbal, inclusive os atos sociais de caráter não verbal como os gestos e atos simbólicos, que estabelecem relações e significações entre o verbal e os horizontes sociais de valor, segundo a teoria de Bakhtin (1999, p. 117).

A interação entre os médicos cubanos e os pacientes bragantinos pressupõe, como em todas as relações humanas, a presença de um contexto, que configuraria os limites e as possibilidades de cada sujeito.

Tais interações observadas envolvem, de um lado, os médicos cubanos e, de outro, os pacientes, ambos interessados em entender e se fazerem entendidos nos seus relatos verbais. Assim, um dos lados quer se fazer entender no relato das doenças, sintomas e dor que lhes acometem, bem como entender as orientações médicas dadas; o outro quer entender os relatos dos pacientes e se fazer entendido nos diagnósticos e terapia que quer aplicar.

Assim, estamos diante de atitudes e de representações – como sistemas de interpretação, que regem nossa relação com o mundo e com os outros, orientando e organizando as condutas e as comunicações sociais. (JODELET, 2002, p. 5).

Na especialidade da clínica médica, os níveis de expressabilidade e de compreensibilidade precisam ser bem cuidadosos, pois podem ter efeitos decisivos na vida dos médicos e dos pacientes: equívocos no diagnóstico e nas formas de tratamento. Sem a mínima condição de expressão e de compreensão, a vida de um e a carreira de outro poderiam ser seriamente afetadas.

Nesse particular, em Bragança várias questões emergiram envolvendo o uso da língua portuguesa nas interações médicas, tanto dos médicos cubanos – falantes de espanhol, mas usuários do português nas consultas – quanto dos pacientes bragantinos que, por sua vez, usam uma variedade de português marcada pelo regionalismo da região.

Cada um desses grupos, na pesquisa, apresentam um ponto de vista sobre estas questões de linguagem presentes nas situações de contato. E foi esse olhar específico o caminho fundamental para que compreendêssemos o significado da situação linguística estudada.

Por meio da pesquisa de campo com indivíduos dos dois grupos foi possível detectar alguns pontos de tensão e dificuldade na interação requerida na prática médica. A pesquisa ressaltou dificuldades características do nosso sistema de saúde bem como encontrou dificuldades de práticas de linguagem suscitadas no contexto da clínica médica em situações de contato linguístico: a começar pelas diferenças entre as línguas até as diferenças culturais que os dois grupos tiveram que enfrentar.

Assim, os impasses de comunicação acabaram se constituindo como dificuldade para os médicos cooperados do PMM no início do contato pois, apesar de terem uma noção de fala e escrita do português, foram apresentados às variantes linguísticas da região bragantina dotadas de características marcantes da região. Os pacientes, por sua vez, também enfrentaram dificuldades nas questões linguísticas de modo que os dois grupos precisaram fazer acordos que permitissem o sucesso da interação.

Em se tratando de contextos de saúde, Pimenta e Texeira (1996, p. 473), ressaltam que “a comunicação da experiência dolorosa pelos doentes aos profissionais de saúde que lhes atendem é fundamental para a compreensão do quadro clínico, implementação de medidas analgésicas e avaliação da eficácia terapêutica”. Desse modo, a importância de poder comunicar a situação de enfermidade é a base para que haja um diagnóstico preciso. E a linguagem verbal – a que utiliza a palavra – impõe-se como uma ferramenta com elevado nível de importância. Como as línguas dos dois grupos a que estamos no referindo eram diferentes, a barreira de expressão e compreensão surgiu.

Certamente que as demais formas de linguagem também assumem o seu lugar de relevância conforme este estudo mostra, tanto que para o entendimento, logo de imediato, dos males que afligiam os pacientes, suas dores e doenças apresentadas, surgiu como necessária a elaboração de novas linguagens e traduções para sanar a barreira linguística que se apresentava entre médicos e pacientes naquele contexto em Bragança.

2 CONTATO LÍNGUÍSTICO NA INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: IMPASSES E SOLUÇÕES

O contato linguístico tem sido estudado sob abordagens e enfoques diversos, mas, no meio dessa diversidade, estudiosos como Weinreich (1953), Labov (1980), Tarallo (1987), Thomason (2001), Couto (2009) concordam com a ideia geral – excetuam-se as diferenças de enfoque e abordagem – de que os contatos linguísticos carregam a ideia central de que indivíduos ou comunidades inteiras entram em contato com línguas distintas ou dialetos distintos cujos resultados trazem algum tipo de efeito para as línguas envolvidas.

Weinreich (1953), por exemplo, considera o contato de línguas como um aspecto do contato entre culturas e a interferência exercida por um sistema linguístico sobre o outro, uma faceta da difusão cultural e da aculturação decorrentes do contato entre comunidades linguístico-culturais distintas. Dessa forma, para o autor, culturas em contato e, conseqüentemente, línguas em contato, terminam por acarretar algum tipo de interferência entre uma língua e outra.

