

COMUNICAÇÃO E SOBRECARGA COGNITIVA EM DUAS SITUAÇÕES DE ATENDIMENTO MÉDICO*

Aaron V. Cicourel

Introdução

Este artigo trata de alguns aspectos cognitivos e comunicativos de um tipo de solução de problema organizacional que, embora trivial, é persistente: o modo pelo qual a marcação de consultas médicas e odontológicas reflete as limitações e a necessária interdependência das práticas cognitivas e culturais relativas ao atendimento médico. Por exemplo:

- a) O uso de textos expositivos (ou discurso mais formal) e narrativos (ou discurso mais

espontâneo e casual, gestos, prosódia).

- b) Os diferentes tipos de textos ativam diferentes sistemas de memória (memória explícita ou consciente e implícita ou subconsciente).
- c) Os dentistas exercem considerável poder discricionário sobre o modo pelo qual as consultas são agendadas.

Empregamos o termo “cognição” para fazer referência aos mecanismos cognitivos individuais e distribuídos, inerentes às atividades em colaboração que envolvem percepção, atenção, memória e raciocínio, atividades cujas origens são culturais (Tomasello e Call, 1997; Tomasello, 1999). O termo “discurso” refere-se a atos de fala e eventos localmente concretizados e gerenciados, que são sempre influenciados e constrangidos pelo uso do conhecimento socialmente distribuído (Schütz, 1964) e da cognição (Hutchins, 1991, 1995). Tais atos de fala e eventos

* Conferência proferida no 30º Encontro Anual da ANPOCS, em Caxambu-MG, em outubro de 2006. Agradecemos a Sergio Miceli a intermediação com o autor. Tradução de Alexandre Massela

surtem em meios físicos e culturais socialmente organizados e em artefatos usados na realização conjunta de uma tarefa prática. Uma noção mais abstrata de cognição dentro de uma comunidade pode ou não incluir a interação social face a face, mas é sempre parte de um sistema informacional mais amplo que evoluiu da cultura oral e que permanece inerentemente contingente em relação a esta (Roberts, 1964).

As representações sociais só são acessíveis ao observador se este compartilhar elementos delas com os agentes e, portanto, puder identificar a relevância tacitamente percebida de fatores organizacionais, tais como a habilidade e a experiência associadas a uma tarefa que vise à solução de problemas. A pesquisa etnográfica pressupõe que a observação, as entrevistas semi-estruturadas subsequentes e, ocasionalmente, a participação permitam ao pesquisador identificar os elementos organizacionais relevantes associados a uma determinada tarefa de solucionar problemas.

A rotinização das tarefas por parte dos profissionais e funcionários no local de trabalho é uma prática comum e motivada (muitas vezes implicitamente) pelo anseio de reduzir ou controlar o impacto de um meio caracterizado por múltiplas tarefas sobre o estresse ou o que chamamos de “sobrecarga cognitiva”. Uma fonte de sobrecarga cognitiva no atendimento médico é o descompasso entre a experiência, a habilidade, o temperamento, os detalhes da tarefa em questão e as exigências do pessoal da supervisão. Este artigo abordará o modo pelo qual os elementos do discurso organizacional e os artefatos locais, constrangidos pelos mecanismos cognitivos, ajudam a moldar a criação e o uso das representações individuais e coletivas. Tais representações são um lugar comum no ambiente de trabalho, já que os participantes, conforme executam sua atividade, elucidam e explicam as soluções práticas dadas às tarefas.

Assim, abordaremos um aspecto pouco estudado do atendimento médico, qual seja, o papel do pessoal não-médico em garantir as atividades necessárias à realização dos serviços profissionais (Cicourel, 2002). Essas atividades incluem o fornecimento ao paciente de informação sobre as condições médicas ou dentárias, essencial para a realização subsequente dos procedimentos médicos ou odontológicos pelos profissionais da área.

