

CLAMPEANDO O CORDÃO: A MATERNIDADE COMO UM ESPAÇO MULTISSEMIÓTICO DE (DES)CONSTRUÇÃO DE SENTIDOS

Clamping the Cord: Maternity as a multisemiotic space of meaning making

DOI: [10.14393/LL63-v35nEsp2019-2](https://doi.org/10.14393/LL63-v35nEsp2019-2)

Dalmo Alves Barbosa*

Ruberval Franco Maciel**

RESUMO: Em consonância com a proposta do número temático desta revista – o que significa pensar e fazer pesquisa de outro modo, no âmbito dos estudos e do ensino sobre o funcionamento da língua(gem) e dos processos de produção de sentidos? –, buscamos, no presente artigo, apresentar um diálogo inicial que se traduz em um exercício de deslocamento de olhares de dois pesquisadores, um com formação em Língua Aplicada e outro em Medicina com o propósito de problematizar a interface papel da linguagem com o aspecto de humanização na formação médica. A partir da perspectiva da duetnografia (NORRIS; SAWYER, 2012; BREAUULT, 2016; MORGAN; MARTI; MACIEL, 2019), objetivamos discutir os aspectos de construção de sentidos pautados nos estudos de semiótica social (BEZEMER; KRESS, 2016), de letramento em saúde (RUDD; ANDERSON, 2006) e de Letramentos (LEMKE, 2006, entre outros). Para tanto, revistamos a discussão acerca de construção de sentidos em três cenários - escola, museu e hospital. Para abordarmos as percepções dos pesquisadores, analisamos um centro cirúrgico e uma sala de parto de uma maternidade como espaços multissemióticos de construção de sentidos.

PALAVRAS-CHAVE: Construção de Sentidos. Multimodalidade. Letramento em Saúde. Duoetnografia.

ABSTRACT: In line with the proposal of the thematic issue of this journal – what does it mean to think and do research in another way, in the context of studies and teaching regarding the functioning of language and the processes of meaning making? – in this article we seek to present an initial dialogue as an exercise of displacement of two researchers, one within an applied linguistic background and the other within a medical background in order to discuss the role of language and humanization in medical education. From the perspective of duetnography (NORRIS; SAWYER, 2012; BREAUULT, 2016; MORGAN; MARTIN; MACIEL, 2019), we aim at discussing aspects of meaning construction based on social semiotic studies (BEZEMER; KRESS, 2016), in health literacies (RUDD; ANDERSON, 2006) and Literacies (LEMKE, 2006, among others). To this end, we revisit the discussion about meaning making in three scenarios - school, museum and hospital. To address the researchers' perceptions, the maternity hospital as a multi-semiotic space of meaning making was analysed, with emphasis on the surgery room and delivery room.

KEYWORDS: Meaning Making. Multimodality. Health Literacy. Duoethnography.

* Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Núcleo de Estudos de Linguagem e Linguística Aplicada. Curso de Medicina. Orcid: 0000-0003-3867-9621. E-mail: dalmoabarbosa(AT)hotmail.com

** Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Núcleo de Estudos de Linguagem e Linguística Aplicada. Curso de Letras e Medicina. Orcid: 000-0003-0373-1047. E-mail: ruberval.maciел(AT)gmail.com

1 Introdução

No Brasil, o currículo do curso de Medicina e a assistência em saúde têm sido orientados, por muito tempo, por perspectivas fragmentadas em modelos de atenção à saúde, conceito que engloba o cuidado, a assistência, a intervenção e as ações e práticas de saúde. Ao longo do tempo, houve predomínio de modelos fragmentados dos demais e com focos distintos. Dentre eles, em grande parte do século XIX, chama-se atenção para o modelo biologicista marcado por características somente curativas. Esse modelo reduz o processo saúde-doença a uma dimensão somente biológica, excluindo as peculiaridades do indivíduo em seu contexto cultural, histórico e social. Diante disso, no final do século XIX, com a necessidade crescente de uma atenção universal e integrada no país, buscou-se ampliar o conceito do processo saúde-doença de maneira que fossem organizadas ações de saúde numa perspectiva interdisciplinar e, assim, abandonando os modelos excludentes de assistência médica (BRASIL, 2014).

Nesse contexto de interdisciplinaridade, para iniciarmos a pesquisa – a maternidade como um espaço multissemiótico de construção de sentidos – partimos dos estudos sobre letramentos e multimodalidade pela familiaridade com a teoria por parte do orientador e dos estudos sobre letramento em saúde por situar o acadêmico de medicina com uma teoria que dialoga com a área formação. Além disso, problematizar os aspectos de construção de sentidos se fez necessário para que o acadêmico pudesse associar as várias modalidades, sobretudo com o conceito de sentido (*meaning*) e sentimento (*feeling*), para estabelecer interfaces com a perspectiva da humanização em saúde. Vale ressaltar que, a preocupação inicial se deu em promovermos a possibilidade de um estudo que contemplasse a prática do estudante estagiário em uma maternidade. O acadêmico buscou na área da linguagem a possibilidade de expansão de sua visão acerca do conceito de humanização em saúde. Ao se considerar o aspecto de comunicação médico-paciente, sua percepção até aquele momento, pautava-se em elementos verbais e não verbais tratados de maneira genérica.

Nesse raciocínio, o conceito de humanização tem sido um aspecto essencial no desenvolvimento da formação médica na atualidade. De maneira geral, esse conceito refere-se à relação médico-paciente com tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor, embora sua abrangência e aplicabilidade não estejam totalmente definidas. Na prática, a percepção de um atendimento humanizado é visível do ponto de vista do profissional por melhores condições

de trabalho, fortalecidas pela sua valorização, por boa gestão e por infraestrutura adequada. Por outro lado, do ponto de vista do paciente, a percepção acerca da humanização se dá pela garantida de direitos como cidadão, protagonismo na produção de saúde e pelo atendimento digno que respeita as diversidades de gênero, etnia, orientação sexual, etc. A desumanização, por outro lado, é um conceito síntese que reflete a percepção da população frente a problemas de saúde como a degradação do espaço de saúde, as longas esperas em filas na busca de atendimento, bem como na insensibilidade de algumas equipes de saúde. Outro aspecto importante a se destacar se refere ao aumento da desumanização relacionado com os avanços tecnológicos dos espaços de saúde e sua desarticulação da interrelação entre tecnologias e o fator humano entre profissionais com os usuários de saúde. Diante disso, em 2003, o Ministério da Saúde introduziu a Política de Humanização da Atenção e da Gestão (PNH), com o objetivo de humanizar as práticas de gestão e de atenção em saúde por meio de planejamento, implementação e avaliação dos processos de saúde e formação de seus profissionais. Com essa política de quebra dos valores biologicistas e com os avanços nas metodologias de formação de novos profissionais, busca-se conciliar o desenvolvimento do ambiente de saúde com a humanização médica (MUCCIOLI *et al.*, 2007; BRASIL, 2010).