Para Thomason (2001), os contatos linguísticos se reconhecem em comunidades de todas as dimensões, desde as pequenas às grandes nações e apresentam conseqüências sociais que podem ser favorecedoras e desfavorecedoras, ocasionando ou não interferências de uma língua sobre outra. Assim, pensar em contato linguístico é ver uma relação entre duas ou mais línguas e o que dessa comunhão resulta.

As situações de contato linguístico são tão relevantes para a história das línguas que podem induzir mudanças nas línguas envolvidas. Conforme Thomason (2001, p. 62), “o contato seria a causa de qualquer mudança linguística” já que, segundo a autora, certas mudanças teriam menos probabilidade de ocorrer fora de uma situação de contato particular.

De acordo com Calvet (2002), a situação de plurilinguismo experimentada no globo terrestre revela a inegável situação de contato a que os homens estão expostos.

O plurilinguismo faz com que as línguas estejam constantemente em contato. O lugar desses contatos pode ser o indivíduo (bilíngue, ou em situação de aquisição) ou a comunidade. E o resultado dos contatos é um dos primeiros objetos de estudo da Sociolinguística (CALVET, 2002, p.35).

Tratando da situação de plurilinguismo vivenciada por indivíduos em contexto de contato com uma língua diferente da sua, Calvet (2002) apresenta dois casos típicos:

Temos aqui dois casos típicos: pode ser uma pessoa que está de passagem (um turista, por exemplo) que tentará então lançar mão de uma terceira língua que tanto ele e a comunidade em que se encontra conheçam [...]. Mas pode se tratar também de uma pessoa que tem a intenção de permanecer naquela comunidade, sendo-lhe, por isso, necessário, para se assimilar, adquirir a língua da comunidade de acolhida. Esta é a situação na qual se encontram os trabalhadores migrantes que chegam a seu país de acolhida, sem conhecer ou sabendo bem pouco a língua (CALVET, 2002, p.40)

O segundo tipo de situação apresentada pelo autor aplica-se à dos médicos cubanos chegados a Bragança que enfrentaram o desafio de necessitar adquirir a língua portuguesa para garantir sua sobrevivência no novo espaço. O contato com a nova língua implicava algum tipo

de efeito para a sua língua de origem, bem como o natural surgimento de atitudes e comportamentos diante da nova língua.

Assim como geram consequências para as línguas dos povos envolvidos, as situações de contato linguístico acionam, também, determinados comportamentos e atitudes linguísticas. A aceitação ou não de outra língua está diretamente relacionada com as crenças que os falantes têm sobre essas outras línguas e que, conseqüentemente, podem influenciar na decisão de afirmar se uma língua é bonita ou feia, fácil ou difícil de ser compreendida.

Considerando a situação de contato estabelecida entre médicos cubanos e sociedade bragantina, não se pode negar que a imigração dos “médicos cubanos” para o Brasil, através do PMM, tenha gerado vários questionamentos, dentre eles o preconceito, que pode ir além da questão de raça e classe social: pode alcançar o linguístico, que é o que nos interessa aqui. E, mais ainda, os comportamentos que esse certo modo de falar pode provocar. Calvet (2002, p. 69) chama a atenção para dois tipos de consequências sobre os comportamentos linguísticos: “uns se referem ao modo como os falantes encaram sua própria fala, outros se referem às reações dos falantes ao falar dos outros”.

Em Bragança no contexto a que vimos nos referindo, foi visível o quanto o espanhol e a variedade do portunhol usada pelos médicos acionou atitudes e comportamentos dos falantes bragantinos. Da mesma forma, a variedade de português usada pelos bragantinos também gerou atitudes e comportamentos nos médicos cubanos uma vez que se depararam com uma variedade de português que era uma espécie de contra expectativa em relação à variedade de português que haviam aprendido em alguns cursos anteriores.

No contato linguístico estabelecido entre médicos cubanos e pacientes bragantinos foi possível observar alguns impasses e dificuldades e, ao lado disso, estratégias e soluções para dirimi-las e superá-las, as quais serão tratadas na seção seguinte.

2.1 IMPASSES LINGUÍSTICOS NA INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

2.1.1 O PORTUGUÊS E O ESPANHOL

O grupo de médicos e de pacientes, na imperiosa necessidade de interação, encontraram alguns impasses que os contextos de contato linguístico – quer entre línguas distintas, quer em variedades distintas de uma mesma língua – impõem. E esses impasses aconteceram no uso da língua, diante de termos e expressões do léxico, por um lado, tão naturais para o paciente bragantino, mas, por outro, tão esdrúxulos para os médicos cubanos.

Para demonstrar essa situação, o quadro abaixo mostra algumas das expressões particulares do nortista bragantino, marcadas pelo regionalismo para nomear as partes do corpo e os males que lhes afligem.

Tabela 1 - Termos linguísticos populares bragantinos.

PARTES DO CORPO	TERMOS POPULARES
Coluna vertebral	Espinhela caída Dor nos quartos Dor no espinhaço
Cabeça	Dor na moleira Moleira aberta/mole

Barriga	Dor no pé da barriga Dor de veado Barriga d'água
Pés, mãos, pernas	Curuba, pereba, frieira
Corpo inteiro	Catapora, bexiga, cobreiro, quentura.

Fonte: Silva (2018, p. 84).