Aspectos do mundo burocrático local

No local de trabalho, podem-se identificar meios que sugerem demandas mínimas e múltiplas do foco de atenção dos profissionais, conforme realizam suas tarefas e experimentam interrupções. O objetivo é identificar classes de atividades e técnicas ou mecanismos empregados pelo pessoal da saúde para lidar e minimizar as rupturas e os erros, e manter o controle sobre o meio que envolve a tarefa:

- a) As interrupções em situações de atendimento médico são onipresentes e, por vezes, mesmo o pessoal experiente só consegue recuperar em parte a atividade que estava fazendo, além de precisar reconstruir o progresso feito antes da interrupção. Para um novato, uma interrupção similar pode dificultar o conhecimento do que fazer em seguida. Pode ser necessário, por exemplo, que o profissional se empenhe em um planejamento construtivo após a interrupção, pois talvez não tenha percebido que a tarefa ou subtarefa estava virtualmente completada. As avaliações são socialmente representadas por anotações informais (muitas vezes implícitas) indiretas e diretas e por estimativas oficiais escritas.
- b) Quando uma pessoa trabalha sozinha em uma determinada tarefa (ou duas pessoas trabalham em paralelo, interagindo ocasionalmente), ela pode ter dificuldade quando interrompida, a menos que estenda sua memória por meio de marcadores ou anotações elaborados conforme a tarefa evolui. Enfocaremos, nesse caso, as condições existentes no local de trabalho no momento das interrupções.

Os problemas rotineiros e as interrupções podem afetar o pessoal de forma diferente, ainda que estejam todos empenhados em tarefas similares ou relacionadas, pois a capacidade e o temperamento são diversos. Esses elementos podem ser inferidos examinando-se fragmentos de discurso, mas analisá-los exige, muitas vezes, a observação direta no local de trabalho, para extrair

informação sobre a interação, os artefatos, o *status* e o relacionamento interpessoal.

A ênfase no uso da linguagem apresenta problemas semânticos adicionais, pois as expressões verbais e o vocabulário empregados pelo pessoal inevitavelmente truncam e condensam o que o analista pensa que está vendo e ouvindo quando tenta reproduzir as representações individuais e coletivas.

Para identificar as variações e o que há de comum no interior e entre situações naturais, nosso plano de pesquisa previu observações sistemáticas em diferentes dias e horários, incluindo o registro de atividades reais de trabalho e a extração de informação direcionada e aberta das pessoas durante o trabalho.¹ As entrevistas realizadas no momento em que os profissionais trabalhavam obtiveram informação sobre suas ações ou de outras pessoas; ações que haviam acabado de ocorrer ou que tinham sido previamente observadas. O meio prático foi usado para ajudar a identificar as condições em que o pessoal lidava com demandas múltiplas e a extensão em que recursos para recuperar a tarefa eram evidentes após uma interrupção. Os desafios teóricos e metodológicos envolvem a identificação de padrões que emergem em diferentes constrangimentos organizacionais locais e não-evidentes.

Nos Estados Unidos, as trocas diárias entre a secretária e o público dentro e fora da clínica podem ser vistas como atividades ordinárias, mas todas têm o mesmo ar familiar e podem ser observadas em quase todas as situações de atendimento médico. Em muitas ocasiões, tentamos elucidar as atividades de uma secretária posicionando-nos ao lado dela e fazendo-lhe questões enquanto ela realizava seu trabalho. As entrevistas semi-estruturadas apresentadas a seguir sondaram a rotina de trabalho na tentativa de obter detalhes sobre a atividade de agendar consultas relativas a diferentes procedimentos.

A permissão para realizar o estudo e efetuar observações sistemáticas e registros das atividades de trabalho implicou em dar satisfações ao pessoal de alto e baixo escalão no sentido de enfrentar não só as suspeitas normais em relação às pessoas que, de certa forma, “invadem” a privacidade do local de trabalho, mas também as alianças e os conflitos organizacionais existentes.