Feitas tais considerações iniciais, levantamos os seguintes questionamentos: Qual é o papel da área de linguagem no processo de uma formação médica humanizada? No que se refere aos processos de construção de sentidos, como podemos ter possibilidades analíticas por intermédio da linguagem para a pesquisa na formação médica? De que maneira o centro cirúrgico e a sala de parto podem ser analisados como espaços multissemióticos de construção de sentidos por um estudante de medicina? Como ficam o olhar e as percepções do acadêmico de medicina sobre espaço hospitalar e acerca das pessoas nesse local a partir do contato com as perspectivas da multimodalidade? Esses foram alguns questionamentos que tivemos durante os momentos de orientação.

2 A Duoetinografia como perspectiva metodológica dialógica

Para promovermos uma interação entre as discussões dos dois autores deste texto, pautaremos-nos em uma perspectiva dialógica da duoetinografia. A duoetinografia, para Breault (2016, p. 777), “é um método de pesquisa relativamente novo no qual dois participantes in-

terrogam os contextos culturais das experiências autobiográficas”. Apoiados em Breaut (2016), chamamos atenção para o fato de que a duoetnografia se diferencia da autoetnografia uma vez que o autoquestionamento é estendido ao Outro. Na duoetnografia o “eu” não é o tópico de pesquisa, mas o local da pesquisa. Para Norris e Sawyer (2013, p. 13), os duoetnógrafos “unem-se para ajudar a entender melhor o fenômeno sob investigação”. Nesse sentido, Breault (2016, p. 778) esclarece que “a duoetnografia é de natureza autobiográfica, mas o foco é sobre como os pesquisadores experimentam e dão significados ao um determinado fenômeno e como esses significados são transformados ao logo do tempo”.

A duoetnografia, como uma pesquisa de natureza qualitativa, segundo Cresswell (2013), é sustentada por uma perspectiva construtivista ou de cosmovisão. Esse paradigma enfoca as experiências vividas e subjetivas do indivíduo e reconhece as crenças e valores dos pesquisadores como parte do processo de pesquisa. Nesse mesmo raciocínio, Morgan, Martin e Maciel (2019) afirmam que:

a duoetnografia busca superar ou compensar as limitações e desafios de abordagens isoladas ao contemplar e justapor outras vozes e experiências relacionadas aos fenômenos [...] Os pressupostos paradigmáticos que sustentam essa forma de investigação representa um olhar não-positivista ao contemplar olhares com orientação construtivista e pós-estrutural [...], isto é, menos preocupado em chegar a verdades singulares e objetivas (MORGAN; MARTIN; MACIEL, 2019, p. 10-11).

Essa perspectiva possibilita aos duoetnógrafos a possibilidade de criar textos polivocais a partir de dados coletados por múltiplas interações e apresentadas por temáticas (SAWYER; NORRIS, 2013). Neste artigo, as discussões serão organizadas de forma dialógica entre orientador e orientando e se pautarão nos dados a partir de fotografias de retiradas de um centro cirúrgico, bem como de uma sala de parto a partir das impressões de um acadêmico de medicina durante o seu estágio em ginecologia e obstetrícia em uma maternidade pública de Campo Grande/MS.

3 Construção de sentidos, multiletramentos e letramento em saúde: discutindo processos de construção de sentidos no contexto hospitalar

O processo de construção de sentido é um aspecto ativo e amplo que não está separado do plano de existência material como é comumente concebido por olhares cartesianos. Pautamo-nos em Lemke (2006), para afirmar que o sentido se encontra distribuído entre os espaços, os objetos, os organismos, as pessoas e as interações, ou seja, não existe o lado de fora da linguagem. Nesse raciocínio, o referido autor expande a visão do modelo cartesiano, ao propor os conceitos de *meaning* e *feeling* como dois aspectos inter-relacionados. Lemke (2006) concebe os sentidos como um sistema dinâmico que permite novas análises e pontos de vista científico. Destacamos que devemos ter em mente que esses conceitos não são universais, podendo o mesmo significado trazer diferentes percepções de acordo com o local, a cultura e a linguagem. Nesse sentido, acreditamos que possa trazer contribuições acerca da interface dos estudos de linguagem como a humanização da medicina, sobretudo ao consideramos o aspecto de *feeling*.

Ruberval: Dalmo, como você concebe o espaço médico dentro da lógica apresentada por Lemke e que relação você estabelece com o aspecto de humanização em saúde?

Dalmo: Para responder essa pergunta, destaco o seguinte trecho de Lemke para me fundamentar sobre o aspecto de sentido e sentimento.

Meaning e feeling são dois aspectos dos mesmos processos materiais, que o sistema dinâmico em que esses processos ocorrem é sempre maior do que o que pensamos ser um organismo humano individual, que o sentidos e o sentimento (*meaning and feelings*) como processos ocorrem sempre em múltiplas escalas de tempo e escalas de organização em sistemas dinâmicos abertos e complexos e têm suas origens em sistemas que podem ser mais simples que as células únicas (LEMKE, 2008, online).

Nesse excerto, Lemke chama atenção para o fato de que tanto os sentidos quanto os sentimentos são processos distribuídos, situados, dependentes do contexto, ativos e específicos da cultura. Além disso os conceitos de *meaning e feeling* têm o propósito de excluir o sentido de *feeling* como algo oposto à razão como comumente é concebido no pensamento científico convencional. Ao remeter essas afirmações para o aspecto da humanização, entendo

que, apesar dos avanços tecnológicos do espaço médico no cuidado aos pacientes, a atenção à dimensão humana (incluindo o *meaning* e o *feeling*) necessita estar na base do processo de intervenção na saúde. Nesse sentido, construir sentidos é uma questão de reconhecermos de forma consciente e explícita as “regras do jogo” (no contexto desta discussão, como o espaço pode alterar percepções dos usuários e dos profissionais de saúde), de forma que se possa intervir nos aspectos de *meaning* e *feeling*, na cultura social e em outros contextos. Assim, é possível que na formação médica, consideremos os aspectos de *meaning* e *feeling* relacionados à organização e à estrutura física das instituições de saúde, bem como o elemento humano como aspectos potenciais para a implementação de novos conceitos e práticas voltados para a humanização da assistência.

Ruberval: O ambiente de saúde é um espaço, como qualquer outro e permite diferentes formas de construção de sentidos. Trata-se de um ambiente peculiar que busca promover a comunicação por intermédio de diversas modalidades que devem ser adequadas a diferentes públicos, incluindo os próprios profissionais do espaço. Nesse raciocínio, a vertente do Letramento em Saúde tem investigado a interface entre o processo de construção de sentidos e sua interrelação como usuários em saúde. Que leituras expandiu suas percepções acerca dessa temática?

Dalmo: Poucos são os estudos que exploram especificamente os aspectos de linguagem e quando abordam, enfatizam principalmente o uso ‘adequado’ da linguagem verbal em contextos médicos. Pioneiros nessa questão, Rudd e Anderson (2006) destacam o conceito Health Literacy Environment. Os referidos autores têm investigado a capacidade dos pacientes de entender questões de saúde em contextos médicos relacionados com as modalidades de comunicação do espaço, chamando atenção para que as instituições de saúde possam atender às expectativas dos usuários de saúde.