Para os médicos cooperados cubanos, embora o espanhol se aproxime do português, entendiam que suas dificuldades residiam no fato de estarem inseridos no novo sistema de língua e cultura em que cada língua possui suas variedades carregadas de significações, interpretações, subjetividades individuais e particularidades regionais correspondentes a singularidades culturais.

De fato, como nos diz Jakobson (1995), a língua pode ser vista como a ocorrência da cultura. E, ainda na mesma linha de raciocínio, Labov (2008 apud SILVA, 2018) considera que a língua não constitui um sistema coerente e racional, mas um sistema marcado por alterações, ou seja, por variações linguísticas relacionadas à organização social.

Dentre todos os impasses observados nas interações verbais entre os médicos cubanos e os pacientes bragantinos selecionamos dois ligados às línguas dos dois grupos para discussão: a) línguas de origem distintas de cada grupo; b) o uso de duas variedades distintas do português, que era a língua comum aos dois grupos para a interação verbal. Desses dois impasses seria previsível que surgisse a insegurança de incompreensão mútua, de ambos os lados, gerada pelo entendimento de que as diferenças linguísticas poderiam trazer algum efeito negativo para os propósitos fundamentais da clínica médica.

Assim, os médicos cooperados observavam que, em muitos casos, tinham que adaptar significados de palavras isoladas que tinham a mesma pronúncia do espanhol, mas com significados diferentes na variedade linguística bragantina para, então, compreenderem o fluxo natural da fala de seus pacientes. Nessa reflexão, os médicos frequentemente precisavam de uma destreza acompanhada de muitas observações para identificar o que o paciente dizia e o modo como ele estava comunicando sua dor. De outro lado, o paciente também precisava adaptar-se à pronúncia do português usada pelo médico carregada do sotaque do espanhol.

2.1.2 A VARIAÇÃO LINGUÍSTICA E PACIENTES BRAGANTINOS

Como já é consenso na literatura linguística, nem a língua nem a fala são imutáveis. A língua evolui, transformando-se, historicamente, como já tem sido largamente demonstrado por meio da Linguística Histórica e da Sociolinguística. Fatores diversos influenciam a mudança das línguas que ocorre de modo lento e gradual. A fala também se modifica conforme a história pessoal de cada indivíduo, sua formação escolar e cultural, as influências que recebe do grupo social onde está inserido e até as suas intenções.

A Sociolinguística, a partir dos anos 1960, por meio dos estudos de Labov (1980) deu grande relevo à importância e ao lugar da variação linguística nos estudos linguísticos, elucidando as regularidades por trás da aparência caótica da variação. A variação linguística, chamada, também de variante, é definida, segundo Calvet (2002, p. 90) como: “*variável* é o conjunto constituído pelos diferentes modos de realizar a mesma coisa (um fonema, um signo...) e por *variante*, cada uma das formas de realizar a mesma coisa”.

Assim, a concepção de língua adotada neste estudo é a que a toma como um elemento heterogêneo, naturalmente variável e mutante cujas possibilidades de mudança e variação lhes são inerentes (Labov, 2008; Calvet, 2002).

Concebemos, ainda, que as manifestações da língua estão intrinsecamente associadas a fatores de natureza social, cultural, histórica, situacional, discursiva entre outros. Segundo Jakobson (1995), a língua nunca é um mecanismo isolado, mas interage com outros sistemas de signos geradores da linguagem. Disso decorre que a língua não se realiza efetivamente fora das enunciações discursivas e dos contextos culturais, não sendo, viável, por tal razão, dimensioná-la ou concebê-la fora destes.

Assim, consideramos neste trabalho tanto as importantes aquisições teóricas da Sociolinguística Variacionista no tocante à estreita associação entre língua e sociedade e da variação como uma ocorrência regular e normal nas línguas, quanto em concepções posteriores que concebem a variação como marca de identidade social (LE PAGE, 1980).

A concepção de Le Page é a de que todo ato de fala é um ato de identidade e que a linguagem seria um ato primordial para marcar a identidade, privilegiando, nesse processo, algumas fontes de influência, conforme Bortoni-Ricardo (2005, p. 175) referindo-se à concepção de Le Page, comenta:

Para esse sociolinguista britânico, o comportamento linguístico está permanentemente submetido a múltiplas e co-ocorrentes fontes de influência relacionadas aos diferentes aspectos da identidade social, tais como sexo, idade, antecedente regional, inserção no sistema de produção e pertencimento a grupo étnico, ocupacional, religioso, de vizinhança etc. (BORTONI-RICARDO, 2005, p. 175).

A essas fontes de influência que marcam as distintas identidades, Bortoni-Ricardo dá relevo para um aspecto contemplado apenas indiretamente na concepção de Le Page: o contexto situacional na produção da fala. A autora concebe contexto em uma acepção dinâmica, como um produto conjunto da ação dos participantes no próprio processo comunicativo em que falante e ouvinte, juntos, se influenciam e constroem o contexto comunicativo. (BORTONI-RICARDO, 2005, p. 176).