Textos expositivos e narrativos

A literatura relativa à análise do discurso identificou diferenças entre os chamados “textos de exposição” e os “textos narrativos” como um meio de assinalar os distintos fins comunicativos. A idéia de um “texto narrativo” é um metatermo ou uma expressão concisa do observador que faz referência à produção de uma família de termos frequentemente associados com ambientes particulares. O discurso narrativo é considerado mais pessoal e espontâneo e pode incluir vários tipos de informação dotada de significado para os participantes do discurso, como, por exemplo, expressões faciais, prosódia, gestos, movimentos corporais e, sobretudo, o uso de marcadores verbais pragmáticos como “oh”, “assim”, “bem”, “mas”, “e”, “ou”, “por que”, “então”, “você sabe”, “eu quero dizer” e “ora” (Schiffren, 1993). Os encontros em contextos médicos burocraticamente organizados muitas vezes incluem atos de fala expositivos, formais (por exemplo, o uso de formas polidas de fala e de gestos, apesar da presença de possíveis “ilhas” de atos de fala casuais) em eventos discursivos técnicos e/ou formais.

Os textos narrativos e expositivos estão muitas vezes entrelaçados, característica que é função das condições de locais de trabalho, das relações (por exemplo, redes sociais ou de trabalho) que se desenvolvem entre os funcionários e do modo pelo qual o *status* formal e as expectativas e os constrangimentos associados aos papéis são percebidos e desempenhados. Por exemplo, as trocas entre médico e enfermeiro podem incluir os dois tipos de texto e, no interior do gênero narrativo, dependendo da extensão de sua associação e de suas relações interpessoais, o discurso pode variar, conforme a estrutura social local e a presença de outros funcionários.

As condições locais de trabalho e as redes sociais fortes e fracas (Granovetter, 1973) que orientam o uso de textos expositivos e narrativos ativam duas formas de organização da memória de longo prazo (memória explícita ou declarativa e memória implícita ou não-declarativa), que envolvem a memória para fatos e a memória para habilidades (Squire e Kandel, 1999, pp. 15-17). Os sistemas de memória constituem o cerne de qualquer interação social e do discurso no local

de trabalho. Tanto os pesquisadores como os funcionários e os profissionais analisados dependem de diferentes recursos de memória para atribuir interpretações semânticas e pragmáticas a suas observações ou a seus recursos de informação. Embora os sistemas de memória implícita nasçam da experiência, segundo Squire e Kandel tal memória se “exprime como uma mudança no comportamento e não como uma recordação”, além de ser inconsciente (*Idem*, p. 15). Esses autores indicam, ainda, que pode haver aspectos de recordação no saber não-declarativo: se considerarmos, por exemplo, uma habilidade motora sobre a qual algo pode ser recordado, ainda que a efetuemos sem pensar conscientemente no modo pelo qual ela deve ser realizada.

No consultório médico, o pessoal da saúde e da administração baseia-se em diferentes sistemas de memória para elaborar textos expositivos e narrativos conforme interagem com outras pessoas ou com um computador. Por exemplo, quando elaboram uma história médica, o médico e o paciente baseiam-se nas memórias explícita e implícita para vincular a frase de abertura “o que o trouxe à clínica esta manhã” à resposta “minhas mãos sempre estão enrijecidas quando acordo”. Para realizar uma endoscopia, o médico precisa fazer amplo uso da memória implícita, inconsciente, enquanto usa habilidades motoras e interpreta as imagens do duodeno e do estômago do paciente em um monitor de TV. Assim, diferentes tipos de memória são ativados para formular questões, compreender as respostas do paciente e explicar a este o que ocorrerá durante determinado procedimento.

A seguir veremos como a secretária encarregada de marcar a consulta também emprega essa memória e habilidades comunicativas ao informar os pacientes sobre os procedimentos que devem adotar antes de chegar à clínica ou ao hospital. A contínua “conversa miúda” durante as instruções dadas pela secretária que marca a consulta (e durante um exame físico rotineiro) é útil para manter a relação social com o paciente e fornecer informação tranquilizadora sobre o que ocorrerá.