Sob essa óptica, apoiamo-nos nos estudos de Rudd e Anderson (2006), para abordarmos sobre a relação entre espaço e sentido. Tais autores produziram um guia voltado para a profissionais da saúde visando mitigar as barreiras de comunicação entre fornecedores e usuários de saúde no que se refere à organização do espaço.

Ao identificar barreiras à comunicação no espaço, estratégias multimodais podem ser consideradas e planejadas de forma a melhorar o letramento no espaço de unidades de saúde. Dessa maneira, o guia concentra suas atenções nas principais atividades e tarefas realizadas pelos visitantes e pelos pacientes quando entram em uma unidade de saúde. Pacientes, visitantes e até mesmo a própria equipe deveriam encontrar os caminhos na instalação, uso de materiais e preencher formulários de maneira satisfatória.

Para que as instituições atendam às expectativas dos usuários, Rudd e Anderson (2006) chamam atenção para o fato de que sinalizações multimodais físicas são necessárias nos serviços de saúde, envolvendo materiais impressos, sinais e postagens, formulários de histórico médico, cores no espaço etc. Além disso, a comunicação do paciente com os próprios profissionais no espaço de saúde é de importância crítica para o desenvolvimento da aprendizagem e para a resolução de problemas. Para tanto, os referidos autores a partir do guia destacam cinco aspectos a serem avaliados, sendo eles: navegação, material impresso, comunicação, tecnologia e, por último, políticas e protocolos. Para isso, são feitas perguntas que buscam chamar atenção para os aspectos relacionados à espacialidade dos ambientes de saúde, as quais são respondidas pelo usuário (profissional responsável pelo espaço). Ao final, é feita uma análise das respostas.

Diante dessas análises, o guia possibilita englobar potencialidades, limitações, prioridades/pontos de partida e delimitar a equipe envolvida na iniciativa de letramento em saúde na instituição. Assim, o conceito de *Health Literacy Environment* associado à multimodalidade como criadora de um espaço multissemiótico de construção de sentidos, pode ser a chave para melhorar a resposta as emergências. Pode, ainda, diminuir problemas de saúde por promover letramentos aos pacientes em relação às suas doenças, o que aumenta a adesão a tratamentos e a manutenção da atenção à própria saúde.

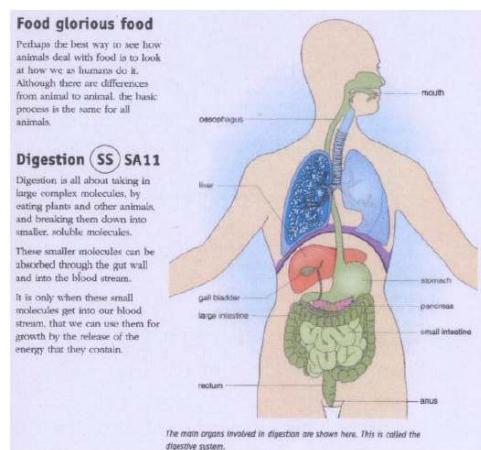
Após essas considerações iniciais, podemos dizer que a forma pela qual o espaço multissemiótico dos contextos de saúde é organizado pode facilitar a comunicação entre profissional e paciente, bem como otimizar o tratamento e o entendimento sobre suas doenças, utilizando-se de linguagem adequada e acessível. Embora de diferentes áreas, podemos afirmar que os trabalhos de Rudd e Anderson (2006) dialogam com Bezemer *et al.* (2012), ao

buscarem modalidades da comunicação que possam tornar explícito o conhecimento não-expresso e prático dos profissionais da saúde. Bezemer *et al.* (2012) expande as noções de texto ao contemplar o processo de *meaning* e *feeling* com diferentes contextos, usando uma abordagem semiótica social multimodal. Essa abordagem centra-se na criação de significado com base em recursos socialmente organizados os quais fazem sentido em um domínio analítico e descritivo. Os recursos incluem modalidades como imagem, escrita, gesto, olhar, fala, postura e mídia. Essas modalidades se organizam em ambientes projetados para o aprendizado.

Em seu trabalho, a abordagem semiótica social multimodal, Bezemer *et al.* (2012) discutem os processos de construção de sentidos a partir de três diferentes espaços – em uma escola, em um museu e em um hospital. Nesses contextos, os autores ilustram as maneiras pelas quais a perspectiva multimodal pode expandir a possibilidades de criação de sentidos e suas interrelações com a aprendizagem. Assim, as formas de construção de sentidos são exemplificadas a partir de livros didáticos de ciências e dos desenhos feitos por alguns visitantes da exposição do museu, bem como pelas ações corporais de um estudante de medicina que auxilia em uma operação cirúrgica, conforme discutiremos mais detalhadamente no decorrer deste artigo e, dessa forma, daremos ênfase à interface entre linguagem e saúde.

Com relação ao aspecto de construção de sentido no contexto da aprendizagem escolar, Bezemer *et al.* (2012) fornecem a ilustração de um livro de Ciências sobre a digestão em que a construção multimodal bidimensional formada pela imagem (layout, disposição e tamanho dos órgãos), e pela escrita, contribuem para criar um significado sólido na mente de quem está lendo o texto (figura 1). Dessa maneira, explorar ainda mais os recursos já existentes ou aumentar as modalidades usadas podem potencializar a comunicação e a criação de significados.

Figura 1 – Excerto de um livro de ciência.



Fonte: Bezemer *et al.* (2012).

Ressaltamos que embora haja a preocupação de como o texto multimodal é organizado e seus possíveis efeitos de sentido, chamamos a atenção para o fato de que os textos multimodais vão determinar sentidos de acordo com os recursos internos, da perspectiva e do interesse de quem está os lendo e não são pré-estabelecidos. Nessa direção, para exemplificar o processo de construção de sentido como um processo situado e contextual, Bezemer *et al.* (2012) discutem como o aprendizado de uma criança de três anos ocorreu ao desenhar sua representação de um carro na forma de sete círculos, conforme a ilustração a seguir (figura 2).

Figura 2 – Desenho de uma criança de três anos.



Fonte: Bezemer *et al.* (2012).

Os círculos do desenho representavam as rodas que, para a criança, eram um critério essencial ao significado de um carro. Como discutido no trabalho, o significado foi uma sucessão de duas metáforas: rodas são como círculos e muitos círculos são como um carro. Como discutido pelos referidos autores, a altura da criança (sua posição) tem grande importância para enaltecer as rodas como o aspecto principal. Assim, Bezemer *et al.* (2012) afirmam que o desenho da criança representa sua posição e seu interesse de acordo com sua

condição (física, afetiva, cultural e social) naquele momento. O desenho da criança mostra como um criador de significado seleciona critérios para determinar sua representação e seu significado final, fazendo com que as representações sejam quase sempre parciais.

No que se refere a um museu como um espaço multissemiótico de construção de sentido, Bezemer *et al.* (2012) chamam atenção para o fato de que se busca planejar este espaço para o envolvimento e interação dos visitantes. Para tanto, os sentidos são produzidos a partir da combinação de inúmeros recursos, sejam eles objetos culturais, textos, réplicas, rótulos, telas de computador, sons, iluminação, painéis, etc., como pode ser observado na figura 3.