Assim, compreendemos a variação linguística como ocorrência natural das línguas, intrinsecamente associadas às diversas situações que cercam a vida de seus usuários. O Brasil, por exemplo, por suas dimensões territoriais, entre outras razões, é um espaço bastante favorável à variação linguística regional que é atravessada por fatores de natureza social, os quais, juntos, produzem uma diferenciação linguística acentuada. Diferenças entre a variedade de língua usada nos grandes centros urbanos e as usadas nas regiões mais afastadas e mais periféricas são muito comuns no Brasil. Tais diferenças entre essas variedades linguísticas têm estreita relação com questões sociais. Segundo Bagno (2011, p. 121)

A sociedade brasileira não está toda ela vivendo segundo tendências, crenças, ideias e práticas iguais para todos os cidadãos. Em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos é possível encontrar pessoas vivendo sem energia elétrica, sem água encanada, sem rede de esgoto, sem televisão, sem acesso à internet. É bastante previsível que ali as pessoas falem de um modo que se distancia grandemente das variedades urbanas e que empreguem palavras e expressões antigas que já não são empregadas pelos falantes urbanos, além de usarem também formas novas desconhecidas das demais comunidades de fala.

É importante lembrar que as variedades linguísticas do português brasileiro usadas pelas camadas socialmente menos favorecidas são desprestigiadas especialmente pelo fato de serem indicadoras das identidades dos indivíduos e dos grupos que as utilizam, acionando frequentemente atitudes de preconceito. Conforme o mesmo autor:

Apesar do nivelamento das diferenças sociolinguísticas que presenciamos na história recente do Brasil, as marcas mais características das variedades regionais e sociais permanecem como elementos definidores das identidades individuais e dos grupos, além de servirem como instrumento para as práticas de discriminação/valorização e de exclusão/privilegiamento tão frequentes em nossa sociedade (BAGNO, 2011, p. 122).

Desse modo, as variedades do português usado pelos pacientes bragantinos revelavam muitos aspectos das vidas desses indivíduos e se constituíam como características sociais marcantes de suas identidades. Uma forte evidência do profundo entrelaçamento e indissociabilidade entre a língua e a vida do falante.

Assim, ao se comunicar e interpretar os sintomas das enfermidades dos pacientes, os médicos cooperados enfrentavam maiores dificuldades na fronteira linguística por várias razões: a) eles eram os imigrantes, portanto, deles era requerida a adaptação à língua e à cultura; b) o tipo de imigração experimentada por eles era do tipo voluntária, logo, isso implicava ciência da barreira linguística que enfrentariam; c) em casos de erro de diagnóstico de um paciente é mais comum que a responsabilidade recaia sobre o médico do que sobre o paciente; d) em uma consulta médica, o médico é visto como a figura de autoridade, assim, dele geralmente espera-se que conduza a consulta e que busque estratégias para o sucesso daquela interação. Logo, a condução da consulta, em termos de responsabilidade, pesava mais para o médico. Acrescente-se a isso o agravante das variedades da língua encontradas no dia a dia nos vários contextos onde estavam inseridos, sobretudo, nas unidades básicas de saúde.

Visto não imaginarem as grandes diferenças de traços culturais registrados nas várias regiões do Brasil, os médicos cooperados cubanos muitas vezes não compreendiam a diversidade dos termos das doenças populares dos pacientes bragantinos, pois o que lhes fora apresentado nos cursos de língua portuguesa estava longe das peculiaridades das variedades linguísticas usadas na Amazônia paraense.

Embora o português e o espanhol tenham a mesma origem, o latim, cada língua seguiu seu próprio caminho, carregando as influências culturais, históricas e sociais que geraram as diferenças significativas entre elas ao ponto de serem consideradas línguas distintas. Desse modo, pode-se dizer que as línguas dos dois grupos em estudo marcam, sem dúvida, a identidade de cada um, revelando como estão organizados e quais os significados expressos por cada um.

Nessa perspectiva, partimos da ideia de que a comunicação entre os médicos cooperados e os pacientes bragantinos só se tornava funcional quando havia compreensão suficiente entre os envolvidos. No momento da consulta médica, médicos cooperados, por vezes, se sentiam deslocados daquele espaço social porque circulavam códigos linguísticos diferentes⁵ que os pacientes bragantinos usavam e compreender essa variedade linguística regional era uma tentativa de adaptação, através da língua, dos valores culturais e identitários que caracterizam o povo bragantino e seus modos de interação.

Um momento interessante da pesquisa foi o exemplo de um paciente que relatou ao médico que sentia dores na “xereca”. Na variedade regional bragantina, a palavra é um substantivo que se refere a uma parte íntima do corpo feminino; no espanhol, é um adjetivo e significa “covarde”. Impasses linguísticos dessa natureza marcaram vários momentos das consultas. Importante notar que os termos que compõem o vocabulário de um indivíduo dão indícios de sua classe social, da faixa etária, do lugar onde reside, de seu grau de letramento, ou seja, o vocabulário de uma pessoa carrega traços da identidade dessa pessoa.