O meio de tarefa localmente organizado exige que o pessoal (tal como o pessoal da clínica médica e odontológica nos exemplos descritos

adiante) esteja capacitado a criar relatos verbais e não-verbais convincentes aos colegas e pacientes com os quais interagem. Dito de outra forma, isso significa basear a situação presente em atos de fala, gestos e outras ações dotadas de significado. Para identificar tais práticas é necessário criar um contexto apropriado no sentido de observar a cooperação e o conflito, pois o comportamento relevante surgirá e evoluirá mais prontamente quando a outra pessoa for capaz de se referir ou pressupor um quadro similar para a atividade conjunta em questão. É preciso adquirir conhecimento e competência para compreender e produzir, por exemplo, inserções semelhantes a textos expositivos e narrativos no computador ou em formas burocráticas e apontamentos escritos ou ditados que são enviados a outros estabelecimentos burocráticos (uma outra clínica ou uma companhia de seguro) ou inseridos no histórico do paciente. Abordaremos a avaliação e a descrição das relações interpessoais e o conteúdo e a implementação de tais habilidades burocráticas.

Uma clínica médica especializada

Este artigo é parte de um estudo mais amplo sobre três situações de atendimento médico. Em publicação recente (Cicourel, 2002), apresentamos os dados iniciais sobre a marcação de consultas em uma clínica médica especializada (gastroenterológica, pulmonar, radiológica, cardiológica etc.). A clínica está localizada em um hospital universitário moderno e relativamente novo.

Nesta clínica, há vários detalhes pré-procedimentais que devem ser satisfeitos: os pacientes são distribuídos em determinados horários e instruídos sobre procedimentos especiais (dieta de líquidos um dia antes, não consumir medicamentos com aspirina e outros semelhantes).

A secretária deve extrair informação do computador, fazer chamadas telefônicas para se certificar de que uma determinada especialidade clínica ou seção de radiologia pode receber o paciente, além de responder chamadas telefônicas da Central de Atendimento e de pacientes que tentam marcar nova consulta ou alterar uma já marcada. A “sobrecarga” *on-line* que muitas vezes ocorre é atenuada, em parte, solicitando-se ao

paciente ou ao pessoal de outro serviço do hospital que aguarde e não ocupe o telefone. Mas a secretária atenderá imediatamente uma chamada da Central caso tenha deixado uma mensagem para que a chamem. Conforme fala, ela faz breves anotações em pequenas folhas de papel e pode sinalizar que reconheceu um médico, enfermeiro ou paciente próximo a ela por meio de contato visual, um breve comentário ou um sorriso, enquanto prossegue executando sua tarefa (uma entrada no computador ou atender ao telefone).

A renovação constante das atividades organizacionais locais segue constrangimentos burocráticos e interacionais notados antes, mas depende também do senso da secretária (muitas vezes observável nas ações não-verbais e paralingüísticas) a respeito do que ela considerou necessário para satisfazer as metas e as sanções do meio organizacional local e mais amplo. É preciso, por exemplo, contornar mal-entendidos, resolver consultas atrasadas ou lembrar os pacientes sobre consultas marcadas. Quando fala com a Central de Atendimento sobre uma consulta, a secretária deve, simultaneamente, tomar uma ou mais folhas de papel das mãos de um médico quando este se aproxima, introduzir nelas informação escrita e devolvê-las sem nada dizer. As anotações feitas durante as chamadas telefônicas ou as entradas no computador ou no documento da clínica refletem a observação tácita feita pela secretária a respeito do que foi dito ou observado.

As atividades da secretária exigem um delicado balanço para adaptar seu *status* organizacional relativamente baixo em relação aos profissionais com os quais ela se comunica, além de ser sensível às demandas dos pacientes por informações médicas para as quais ela não foi treinada a fornecer. A secretária deve também estar atenta aos interesses da administração do hospital e dos médicos ao instruir os pacientes sobre certos procedimentos (jejum, dieta, uso de enema). Suas atividades rotineiras devem gerar textos médicos e burocráticos narrativos e expositivos que possam ser compreendidos por outros agentes profissionais e burocráticos. É preciso, por exemplo, transformar uma chamada telefônica em uma entrada no computador ou em parte do registro médico do paciente ou de uma consulta agendada.

A secretária faz essas transformações por meio de textos narrativos e expositivos apropriados, que transmitem tipos específicos ou gerais de informação descritiva e comunicativa, de forma a assegurar que ela e outras pessoas possam acessar o conteúdo semântico particular. O uso de lembretes, que podem ser fixados em superfícies (como apontamos adiante), é uma forma de aprimorar sua memória e a agenda de solução de problemas, sincronizando tais anotações com outras atividades *on-line*. A seguir, ilustramos algumas das observações realizadas pelo pesquisador:

1. Logo que chegava pela manhã e após a parada para o almoço, a secretária tomava notas enquanto ouvia a secretária eletrônica. As notas, escritas à mão, eram colocadas à esquerda de seu computador.