Figura 3 – Imagem da exibição “London before London” (Museu).



Fonte: Bezemer *et al.* (2012).

O design de uma exposição no museu, conforme Bezemer *et al.* (2012), pode estimular a imaginação de como o mundo poderia ser ou ter sido e suas relações com o presente. A forma de exibição pode ainda sugerir a relação do objeto com sua origem. Por exemplo, diante de um objeto antigo encontrado no rio, o fundo azul pode despertar os sentidos da água e consolidar significados quando associado a outras modalidades. Ressaltamos que neste contexto, semelhante ao que ocorre em um livro bidimensional didático, os conjuntos multimodais e a sua disposição espacial são organizados de maneira que sugerem caminhos de “leitura” para os visitantes. Para isso, são utilizados aspectos tridimensionais como ângulo, tamanho, posição e também a cor.

No que se refere ao hospital, mais especificamente o centro cirúrgico como um espaço multimodal de construção de sentidos, Bezemer *et al.* (2012) descrevem a interação entre um

cirurgião e um estudante de medicina enquanto realizam uma operação (considerada pequena) sob anestesia geral. A tarefa do estudante de medicina é manter os instrumentos fixados no lugar, permitindo ao cirurgião ter visão sobre o alvo principal e concluir a cirurgia. No estudo, os autores identificaram, por intermédio de gravação em vídeos, três maneiras pelas quais o médico preceptor e o estudante de medicina posicionaram os instrumentos durante a operação. Primeiro, o médico preceptor posicionou o instrumento e entregou-o ao estagiário ou ajustou o posicionamento de um instrumento já ocupado pelo estagiário colocando as próprias mãos sobre o estagiário. Em seguida, o médico descreveu verbalmente onde o instrumento precisa ser posicionado, por exemplo, dizendo “deslize-o um pouco mais lateralmente”, apontando para um instrumento mantido pelo estagiário. Por fim, o estudante de medicina posicionou os instrumentos, por sua própria iniciativa. A partir dessas considerações, foi possível identificar vários recursos comunicativos para organizar o posicionamento dos instrumentos.

Os autores analisaram que quando a comunicação se limita à modalidade gestual, as informações são menos precisas. Para mitigar a limitação da comunicação gestual, o médico ampliou as formas de construção de sentidos ao utilizar outras modalidades como a visual, o toque e o linguístico. Além disso, a própria iniciativa do treinando, quando ele sente que é capaz de fazer (verificar conjugação verbal), era sempre seguida de uma avaliação positiva do preceptor, realizada sobretudo pela modalidade gestual, o que pode reforçar o significado.

Ruberval: Como você ressignifica o trabalho de Bezemer *et al.* (2012) com sua experiência no centro cirúrgico?

Dalmo: A partir de minha prática, falas descritivas muitas vezes eram na realidade menos precisas por serem descritas da perspectiva do preceptor, o que pode ter como foco algo que não está em minha visão ou em meu próprio foco. A modalidade verbal, principalmente quando o estagiário está iniciando (mesmo com aporte teórico) pode não ser a melhor modalidade de forma isolada. Interpreto que nós acadêmicos, nessa etapa de formação, temos uma representação parcial da cirurgia, ainda não determinando o que deve ser mais importante para o cirurgião em cada tempo cirúrgico. Assim, no início, gestos, como o preceptor posicionar as pinças, vão

moldando os focos e os significados do aluno que passa a diminuir a representação parcial para uma representação mais total do ato. Dessa forma, o uso das duas modalidades pode ser especialmente útil nas fases iniciais, tornando o estagiário mais confiante para fazer posicionamentos por conta própria, posteriormente.

Ao associarmos os aspectos de *meaning* e *learning* no contexto hospitalar, interpretamos que, com base no relato de Bezemer *et al.* (2012), as mudanças na atitude do aluno podem ser tomadas como sinais de aprendizado: a princípio, o médico preceptor age como modelo, sugerindo ao estagiário como, onde e quando posiciona os instrumentos. O estudante de medicina então começa a posicionar os instrumentos, demonstrando que se apropriou dos conhecimentos necessários para realizar os procedimentos requeridos. Assim, podemos ver como sinais e designs de aprendizagem multimodais estão interligados em uma comunicação complexa em que o professor dá instruções e o aluno exibe respostas cada vez mais precisas. Nessa questão, a perspectiva semiótica social multimodal chama a atenção tanto para a interação, quanto para os significados produzidos em uma interação. É importante, ainda, olhar para essa comunicação não apenas da perspectiva do "educador", mas também da perspectiva do aprendiz.

No processo de aprendizagem, segundo Bezemer *et al.* (2012), o interesse do aprendiz molda a atenção para o que deve ser aprendido, levando à seleção do que é apresentado no mundo, e o interesse (do aprendiz) determina o foco no que deve ser envolvido na aprendizagem.

Ruberval: Como você ressignifica essa afirmação a partir de sua atuação no centro cirúrgico?

Dalmo: Acredito que nem sempre o interesse do aprendiz está de acordo com o que deve ser aprendido, devido a sua inexperiência. Em outras palavras, na cirurgia, apesar de se ter um objetivo principal, há objetivos "secundários" (tão importantes quanto o principal), como a hemostasia, por exemplo. Um estudante inexperiente pode estar focado em aprender o objetivo principal que geralmente pode ser uma dissecação, e assim dar menos atenção para uma hemostasia. Com isso, o cirurgião pode estar

interessado em conter algum sangramento, mesmo que seja mínimo, mas isso não é óbvio para o estudante se não houver uma comunicação.

Ruberval: Ao considerar a semiótica social a partir dos trabalhos de Bezemer *et al.* (2012), quais são as possíveis limitações e potencialidades para se considerar em sua formação acadêmica em medicina?

Dalmo: Em minha experiência, como acadêmico de medicina, somos orientados a ver a humanização como parte essencial do médico e, para isso, devemos ter uma boa comunicação e relação médico-paciente de forma a entender o paciente e suas nuances, não nos limitando à sua doença, mas sim vendo o paciente como um todo. Contudo, trabalhando com os estudos de Bezemer *et al.* (2012), pude buscar enxergar, além dos aspectos do próprio paciente, o contexto multimodal dos espaços e em que atendo esses pacientes, dando atenção a aspectos antes não vistos no espaço e me incluindo como parte deste. O mesmo paciente em diferentes contextos pode ter diferentes percepções e o profissional inserido nesse espaço deve estar atento para que as possibilidades de percepções construídas sejam satisfatórias para o paciente. Apesar da semiótica social ter contribuído para expandir minha visão sobre o contexto da maternidade ao problematizar o conceito de construção de sentidos por intermédio de múltiplas modalidades, considero que a perspectiva dos designs são limitados a um framework de sentidos e nesse sentido, necessita de dialogar com outras teorizações para contemplar um contexto mais complexo de percepção, sensibilidade e sentidos.