⁵ “Algumas doenças (nomes) já que cada região do Brasil tem suas particularidades”. (M3)

Assim, o uso da língua do paciente nas consultas, não é somente um instrumento de comunicação, de interação com o médico cooperado cubano, mas uma forma de contato com a identidade do sujeito/paciente. Isso colabora para a afirmação de que os sujeitos são alfabetizados nos contextos de suas culturas e meio onde estão inseridos historicamente. Nas interações em contextos de saúde, é preciso que haja atenção para esse aspecto a fim de que uma consulta médica não se torne inócua.

O quadro abaixo ilustra exemplos de termos populares bragantinos que apresentam semelhança fônicas entre o português e o espanhol, porém diferenças de significado. Os termos foram usados pelos pacientes bragantinos durante as consultas médicas com os médicos cubanos para relatar suas enfermidades e os significados em espanhol.

Tabela 2 - Diferenças e semelhanças das línguas em contato: português/espanhol

PORTUGUÊS (Variedade lexical empregada pelos bragantinos)	ESPAÑHOL (Cuba)
Curuba (feridas na pele)	Curuba (fruta de fazer suco)
Roxo (cor)	Rojo (vermelho)
Bucho (barriga)	Bucho (comida)
Bode (menstruação)	Bode (cabra)
Xereca (órgão sexual feminino)	Xereca (covarde)
Esquisito (estranho)	Exquisito (gostoso/ delicioso)

Fonte: Silva (2018, p. 88).

É importante esclarecer que, apesar das semelhanças entre as duas línguas, as dificuldades que existem nos seus aprendizados resultam dos fenômenos de variação linguística. Além desse fator, outros se cruzam no momento da fala, como, por exemplo, os tabus que existem em torno do uso de certas palavras referentes a doenças ou a partes do corpo que fazem com que um paciente comunique por circunlóquios, metáforas ou eufemismos os sintomas de sua enfermidade ou o nome da parte do corpo afetada. Esses aspectos culturais atravessam continuamente o uso da língua.

Segundo Labov “não se pode entender o desenvolvimento de uma mudança linguística sem levar em conta a vida social da comunidade em que ela ocorre” (LABOV, 2008 apud SILVA, 2018).

Dito isso, na análise dos dados da pesquisa, alguns colaboradores médicos identificavam as variedades linguísticas de seus pacientes e por vezes as consideravam estranhas e desconhecidas, conforme o relato de um dos médicos⁶: “Nas consultas existem várias palavras estranhas: cobreiro (Herpes zoster), caxumba (parotidite), frieira no pé (pé de atleta, micoses), dor nos quartos (lombalgia). (M2) e a esse respeito M3 continua e esclarece, mais ainda: “Sim, encontrei muitas palavras estranhas como, por exemplo: gastura, quentura”.

Essas variedades linguísticas do nortista bragantino são usuais e significativas para as práticas culturais de sua comunidade. Isso corrobora e comprova que as línguas são elementos

⁶ Todos os colaboradores receberam um código, visando preservar suas identidades, de acordo com os princípios éticos da pesquisa científica e do contrato que rege a permanência dos médicos cooperados cubanos em nosso país. Para definir o nome dos médicos cooperados cubanos tomou-se a letra inicial de suas profissões M, seguida do número de informantes: 1, 2, 3, 4, 5. Em seguida consideramos a letra P para designar os pacientes participantes da pesquisa, também seguidos das numerações.

dinâmicos que variam e sofrem modificações por conta de fatores históricos, culturais e sociais. (SILVA, 2018).

A pesquisa mostrou que os médicos cooperados cubanos se comunicavam com os pacientes bragantinos por meio de uma alternância entre as variedades linguísticas significativas dentro de uma mesma interação: ora usavam termos da medicina cubana e/ou universal e os termos da variedade linguística da região onde estavam inseridos. Os pacientes, por sua vez, por meio da variedade linguística empregada buscaram esforço comunicativo e revelaram traços de suas identidades. A esse respeito, Bortoni- Ricardo comenta (2005):

A variação linguística, que já foi vista na infância da ciência linguística, como uma ruptura da unidade do sistema, é concebida hoje como um dos principais recursos postos à disposição dos falantes para cumprir duas finalidades cruciais: a) ampliar a eficácia de sua comunicação; b) marcar sua identidade social (BORTONI-RICARDO, 2005, p. 175).

Reiteramos que a variação linguística em processo de interação de grupos sociais e individuais tem suas particularidades e especificidades. E, segundo Silva (2018), um grupo de médicos cooperados cubanos apresentava uma variedade linguística de português diferente daquela da comunidade brasileira e, especificamente, da bragantina. Assim, nesse contato, cada um, médicos e pacientes, usaram os recursos linguísticos que lhes foi concebido em seu processo de aprendizagem para viabilizar a comunicação.

2.2 ESTRATÉGIAS E SOLUÇÕES DIANTE DOS IMPASSES LINGUÍSTICOS NA INTERAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Com bastante esforço, os médicos foram, no decorrer de suas interações com os pacientes, criando instrumentos capazes de facilitar a compreensão e interpretação da comunicação da dor pelos doentes. Lançaram mão de estratégias que lhes pareciam mais claras e eficazes nos momentos das consultas. Desde as estratégias mais simples que eram resolvidas sem a intervenção de terceiros, até as que envolviam um terceiro indivíduo que pudesse atuar como tradutor. As estratégias usavam tanto a linguagem verbal quanto a não verbal conforme comentamos a seguir.