2. As tarefas da clínica especializada exigiam o mapeamento de uma chamada telefônica ou das observações verbais de um médico ou de um paciente em um domínio espacial que envolvia informação escrita eletronicamente ou à mão, o que posteriormente permitia que ela visualizasse a informação mais facilmente, olhando para um papel, em vez de ser obrigada a lembrar de uma mensagem de voz.

3. Assim, a transferência de um meio (voz) para outro (escrita à mão ou eletrônica) e vice-versa gerava anotações e permitia, simultaneamente, que a secretária repassasse, inadvertidamente, os aspectos processuais do espaço de solução de problemas.

4. As anotações eram fixadas em torno do monitor do computador ou nas prateleiras acima de sua cabeça e não pareciam estar organizadas em uma ordem de prioridade.

5. As anotações, porém, permitiam que ela representasse o estado do sistema a partir do último momento conhecido. Tais lembretes também permitiam que ela retomasse o diálogo com um paciente, um médico ou a Central de Atendimento do ponto em que o havia deixado, dispensando, assim, uma pesquisa elaborada a cada vez.

6. A secretária teve de adquirir e negociar aspectos de expressões lingüísticas ou vernáculos, tais como termos concisos de diagnóstico (“endoscopia”, “anti-séptico bucal”, “raspagem da garganta”, “reflexo do vômito”) ou frases do tipo:

“Ok, em seguida você...”, “Agora você percebe qual é o problema?” etc.. O conteúdo das expressões precisa ser compartilhado, para que os participantes do sistema possam se referir a ele mais tarde e, assim, poupar tempo e alcançar algum nível de precisão comunicativa.

A Central de Atendimento (C) não sabe quais pacientes estão se comunicando diretamente com a clínica especializada. Um médico só pode se comunicar sobre tais questões com a clínica, a qual, por sua vez, pode marcar consulta para os pacientes, mas depois deve verificar se estes podem cumprir com o horário marcado. A clínica e a Central de Atendimento podem também sugerir um dia ou dois de determinada semana e um ou mais horários. O paciente deve, então, planejar o dia e o horário de sua consulta. Alguns médicos não permitem que a Central agende consultas para eles, caso em que a clínica tem autoridade para marcar as consultas diretamente.

O diálogo a seguir é um exemplo de discurso narrativo na clínica estudada. A Central pergunta o que acontece quando um paciente não pode comparecer a uma consulta, e parece antecipar a resposta ao pressupor que a clínica espera que o paciente faça o ajuste apropriado (linha 2):

EXEMPLO 1:

Central – Mas como você sabe que o paciente pode cumprir com este horário? [1]

Clínica – Bem, na maioria dos casos sim. [2]

Central – Sim, você corre o risco. [3]

O diálogo “faz sentido” porque descrevemos, anteriormente, aspectos das atividades do sistema de saúde que permitem interpretar os comentários elípticos como parte de uma conversa sobre a possibilidade de agendar consultas antes de perguntar ao paciente se ele pode aceitar. Normalmente, o paciente tem acesso direto a alguém que marca uma consulta não especializada. Mas consultas especializadas, como dermatologia e oftalmologia, têm procedimentos próprios para agendar a consulta.

No Exemplo 2, a clínica sugere que uma das metas de seu pessoal é fazer que os pacientes reconheçam como é difícil agendar uma consulta em setores como endoscopia ou colonoscopia. A clínica prefere dar a idéia de que está sobrecar-

regada por muitos pedidos de consulta a dizer que não dispõe de profissionais em número suficiente para satisfazer as necessidades dos pacientes, seja em alguns dias, seja em duas ou três semanas. De fato, os pacientes quase não têm voz em tais questões e cabe aos funcionários lidar, de forma cautelosa, com a irritação deles. Não raro as clínicas solicitam que os gastroenterologistas revejam os pedidos de endoscopia e colonoscopia para determinar se esses exames podem ser adiados ou, mais provavelmente, rejeitados. Os pacientes, obviamente, não são diretamente informados (linhas 7-9) de que “se conseguirem os exames antes de três ou quatro meses terão muita sorte [risos]”. Em termos mais gerais, os breves fragmentos de dados (linhas 1-9) sugerem como os constrangimentos burocráticos afetam a capacidade de os pacientes acessarem os procedimentos médicos.