4 Espaços multissemióticos de construção de sentidos em contexto hospitalar

O centro cirúrgico e a sala de parto são dois espaços multissemióticos distintos e possíveis para uma futura mãe. Cada um desses espaços com seus contextos diferentes pode despertar efeitos de sentidos únicos para a gestante e para o profissional inserido. Em minha vivência como acadêmico nesses contextos, pude destacar aspectos importantes sobre minhas percepções a respeito destes espaços multissemióticos e de como interpreto como a gestante se sentia em cada um deles. Nesse sentido, destaco algumas definições de termos importantes

necessários para compreensão desta parte e, em seguida, farei uma comparação de aspectos analisados de cada espaço multissemiótico em que atuei, encerrando com minhas percepções e experiências dentro desses contextos e de como eles influenciariam nas percepções da gestante no momento do parto.

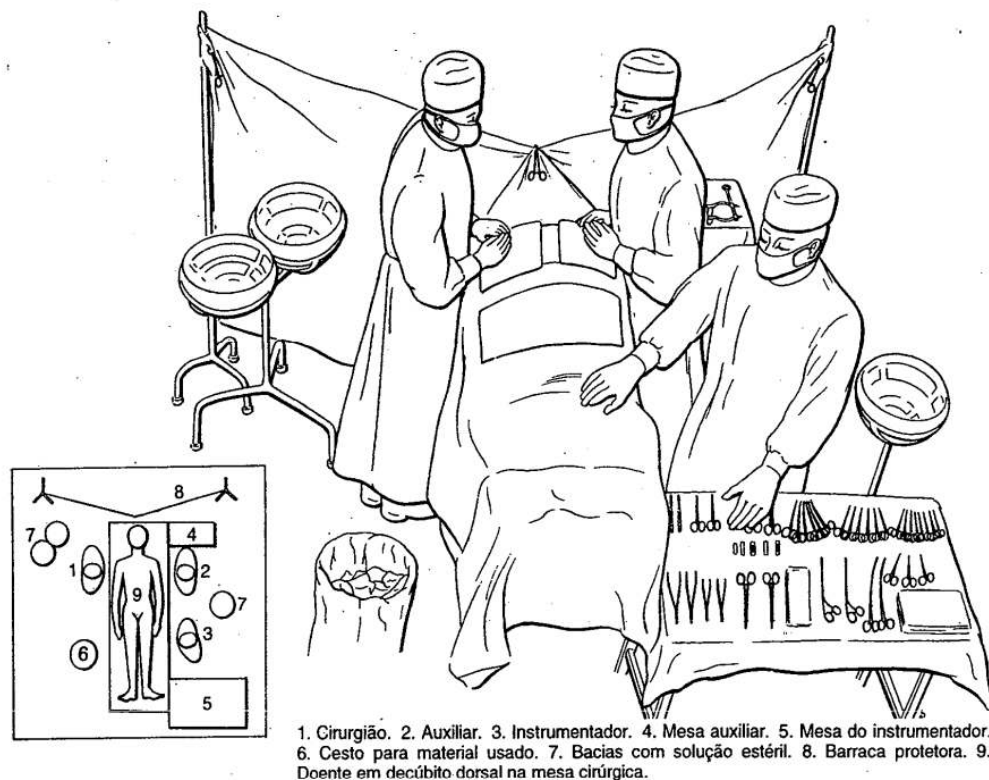
Nos estudos de medicina e de neurociência, define-se “sentido” como a interpretação do ambiente (estímulo externo) por meio de sistemas sensoriais biológicos de visão, tato, olfato, paladar e audição. Por outro lado, a “percepção” se refere à interpretação desses sentidos pelo indivíduo de maneira que ocorra relações entre as modalidades, as experiências e as peculiaridades de cada ser (GAZZANIGA; IVRY; MANGUN, 2002). Considerando esses aspectos, busco nesta parte, descrever minhas percepções de como poderiam ser os sentidos de uma gestante em dois espaços multissemióticos da maternidade que tem o parto como a mesma finalidade, mas por diferentes meios. Com isso, é importante destacar que, apesar dos sentidos mostrados e descritos aqui serem o espaço como ele é, as percepções de diferentes gestantes variam drasticamente no mesmo contexto e são baseadas nas suas individualidades. Revezando Lemke (2006), tanto os sentidos quanto os sentimentos são processos distribuídos, situados, dependentes do contexto, ativos e específicos da cultura. Assim, minhas percepções podem ser apenas uma das inúmeras possibilidades. Contudo, a importância desta emergência não está somente em tentar inferir todas as possibilidades, mas sim em chamar a atenção para como esses espaços multissemióticos podem se diferenciar em diversos aspectos multimodais.

Para iniciar a descrição desses espaços, identifiquei quais modalidades mais predominam em cada um deles. Por um lado, o centro cirúrgico é marcado pelo silêncio e comunicação que se caracteriza pelo uso da linguagem gestual e verbal. Os gestos são precisos e únicos para cada instrumento utilizado durante a cirurgia. Comandos verbais são feitos quando o gesto não é atendido ou para passar instruções. Diálogos aleatórios, às vezes, acontecem entre os profissionais ali presentes. Por outro, a sala de parto tem como característica ser um ambiente de muitos ruídos, especialmente no momento expulsivo do parto e conta com uma linguagem predominantemente verbal a qual é feita muitas vezes de maneira bem rápida e alta (especialmente em trabalhos de partos com evolução rápida).

Esses ambientes ainda se diferem quanto à quantidade de pessoas: no centro cirúrgico, o número da equipe é reduzido, composta normalmente por um cirurgião, por um auxiliar, por

um pediatra, por uma circulante e por um acompanhante. Nesse espaço, pode-se notar uma hierarquização na posição de cada membro, ficando o cirurgião na maioria das vezes, ao lado direito da paciente. Essa característica hierárquica não é exclusiva da cesárea, mas também de outros tipos de cirurgia, por questões de praticidade no procedimento. Variações ocorrem para cada tipo de cirurgia e também quando o médico cirurgião é canhoto, por exemplo (ver figura 4). Na sala de parto, além do médico obstetra, vários profissionais e voluntários auxiliam na arrumação e no preparo para receber o bebê. A hierarquia não é rígida neste espaço e o fluxo de pessoas para preparar os instrumentos para o momento do parto é alto.

Figura 4 – Disposição da equipe cirúrgica em intervenções no pescoço, mediastino anterior, abdome superior ou hérnia inguinal direita.



Fonte: Goffi (2001).

No que se refere ao toque, no centro cirúrgico, há um predomínio de um toque instrumental, marcado por finalidades apenas objetivas de se anestesiarem, avaliar sinais vitais, obter acessos venosos e de fazer a cirurgia em si. Em alguns casos, o toque afetivo (toque espontâneo) acontece durante o preparo pré-cirúrgico da paciente, podendo ser por um ou

vários profissionais, principalmente em casos em que houve um acompanhamento prévio da paciente por esses profissionais. Na sala de parto, o uso do toque instrumental também é frequente. Contudo, neste espaço, quando associado ao toque afetivo pode ser ainda mais significativa, causando diferentes efeitos de sentido que podem ressignificar o momento doloroso do parto para a futura mãe. A tabela 1 compara alguns aspectos entre os dois contextos multimodais.