Diante de palavras e expressões desconhecidas os médicos usavam os toques físicos e pediam que o paciente indicasse, tocando o ponto ou órgão de dor. Embora esta já seja uma estratégia complementar e corriqueira nas consultas, naquela situação específica tornava-se mais do que um recurso complementar, tornava-se um recurso de tradução, imprescindível para que o médico pudesse entender o relato do paciente.

Havia situações em que não era possível a indicação do sofrimento físico por meio de toque de apontar o órgão. Como comunicar uma dor, por exemplo, que mudava de intensidade e de duração? Por isso, em muitos casos, além dos toques físicos, tanto médicos quanto pacientes apelavam para o uso de mímicas para indicar os movimentos, intermitências e duração da dor, o grau de intensidade e certos detalhes da enfermidade que não eram passíveis de toque físico. Nessa negociação, pacientes e médicos colaboravam para que a consulta prosseguisse com sucesso.

Quando havia, por parte do médico, a preocupação e a insegurança de que uma dada recomendação de tratamento poderia não ser bem entendida pelo paciente, o médico, não raras vezes, buscava também fazer desenhos que ajudassem o paciente a entender a orientação médica. Recomendações referentes aos horários de medicação, do dia e da noite, eram traduzidos por meio de desenhos.

Ao lado da estratégia de fazer desenhos para traduzir determinadas recomendações, os usos das cores também convergiam para a tarefa da tradução. Assim, os usos das canetas

coloridas também eram utilizadas para sinalizar detalhes nas recomendações escritas, enfatizar determinados pormenores recomendados, focalizar aspectos de importância da receita e, também, para conferir uma eficácia mais terapêutica à interação.

Para se fazer melhor compreendido, o médico também buscava a estratégia de falar pausadamente, de pronunciar as palavras em um ritmo que desse condições ao paciente de apreender o conteúdo do diálogo e a estratégia da repetição das orientações como forma de garantir a eficácia daquela consulta.

Quando o médico sentia dificuldade com algum termo ou expressão usada pelo paciente em que as demais estratégias eram ineficazes para a compreensão, o médico recorria a um terceiro indivíduo para atuar como tradutor. Alguém que fizesse parte do quadro da equipe de saúde presente no momento daquele impasse, geralmente era acionado para fazer a mediação entre o médico e o paciente e assim resolver o impasse linguístico.

Os pacientes relataram que, em alguns momentos, se sentiram incomodados com a língua espanhola, pois, muitas vezes não compreendiam o que o médico cooperado falava. Mas a dificuldade na comunicação, em momento algum, foi empecilho para a realização das consultas médicas, pois, naquele acordo tácito, aceitavam as estratégias sugeridas pelos médicos para suprir as necessidades ali apresentadas.

Assim, reiteramos que o uso de linguagem não verbal, de fala mais pausada e repetida, mímicas e auxílio de outros profissionais da saúde no consultório médico, foram as estratégias mais usadas pelos pacientes bragantinos para comunicar e fazer entender os sintomas e dores da sua realidade. A esse respeito, esclarece Queiroz (2014, p. 09);

Informações de qualquer natureza (verbais e não verbais) são fundamentais na medida em que funcionam como pistas para o provedor de saúde, pois trazem detalhes que indicam os estados físico e mental do paciente e, portanto, são informações imprescindíveis para a realização de um diagnóstico apurado e um programa de tratamento adequado.

Assim, a importância da comunicação na relação médicos cubanos e pacientes brasileiros foi se ressignificando a cada nova consulta, e, sempre que uma nova dificuldade se apresentava, uma outra estratégia de comunicação era buscada, ultrapassando as barreiras impostas pela diferença linguística que terminava por instaurar o entendimento efetivo.

3 HUMANIZAÇÃO COMO CUIDADO NO TRATAMENTO MÉDICO

Como já mencionado, a vinda dos médicos cooperados cubanos para o Brasil e, especificamente, para a região amazônica/Bragança, trouxe uma certa tranquilidade e assistência médica para as pessoas que não tinham o acesso frequente de médicos em suas comunidades.

Assim, vale ressaltar que a atenção, o respeito, a competência e a humanidade foram fatores observados, evidenciados e vividos durante a pesquisa. Tais elementos contribuíram para uma avaliação positiva do Programa Mais Médicos, nas comunidades que fizeram parte do estudo.

Dentre tais elementos de natureza positiva, o cuidado humanizado, a noção de respeito ao paciente bragantino sustentou-se durante a presença dos médicos cooperados no PMM presentes nos princípios que norteavam a ação médica na região bragantina. Entende-se, assim, que uma comunicação bem eficaz diminui possíveis conflitos que podem ser gerados durante o tratamento médico. Compreender o paciente como um todo, levando em consideração sua cultura, sua individualidade, suas regras linguísticas é item fundamental para que a experiência da dor para o doente seja menos focalizada e ele, o doente, considere-se respeitado.