EXEMPLO 2

Clínica – Para endoscopias, tentamos saber se os pacientes em geral estão: [4]

bem conscientes de que é difícil conseguir [*Central* – Entendo] consulta para uma [5]

colonoscopia [*Central* – Entendo] ou uma endoscopia, eles sabem disto, você [6]

também sabe, há uma longa espera. Na maioria dos casos eles sabem que se [7]

conseguirmos marcar uma consulta antes de três ou quatro meses estarão com sorte [8]

[risos] [9]

As linhas 4-9 sugerem que a clínica espera que os pacientes se sintam com “sorte” se conseguirem a consulta antes de três ou quatro meses, mas eles não são informados sobre as razões que tornam tão difícil marcar uma consulta. O tratamento dado ao paciente está vinculado a um sistema mais amplo de atividade que envolve custos não explicitados e constrangimentos burocráticos relativos às consultas especializadas. Os aspectos performativos da noção de agendar uma consulta implicam uma série de obrigações e instruções que envolvem várias partes: paciente, médico, pessoal administrativo e outros; todos devem ser conscientizados de que se espera um certo tipo de comportamento colaborador. A marcação de uma consulta exige negociação.

No Exemplo 3, a clínica especializada emprega alguns termos técnicos (“endoscopia”,

“colonoscopia”), mas a linguagem se mantém informal e, às vezes, usa um estilo até mesmo incoerente, como na passagem em que se explica à Central que os pacientes não compreendem as limitações do sistema de consultas.

EXEMPLO 3

Clínica – Ok, eles reclamam, mas são os poucos que [10]
não compreendem e se não é suficiente para as necessidades deles [11]
eles vão reclamar, você sabe, um pouco de queixa e [você?] [12]
sabe, vão pedir para antecipar e nós tentamos [13]
ajustar o melhor que pudermos [*Central* – Ahã, ahã] ou se [14]
não conseguirmos, gostaríamos que [15]
constasse nos livros [*Central* – Certo]. Gostaríamos que constasse no computador [16]
[*Central* – Ahã]. E em alguns casos, se não for satisfatório [17]
do ponto de vista dos pacientes, eles podem ligar para a Central e agendar[18]
sozinhos. [19]

Os pacientes podem ficar insatisfeitos com a marcação da consulta. A existência de uma consulta na qual o paciente não pode comparecer permanece no computador até que outra seja marcada, para que fique registrado que o pessoal do sistema de saúde tentou agendar e também para confirmar que o paciente se empenhou, de boa fé, em obter a consulta.

Num diálogo não transcrito aqui, a clínica aponta que alguns médicos não têm uma agenda aberta, não trabalham com a Central e, portanto, ninguém poderia ligar e tentar remarcar. Esses médicos não permitem que a Central marque consultas para eles diretamente. Assim, foi delegado à secretária mediar a marcação da consulta. Isso significa que, no que diz respeito a esses médicos, os pacientes não conseguirão obter consultas por meio da Central, a menos que esta se comunique com a secretária ou o paciente saiba sobre os procedimentos particulares do médico para aceitar consultas. A clínica afirma que se trata de um problema difícil para o pessoal do atendimento, apontando que, quando um paciente liga para a Central e cancela a consulta, esta deve entrar em contato com a secretária, única pessoa que tem acesso à agenda dos médicos. Quando um dos

médicos se ausenta da cidade por um período, cabe à secretária ligar e remarcar as consultas.

No interior do sistema de saúde, podem existir condições organizacionais especiais que dão ao médico (e, muitas vezes, à secretária) considerável liberdade de ação em relação à obrigação de ver os pacientes. A capacidade de o médico controlar quais pacientes serão recebidos é uma significativa fonte de poder.