Tabela 1 – Dois espaços hospitalares multissemióticos de construção de sentidos

CENTRO CIRÚRGICO (BEZEMER, 2016)	SALA DE PARTO (BARBOSA; MACIEL, 2018)
SILÊNCIO (DEPENDENDO DE CADA CIRÚRGIA)	BARULHO NO MOMENTO EXPULSIVO DO PARTO
CONDUTAS E ORDENS SÃO PRECISAS	
COMUNICAÇÃO VARIA ENTRE GESTUAL E VERBAL	COMUNICAÇÃO PREDOMINANTEMENTE VERBAL
QUANTIDADE REDUZIDA DE PESSOAS NA SALA	QUANTIDADE MAIOR DE PESSOAS, FREQUENTEMENTE COM OBSERVADORES
TOQUE INSTRUMENTAL	TOQUE INSTRUMENTAL E TOQUE AFETIVO
OS PAPÉIS DE CADA MEMBRO SÃO BEM DEFINIDOS	

Fonte: elaborada pelo autor.

Diante desse cenário, no que se refere aos aspectos de *meaning making* de Lemke (2008), as percepções do centro cirúrgico para mim como acadêmico são de um ambiente hostil, muito dependente da equipe do momento, onde não pode haver mínimos erros, pois além de poder causar prejuízos ao paciente, também aumenta o trabalho e o estresse de outros profissionais. Por ser um local que só é frequentado pelos acadêmicos em momentos de procedimento (como a cesárea e outras cirurgias), o diálogo com a equipe é quase sempre direta, tornando o ambiente menos acolhedor. Contudo, como ressaltado, algumas equipes são mais acolhedoras e tendem a trazer mais conforto por meio de diálogos. No que se refere ao espaço, a organização e limpeza são as características mais visíveis e nada pode ser contaminado, uma vez que os procedimentos feitos são estéreis, o que mantém os olhos atentos da equipe em relação aos estagiários. A locomoção neste espaço é restrita e tudo acaba sendo meio apertado, principalmente dentro das salas de cirurgia, onde os tecidos “verdes/azuis” não poderiam ser tocados, trazendo, às vezes, uma sensação de sufocamento e

de tensão. Nesse espaço, não só os tecidos, mas também as cores da parede são esverdeadas ou azuladas, pois estas cores são “opostas” ao vermelho e realçam a cor do sangue, diminuindo o cansaço e a desconcentração pela visão. Contudo, é importante ressaltar que ver esse ambiente como um espaço hostil e pouco acolhedor faz parte de minha percepção enquanto acadêmico e das minhas experiências nesse contexto. Nem todos os acadêmicos têm percepção semelhante ao que vai de acordo com os profissionais com que trabalharam, de qual tipo de cirurgia participaram e das peculiaridades do espaço em que atuaram.

Com base em registros diários de campo acerca das possíveis percepções das gestantes inferidas por conversas entre elas, pesquisador e outros profissionais, o centro cirúrgico parece ser percebido por elas de maneiras diferentes, levando em conta a sua chegada em relação a sua dor, ao seu bebê, a sua família e por qual equipe foi atendida. Chegando nesse espaço, a paciente se depara com um local mais frio e com alguns ruídos de aparelhos ao fundo, o que, num contexto em que ela dá atenção aos sentidos, pode despertar mais nervosismo para o momento. Todavia, se por um lado, algumas chegam a questionar os números por exemplo de sua pressão e assim dar mais atenção aos estímulos externos do momento, por outro, algumas gestantes parecem não estar atentas ao espaço e sim às pessoas e à ansiedade de sua própria cirurgia. Suas visões ficam atentas às expressões faciais e às poucas falas, talvez porque essa seja umas das únicas formas de ela ter ideia de como está sua cirurgia e seu bebê. Deitada no leito, se não está com muita dor, ela apenas precisa esperar até que os profissionais façam os procedimentos para iniciação da cirurgia. Sua visão neste momento, são dos aparelhos que mostram seus sinais vitais (pressão arterial, batimento cardíaco), e das luzes fortes (imagens 1 e 2).

Imagem 1 e 2 – As simulações da percepção do olhar da gestante durante a cirurgia.



Fonte: do pesquisador.

No centro, algumas gestantes têm inúmeras dúvidas e conversam bastante antes da cirurgia. A equipe normalmente explica os procedimentos e tenta conversar objetivamente para buscar informações necessárias como: “alergia a algum medicamento?”. Por outro lado, experiências de uma paciente com dor parecem ser delirantes e desesperadoras: no leito, imploram por anestesia e para o início da cirurgia. Contudo, nem sempre é possível fazer isso da maneira mais rápida, pois tudo depende da lotação de pacientes, disponibilidade dos profissionais e da urgência da situação. Neste caso, a comunicação apresenta mais barreiras e os profissionais tentam colher informações, mas encontram dificuldade. Interpreto que a gestante com dor de alta intensidade parece se desligar do espaço e focar apenas em seu sentido e apenas quer o alívio de qualquer maneira. Não há nada neste ambiente multimodal que pareça aliviar a dor e a ansiedade deste momento. Feita a anestesia, essa gestante normalmente se tranquiliza bastante. A partir desse momento, as pacientes são desestimuladas a conversar para evitar repercussões pós-cirúrgicas e ficam acordadas esperando que tudo acabe. Dependendo da equipe e da relação prévia da paciente com o médico, por exemplo, as informações sobre as etapas “já estamos terminando, está tudo bem” e perguntas como “está com sono?” são feitas com mais frequência de forma a atingir efeitos de sentido tranquilizantes para a paciente no momento. Contudo, isso nem sempre é feito e predominam os diálogos entre cirurgião e auxiliares, normalmente como descritos por Bezemer *et al.* (2012). Vale ressaltar, que o toque praticamente instrumental durante todo o

procedimento pode gerar ansiedade a cada etapa e, pouco ou quase nunca, o toque afetivo/humanizado é feito neste espaço.

Em seguida, na sala de parto, as minhas percepções são de um ambiente menos hostil, em que o nível de estresse varia de acordo com a quantidade de pacientes no local e com a demanda que cada uma delas faz. Esse é um ambiente limpo, mas que não necessita tanto rigor quanto o centro cirúrgico em todos os procedimentos, variando esse rigor de profissional para profissional. Isso acaba gerando menos tensão, principalmente do ponto de vista dos acadêmicos que estão inseridos no espaço para aprender. Neste espaço, diferentemente do centro cirúrgico, o posto de enfermagem (onde são preparados medicamentos e são feitas prescrições) fica próximo à área de descanso, o que faz com que os profissionais estejam em constante diálogo. Esse fato, talvez permitiu maior acolhimento dos acadêmicos como parte da equipe, diminuindo conflitos e tensão.