O contato dos médicos cubanos com os pacientes bragantinos foi marcado por sutilezas, novas linguagens, dando sentido e significado às suas interações e a cada novo contexto de onde ambos os grupos faziam parte. Entendeu-se que o êxito e o sucesso de todo esse processo do direito à saúde foram garantidos devido aos laços que foram marcados pela disposição para as trocas linguísticas e culturais, de vivências e de histórias.

A ajuda ao próximo, o tratamento diferenciado, a capacidade de ouvir respeitando as diferenças e o apoio quando necessário foi reconhecido pelos pacientes por nós consultados, pois os médicos cubanos também faziam atendimentos domiciliares e fora de seus horários de trabalho. De acordo com uma das pacientes: “[...] ela é boazinha... olha pra gente e vai em casa na outra hora que não tá aqui no posto...Eu gostei. Porque antes, a gente vinha aqui no posto e não tinha médico” (P2)⁷.

Esse cenário nos levou a pensar na forte atuação dos médicos cooperados cubanos nesse atendimento humanizado, com foco nos determinantes sociais e ambientais visto que as populações que eles serviam moram em lugares remotos, periferias de grandes cidades e distritos indígenas, considerados os mais afetados pelos efeitos das desigualdades sociais que afetam o Brasil. E, de fato, é importante ressaltar que a migração dos médicos cubanos ocorreu de forma ordenada e sob condições humanitárias.

Assim, a experiência de pesquisa com médicos cubanos e pacientes bragantinos revelou que um bom relacionamento entre médicos e pacientes em união com a qualidade técnica possibilita um atendimento individualizado para os doentes por parte do médico, gerando satisfação no paciente durante o tratamento e, concomitantemente, firmando um olhar diferenciado e sensível para as questões humanas.

No tocante ao termo humanizar, Oliveira (2001, p.104) define:

Humanizar caracteriza-se em colocar a cabeça e o coração na tarefa a ser desenvolvida, entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios. O relacionamento e o contato direto fazem crescer, e é neste momento de troca que humanizo, porque assim posso me reconhecer e me identificar como gente, como ser humano.

Essa arte de saber olhar, ouvir e tocar constatada na relação do cotidiano entre médicos cubanos e comunidade bragantina, ultrapassou as diferenças de fronteiras de língua e ampliou, com o tempo, a percepção dos pacientes sobre o cuidado afetuoso, do sentimento de importância, de um relacionamento mais humanizado conforme ilustra o excerto a seguir.

A recepção da comunidade bragantina ao trabalho desenvolvido por nos foi muito bom, mesmo das dificuldades no meio pela língua o povo acolheu muito grato pelo jeito de nos trabalhar, na entrega, no humanismo e sem impasses de horário ou tempo de chuva ou sol. A gente trabalha sempre para melhorar a saúde das pessoas. (M2)

Esse tratamento humanizado, apresentado pelo médico acima, foi uma das características bem visíveis e elogiadas por pacientes bragantinos, refletindo suas satisfações. O modelo de comunicação “médico cooperado × paciente” pode ser uma proposta, uma pista para se instituir a cultura do cuidado humanizado entre médicos brasileiros e seus pacientes.

Para os médicos cubanos, essa relação participativa e compreensiva do sentimento, da dor do paciente bragantino é carregada de significações, de interpretações individuais e bastante simbólicas por uma importante razão: cada comunidade transmite suas narrações, comunica-se de forma diferente e, o contar da dor, também é um fato cultural, o que para os médicos cooperados precisa ser altamente observado.

⁷ P2: Paciente 2 – abreviação utilizada para indicar os pacientes entrevistados.

Na troca do contar e ouvir sensivelmente é que se pode chegar mais próximo de um diagnóstico preciso para um tratamento efetivo. Em certos casos, em um tratamento mais humanizado podem até ser dispensados exames laboratoriais e remédios farmacêuticos de modo que a recomendação para uma vida mais saudável, como alimentação adequada, atividades físicas podem fazer grande diferença.

Certamente que a proposta deste estudo não é a de romantizar a atuação dos médicos cubanos em sua breve passagem pelo Brasil, mas a de apresentar o olhar de uma parcela de cidadãos bragantinos que construíram uma relação médico-paciente com aqueles médicos e também a de apresentar o olhar de alguns desses médicos nessa mesma relação. Muitos aspectos dessa questão ainda estão por serem investigados. A este estudo coube esse breve recorte.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O contato dos médicos cubanos com a comunidade bragantina através do PMM apresentou uma série de experiências, tanto para a saúde como para outros campos de pesquisa. A pesquisa permitiu observarmos o seguinte: quando os falantes de espanhol e os de português foram colocados lado a lado, no contexto linguístico do outro, suas diferenças e semelhanças foram postas à prova. A partir desse contexto as interações foram criando sentido e estimulando suas compreensões.

Percebemos que ambos os grupos, médicos e pacientes, tiveram a oportunidade de se enriquecer de estratégias para facilitar as interações. Fizeram descrições e comparações dos aspectos universais de cada língua, das variedades regionais nos seus contextos de comunicação.