Durante os períodos mais intensos de trabalho, a secretária é bastante solicitada, mas após preencher vários dias da agenda do médico, ela pode ser informada de que este não estará na cidade no período em questão. Por outro lado, observou-se que solicitações adicionais ocorriam quando os médicos se aproximavam de sua mesa com um paciente que necessitava de informações, como, por exemplo, a marcação de nova consulta, dados sobre a forma adequada de um exame radiológico ou de outros testes laboratoriais, instruções a respeito do que fazer antes de passar por determinado procedimento ou do que ocorrerá durante o exame (cf. Cicourel, 2002).

Como vimos, a secretária de uma clínica especializada desfruta de um poder de decisão limitado, mas explícito (poder administrativo), já que toma decisões locais relativas à sua tarefa. Quando a secretária conversa com colegas de clínicas especializadas do mesmo hospital universitário ou de outro, os atos de fala consistem em discurso narrativo, e as trocas verbais refletem as mesmas frustrações experimentadas durante o contato com profissionais da saúde de *status* mais elevado.

Uma clínica odontológica

O quadro de profissionais e funcionários da clínica odontológica analisada durante a pesquisa consistia de duas recepcionistas, um supervisor, dois especialistas, dois assistentes, dois dentistas e um assistente dentário pós-operatório. O fluxo de atividade na clínica dependia do número de dentistas presentes. Eles realizavam suas tarefas independentemente da cirurgia dentária. As duas recepcionistas foram observadas e entrevistadas enquanto trabalhavam. O registro das observações foi feito em diferentes períodos e dias da semana. Cada recepcionista tinha funções deter-

minadas, mas precisava conhecer e, por vezes, realizar a tarefa da outra.

Interrupções rotineiras e sobrecarga na clínica odontológica

Nesta clínica privada, os dois dentistas dispunham de considerável poder de decisão para distribuir seu tempo entre os pacientes. As emergências eram enfrentadas caso a caso, e todos estavam preparados para estender, se necessário, as horas de trabalho. A seguir, há um resumo de dois fragmentos de transcrição – um relativo à visita inicial e outro às visitas subsequentes realizadas na clínica. Enfatizaram-se as atividades que envolviam diretamente as recepcionistas (pacientes que chegavam para a cirurgia ou que marcaram consulta de higiene dentária) e os artefatos que serviam para lembrar coisas a serem realizadas, como confirmar por telefone aos pacientes a consulta que teriam no dia seguinte e notificá-los de exigências médicas pré-cirúrgicas. Os fragmentos de texto narrativo do primeiro dia de observação ilustram as solicitações feitas às duas recepcionistas (D e L). Conforme os telefonemas eram feitos, porém, podia surgir uma chamada em uma linha livre, e uma das recepcionistas pedia à pessoa que se mantivesse na linha enquanto ela concluía o telefonema anterior, completando as informações ao paciente que viria no dia seguinte.

O foco de atenção das recepcionistas mudava continuamente, passando por várias tarefas rotineiras: informar os pacientes sobre os planos de pagamento, falar com os que chegavam na clínica, escrever anotações para si mesmas ou solicitar a ajuda da outra recepcionista. Elas também tinham de dar atenção ao dentista que aparecia solicitando uma consulta para o paciente que estava ao seu lado. Enquanto falava com o dentista, ocorria de ter que atender uma chamada telefônica, ou simultaneamente verificava na tela do computador os dias e horários de consulta disponíveis, negociando, em seguida, com o paciente uma data de agendamento possível.

A maneira como o trabalho era organizado gerava múltiplas demandas de memória explícita (sobrecarga cognitiva), o que interrompia as

tarefas e não favorecia o controle sobre a estrutura local.

Ocorriam vários tipos de atividade. O telefone tocava; D ou L deviam atendê-lo; pacientes chegavam, assinavam um papel e se sentavam. Periodicamente, o assistente ou o encarregado da higiene perguntava sobre um paciente ou trazia um que acabava de passar por uma limpeza dentária e precisava marcar outra consulta ou fazer o pagamento. Um assistente chamava um paciente que passaria por uma intervenção cirúrgica ou acabara de concluí-la. O assistente podia, ainda, trazer um paciente que sofrera exame preliminar, solicitando às recepcionistas verificar o custo do tratamento.