Pela modalidade da visão, a cor do espaço das salas de parto é muito semelhante ao centro cirúrgico, mantendo seu aspecto hospitalar, em que um corredor da origem a várias salas de parto. Todavia, as salas de parto têm características mais acolhedoras com cartazes informativos, luzes de intensidade reguláveis, leitos confortáveis, local para acompanhante e para o futuro bebê. Além disso, neste espaço, a gestante tem autonomia para transitar pelos corredores e ficar onde se sentir mais confortável para o seu trabalho de parto. Vale ressaltar que apesar de todas essas características, a percepção deste espaço para a gestante varia muito de acordo com sua dor. Em casos de dores delirantes, parece-me que muito pouco valor é dado às características desse espaço pela paciente, a qual acaba muitas vezes desejando o centro cirúrgico. Entretanto, nos casos em que a dor ainda não é um fator limitante para a observação, as pacientes demonstram-se atentas aos detalhes do ambiente, usando-se das bolas suíças, das modalidades impressas, do espaço para se movimentar e também do próprio leito (Imagem 3).

Imagem 3 – Sala de parto.



Fonte: do pesquisador.

Por fim, além de ressaltar a navegação deste espaço que pode ser feita de maneira simples e autônoma e do material impresso com orientações sobre o trabalho de parto, este ambiente conta e deve contar com uma boa comunicação oral entre profissionais e pacientes. Dúvidas são frequentes a cada procedimento e tudo deve ser muito esclarecido para evitar maiores problemas, incluindo explicar até onde o profissional pode atuar de acordo com o sistema público de saúde. Nesse sentido, muitos conflitos ocorrem, pois pacientes que estão em trabalho de parto muito doloroso questionam o porquê de não poderem optar pela cesárea. Sabe-se que no sistema público não há como atender a todos os pacientes de acordo com suas vontades, tanto devido ao custo elevado de recursos para cirurgias como também pelo pequeno número de profissionais médicos.

5 A humanização por intermédio da linguagem

Dentro do contexto de atendimento humano aos pacientes, podemos destacar a modalidade do toque entre profissional e paciente como um ponto de discussão importante no contexto de saúde. Para tanto, Bezemer e Kress (2014) descreveram três tipos de toque em

âmbito hospitalar: o toque implícito, o toque explícito e o toque como modalidade de representação e comunicação. De início, o toque implícito tem um significado para quem o está fazendo como exemplo quando o profissional administra uma injeção no paciente com a intenção de injetar um medicamento o que não tem significado endereçado para outro sujeito como comunicação. Todavia, esse toque, visto pelo paciente ou outro observador, pode ter outros significados: se feito de maneira dolorosa ou demorada pode ser interpretada como um sinal de incompetência. Em seguida, o toque explícito assim como o anterior, não tem intenções comunicacionais. Neste tipo, o toque tem características exploratórias de superfícies, de temperatura, estruturas e assim por diante. Pode ser significativo para o observador em algumas circunstâncias como quando o médico diz para o estudante tocar o fundo do útero após mostrar como fazer. Por fim, o toque como modalidade é descrito como o toque endereçado para alvos comunicacionais, podendo ser coerente ou não coerente como a ação em andamento, sendo um recurso totalmente semiótico. Por si só, esta modalidade pode transmitir uma complexidade de informações, mas normalmente está junto de outras modalidades para construção do significado.

Ruberval: Como acadêmico, de que maneira você percebe o efeito de sentido na mãe do aprendizado acadêmico e do toque?

Dalmo: No que se refere ao aspecto de *meaning* e *feeling*, destaco o toque como modalidade essencial no processo de humanização. Para tanto, ilustro com uma de minhas experiências na maternidade. Durante a assistência ao parto de uma parturiente em seu primeiro filho, mantive o toque por meio de um aperto de mãos durante sua hora final de trabalho de parto, estimulando-a com palavras de fortalecimento “você já chegou longe, falta pouco” “você é muito forte” associado a outras modalidades com o olhar firme e confiante. No fim deste trabalho de parto, a paciente agradeceu, reforçando que não conseguiria, sem tal apoio. Sabe-se que na maioria das vezes, as parturientes têm sucesso em seu trabalho de parto quando feita apenas uma assistência médica adequada, contudo, acrescentar o toque endereçado mais o uso de outras modalidades parece trazer significados únicos de força e tolerância da dor para aquele momento. Vale ressaltar que, em desacordo com essa

experiência positiva, os médicos em sua maioria têm a necessidade de sustentar um quadro profissional e muitas vezes evitam o toque. Contra essa experiência, também estão alguns autores que indicam que quanto menos contato, há uma maior associação com a satisfação do paciente em outros contextos (GOLIN; THORPE; DIMATTEO, 2007). Dessa maneira, com outras experiências semelhantes, pude refletir que o contexto da sala de parto permite um toque “menos profissional” e “mais familiar” quando feito de maneira oportuna e em associação com outras modalidades, endereçando o toque como forma de fortalecer e humanizar o momento da parturiente. É importante, nesse contexto, que o real significado de humanização do toque seja passado a fim de que desentendimentos graves ocorram devido à posição e exposição em que a mulher se encontra. Em grande parte, devido a esse cuidado, muitas vezes o toque é evitado, sendo feito de maneira apenas não endereçado como um toque intrínseco (instrumental) e extrínseco (exploratório). Assim, as discussões em sessões de orientação acerca dos recursos multimodais em contextos hospitalares permitiram que, quando em outras experiências semelhantes à descrita, eu fizesse o uso das modalidades para exercer um atendimento mais integral e humanizado de forma não mais aleatória, mas sim consciente e atento para as possíveis percepções.

6 A visão como acadêmico a partir da multimodalidade e translinguagem

Ruberval: Relate uma das discussões teóricas acerca da multimodalidade e sua atuação na sala de parto após o seu contato com as teorias de multimodalidade.

Dalmo: A partir das teorias de multimodalidade, pude ampliar minha visão no ambiente de saúde, permitindo considerar dimensões humanas de sentidos situados em um contexto de múltiplos aspectos. Dessa forma, além de permitir que eu analise essas modalidades de maneira que eu possa melhorar meu atendimento para uma forma mais acolhedora e humana, não restrinjo a comunicação somente aos aspectos verbais e não verbais como até então eu concebia, até o início dessa pesquisa. Na prática, a abertura ou o fechamento da porta (modalidade espacial) pode determinar efeitos de sentidos diferentes em cada momento. Por exemplo, a porta fechada sem um profissional por perto, em momentos mais avançados do trabalho de parto, pode

despertar sentimento de desanteção pela equipe profissional, mesmo que todos estejam cientes e atentos à paciente. Por outro lado, a porta fechada e a presença de profissionais pode trazer a percepção de privacidade e atenção, apesar de dificultar o fluxo de profissionais em momentos de mais pressa. Assim, uma porta aberta em momentos oportunos pode reforçar percepções positivas em momentos de necessidade de atenção enquanto que pode também despertar percepções negativas quando há necessidade de privacidade. Assim, o estudo do espaço como espaço multimodal permite estar atento tanto a aspectos básicos como o exemplo da porta, mas também para outras modalidades como o toque e os gestos, citadas anteriormente.

7 Considerações finais

O presente artigo se traduziu em um exercício de deslocamento dos autores a partir da problematização do presente volume temático desta revista: *o que significa pensar e fazer pesquisa de outro modo, no âmbito dos estudos e do ensino sobre o funcionamento da língua(gem) e dos processos de produção de sentidos?*. Para tanto, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, abordamos aspectos da formação médica por intermédio da área da linguagem. Para discutir o espaço hospitalar como um texto multissemiótico de construção de sentidos, apontamos que a perspectiva da multimodalidade e da multissemiótica do espaço de saúde. Chamamos atenção para o fato de que tal perspectiva pode abrir espaço para que, durante o período da formação inicial médica, o acadêmico pode estar mais sensível aos processos de construção de sentidos.