Nesse aspecto, para a compreensão mútua, médicos e pacientes utilizaram-se de linguagens não verbais como mímicas, toque e desenhos, além de falas pausadas para diminuir as dificuldades e até a convocação de um terceiro indivíduo para mediar o impasse linguístico surgido durante suas interações.

Em verdade, essas estratégias e soluções foram reações particulares dos médicos e pacientes para exercer seus poderes de decisão a fim de alcançarem metas de comunicação, produzindo, assim, escolhas e repertórios sempre na missão das dinâmicas em interação e especial para a narração, interpretação e avaliação dos sintomas da dor.

Tornou-se evidente que a procura por estratégias e soluções para manter o sucesso na comunicação foi o ponto forte que marcou a atuação dos médicos cubanos na comunidade bragantina, caracterizando a sua forma de atendimento como atendimento humanizado, muito necessário, principalmente no ambiente de saúde, tão descabido de humanização e insistentemente provido de dor e sofrimento.

Dor e sofrimento são experiências que carregam aspectos sociais, biológicos e culturais, por isso as assistências terapêuticas precisam ser acrescentadas de cuidado humano, valorização da vida e respeito à cultura do paciente. Assim, os médicos cubanos acreditavam que as variedades linguísticas bragantina/amazônica carregavam um conjunto de valores socioculturais dos pacientes que merecia ser considerado com cuidado.

Desse modo, compreende-se que, em contextos de contato linguístico, a possibilidade da troca sempre está presente. Na pesquisa em foco, médicos e pacientes estiveram expostos a uma situação em que a interação era imperiosa e a troca, inevitável. Dos impasses e dificuldades surgidos nas questões linguísticas emergiram as soluções que viabilizaram a interação e, conseqüentemente, a prática médica. Desse recorte de estudo fica ressaltado que os contextos de contato linguístico são importantes ambientes de observação que abrigam questões humanas muito significativas que merecem ser elucidadas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial n° 1369, de 13 de junho de 2011. Dispõe sobre a Implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil. **Diário Oficial da União** 2011; 14 jun.

BRASIL. **Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.369, de 8 de julho de 2013** – Dispõe sobre a implementação do Projeto Mais Médicos para o Brasil.

BAGNO, Marcos. Gramática Pedagógica do Português brasileiro. São Paulo, Parábola Editorial, 2011.

BENJAMIN, Walter. **A tarefa do tradutor**. Tradução de João Barrento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, 2008.

BORTONI-RICARDO, Stella Maris. **Nós chegemos na escola, e agora?** Sociolinguística e Educação. São Paulo, Parábola Editorial, 2005.

CALVET, Louis-Jean. **Sociolinguística: uma introdução crítica**. Trad. MARCIONILO, Marcos. São Paulo: Parábola Editorial. 2002.

DAMKE, Ciro. Políticas linguísticas e a conservação da língua alemã no Brasil. **Espéculo. Revista de estudos literários**. Universidad Complutense de Madrid, 2008. Acesso em: 26 mar. 2018 às 16h31min.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica**. Tradução Flávio Paulo Meurer. 2.ed. Petrópolis: Editora Vozes, 1998.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Brasil em desenvolvimento: Estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2013.

JAKOBSON, Roman. **Linguística e comunicação**. 20 ed. Tradução de Izidoro Blikstein e José Paulo Paes. São Paulo: Cultrix, 1995.

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (Org.). **Representações sociais**. Rio de Janeiro: Ed: UERJ, 2001, p. 17-44. Disponível em: <http://portaladm.estacio.br/media/3432753/jodelet-drs-um-dominio-em-expansao.pdf>. Acesso em: 25 de jun. 2018.

LABOV, W. **Padrões Sociolinguísticos**. São Paulo: Parábola, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. Ed. São Paulo: Atlas. 2003.

LE PAGE, R. B. **Projection Focusing and Diffusion**. York, Papers in Linguistics. Vol. 9, pp. 9-31, 1980.

MORIN, E.; WULF, C. **Planeta: a aventura desconhecida**. São Paulo: UNESP, 2003.

OLIVEIRA, M. E. **Mais uma nota para a melodia da humanização**. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. **A melodia da humanização: reflexos sobre o cuidado durante o processo do nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. 142 p.

PIMENTA, Cibele A. de M. & amp; TEIXEIRA, Manoel J. **Questionário de dor McGill: proposta de adaptação para a língua portuguesa**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 30, n. 3, p. 473-483, dez. 1996.

PMB. **Histórico de Bragança do Pará**. Bragança: PMB, 2015. Disponível em: <http://www.braganca.pa.gov.br/index.php/a-cidade>. Acesso em: 19 nov. 2018.

SILVA, Danielle Pinto. **Médicos cubanos e comunidade bragantina: notas sobre o contato linguístico espanhol/português em terras brasileiras**. 2019. Dissertação (Mestrado em Linguagens e Saberes na Amazônia). Universidade Federal do Pará. Bragança, 2019. 144 f.:

THOMASON, Sarah G. **Language Contact: An Introduction**. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2001.

WEINREICH, Uriel. **Languages in contact**. New York: linguistic Circle of New York, 1953.