Destacamos que, ao se propor um olhar mais sensível para o ambiente hospitalar, incluindo os processos de construção de sentidos na relação entre os profissionais da saúde e pacientes, buscamos chamar atenção para fatores não valorizados em uma formação biologicista. Dessa maneira, diante da crescente necessidade da população por um atendimento humanizado, as interfaces entre linguagem e saúde podem estimular o desenvolvimento de múltiplas capacidades que considere o paciente como um todo em seu contexto multissemiótico.

Apontamos que a semiótica social contribuiu para que o acadêmico de medicina entenda os processos de construção de sentidos, enfatizando os conceitos de *meaning e feeling* como um aspecto social e situado. Para que o contexto hospital pudesse ser analisado como um texto, as discussões entre o pesquisador se deram inicial pela obra de Bezemer *et al.* ao se considerar três contextos - uma escola, um museu e um hospital para depois buscar no letramento em saúde autores que abordem o aspecto de construção de sentidos. Apensar disso, chamamos atenção para o fato de que as discussões pautadas na teoria dos designs na multimodalidade (linguístico, visual, espacial, entre outros elementos) necessitam de outros olhares transdisciplinares para conceber sentidos de uma maneira mais abrangente.

Como desdobramentos da nossa pesquisa que dialogou com as teorias de multimodalidade, de letramento em saúde e de suas interfaces com os contextos de humanização em saúde e formação médica, buscamos contemplar outros olhares pautados nos estudos de translinguagem. Essa perspectiva busca situar os estudos da linguagem em uma perspectiva dinâmica e fluída que transcende as fronteiras das linguagens, variedades linguísticas e outros sistemas semióticos (WEI; GARCIA, 2018; ROCHA; MACIEL, 2015). Essa escolha se justifica ao considerarmos os processos de construção de sentidos para além das fronteiras linguísticas e semióticas dos ambientes hospitalares, incluindo usuários e equipe de saúde. Nesse raciocínio, revozeando Pennycook (2017, p. 270), “a translinguagem deveria começar a olhar para um conjunto de possibilidades semióticas para além dos aspectos linguísticos”. O autor chama atenção para o fato de que “a pesquisa em translinguagem pode se beneficiar em questionar não apenas as fronteiras entre as línguas, mas também entre os diferentes modos semióticos (PENNYCOOK, 2017, p. 270). Dentro da visão de que não existe o lado de fora da linguagem (BARBOSA; COSTA; MACIEL, 2018), e nesse sentido, não consideremos o contexto hospitalar, os profissionais de saúde e os pacientes como elementos distintos, mas parte de uma grande assemblagem que constitui esse espaço.

Referências

BARBOSA, D. A.; COSTA, M.; MACIEL, R. F. Multimodality and learning in medical spaces: discussing meaning making processes. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON MULTICULTURAL DISCOURSES, 6., Tilburg University. **Proceedings...** Tilburg: Tilburg University, 2018.

BEZEMER, J.; KRESS, G. Writing in multimodal texts: A social semiotic account of designs for learning. **Written Communication**, v. 25, n. 2, p. 166-195, 2016. <https://doi.org/10.1177/0741088307313177>

- BEZEMER J.; DIAMANTOPOULOU, S.; JEWITT, C.; KRESS, G.; MAVERS D. **Using a social semiotic approach to multimodality: researching learning in schools, museums and hospitals.** S.l.: National Centre for Research Methods, 2012.
- BEZEMER, J.; KRESS, G. Touch: A resource for making meaning. **Australian Journal of Language and Literacy**, v. 37, n. 2, 2014.
- BRASIL. Ministério da Educação. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina. Resolução CNE/CES 3/2014. **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 de junho de 2014, Seção 1, p. 8-11.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: MS, 2010.
- BREAULT, R. A. Emerging issues in duoethnography. **International Journal of Qualitative Studies in Education**, v. 29, n. 6, p. 777-794, 2016. <https://doi.org/10.1080/09518398.2016.1162866>
- GARCÍA, O. Translanguaging in the crossroads of civilization. In: TSOKALIDOU, R. (Ed.). **Beyond bilingualism to translanguaging.** Athens: Gutenberg Press, 2018. p. 15-19.
- GAZZANIGA, M. S.; MANGUN, G. R.; IVRY, R. B. **Cognitive neuroscience – the biology of the mind.** 2 ed. New York: Norton & Company, 2002.
- GOLIN, C. E.; THORPE, C. T.; DIMATTEO, M. R. **Accessing the patient's world: Patient – Physician communication about psychosocial issues.** Patient advocacy for health care quality: Strategies for achieving patient-centered care. Boston: s.e., 2007.
- GOFFI, F. S. **Técnica cirúrgica: bases anatômicas, fisiopatológicas e técnica da cirurgia.** 4. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
- LEMKE, J. **Feeling and meaning: a unified framework.** San Diego: University of California, 2006.
- MORGAN, B.; MARTIN, I.; MACIEL, R. F. The Walkyria effect: inspiring transnational language teacher education. **Pensares em revista**, v. 1, p. 8-21, 2019.
- MUCCIOLI, C; CAMPOS, M.; DANTAS, P.; GOLDCHMIT, M.; BECHARA, S.; COSTA, V.; MATAYOSHI, S. A humanização da medicina. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 70, n. 6, p. 897, dez. 2007. <http://dx.doi.org/10.1590/S0004-27492007000600001>
- NORRIS, J.; SAWYER, R. D. Toward a dialogic methodology. In: NORRIS, J.; SAWYER, R. D.; LUND, D. (Ed.). **Duoethnography: Dialogic methods for social, health, and educational research.** Walnut Creek: Left Coast Press, 2012. p. 9-39.
- PENNYCOOK, A. Translanguaging and semiotic assemblages. **International Journal of Multilingualism**, v. 14, n. 3, 269-282, 2017. <https://doi.org/10.1080/14790718.2017.1315810>
- ROCHA, C. H.; MACIEL, R. F. Ensino de língua estrangeira como prática translíngue: articulações com teorizações bakhtinianas. **Revista Delta - Documentação de Estudos em Linguística Teórica e Aplicada**, v. 31, p. 451-485-485, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-4450437081883001191>
- RUDD R.E.; ANDERSON J.E. **The health literacy environment of hospitals and health centers.** Partners for action: making your healthcare facility literacy-friendly. [s.l.]: The National Center for the Study of Adult Learning and Literacy, 2006.
- WEI, L.; GARCIA, O. From researching translanguaging to translanguaging research. In: King, K.; YI-JU, L; May, S. (Ed.). **Research Methods (v. 10). Encyclopedia of Language and Education.** [s.l.]: Springer, 2017. https://doi.org/10.1007/978-3-319-02249-9_16

Recebido em: 09.08.2019

Aprovado em: 23.10.2019