Durante a visita inicial, D narrou ao observador a rotina do consultório. Descreveu os diversos funcionários e seus deveres (aquele que fazia acompanhamento pós-cirúrgico, examinando os pacientes uma ou duas semanas após a cirurgia; um assistente de cirurgia e dois dentistas). D afirmou que a cirurgia podia durar de uma a três horas, dependendo do que precisava ser feito e do tempo do cirurgião, e apontou outras atividades que ocorriam após a cirurgia.

EXEMPLO 4 – Observação inicial na clínica odontológica
D – Bom dia [quase inaudível] [1]

Consultório do Dr. X, sou D [2]

Ok, B, temos um horário disponível [3]

na quinta-feira, dia 9, às 2:30, pode ser? [4]

Sim, ótimo. Estamos acertados. Obrigado, até mais. [5]

[Falando a L] – Você não pode localizar? [6]

[Conversa pouco clara entre D e L sobre a ficha do paciente e [7]

[raios-x] [8]

No Exemplo 4, o telefone tocou e D atendeu. Trata-se de uma chamada típica de um paciente. A recepcionista identifica o consultório e a si mesma e ouve do paciente a solicitação de uma consulta. A conversa indica a disponibilidade para consulta, incluindo dia e horário. Vale sublinhar o modo metafórico e informal pelo qual D conclui a conversa: “Ótimo. Estamos acertados...”. A informalidade dos atos de fala sugere que a chamada tenha sido feita por um falante nativo. Na linha 6, vemos a resposta a um comentário prévio de L sobre a ficha ausente e a pergunta se ela poderia localizá-la. O telefonema do paciente não apagou

da memória o problema de D a respeito da ficha ausente, apesar da interrupção. Talvez o fato de L estar ao seu lado tenha ajudado D a se lembrar da questão que tinha ficado em aberto.

Em seguida, D relata ao observador que, naquela manhã, elas deveriam verificar a agenda dos dentistas, mas que as freqüentes interrupções consomem a maior parte do dia de trabalho. No final da conversa, elas concluem que aquela ficha não estava no lugar certo e que, portanto, D deveria procurá-la. D, então, escreveu “Ficha” em um pedaço de papel e colocou-o atrás do teclado do computador. A elaboração do lembrete, a despeito das freqüentes interrupções (atender o telefone, conversar com o dentista etc. etc.), ilustra um modo empiricamente relevante de abordar uma questão central para a teoria que procura integrar mecanismos cognitivos e práticas culturais, isto é, a interação entre atenção, sobreposição, memória e conhecimento e, por fim, criação e uso de artefatos.

A recepcionista D também relatou que o sistema de computador usado era antigo e fonte de contínuos problemas: muitas vezes as chamadas solicitando novas consultas ou a mudança das existentes não podiam ser checadadas, obrigando as recepcionistas e o supervisor a fazer anotações para serem checadadas posteriormente, o que mudava o método de trabalho. Ambas as recepcionistas compartilhavam arquivos e, assim, podiam acessar a mesma informação do computador, mas somente uma pessoa de cada vez podia acessar a informação, de modo que uma recepcionista elaborava anotações até que a outra encerrasse sua atividade no computador. Os dois teclados alimentavam o mesmo servidor, mas somente um podia ser usado em determinada ocasião.

Uma tarefa-chave começava assim que as recepcionistas chegavam no trabalho. Tratava-se de ligar para cada paciente e confirmar sua consulta do dia seguinte, assegurando-se de que ele estava ciente do horário e, em caso de cirurgia, repassando (pela segunda vez) as instruções que deveriam ser seguidas. Embora a importância desse tipo de tarefa fosse ressaltada pelas recepcionistas, uma regra fundamental era criar um artefato que motivasse a tarefa – “[...] a primeira coisa que fazemos, assim que ela ou alguém abre [o consultório], é imprimir a agenda do dia se-

guinte” –, para que o pessoal técnico e profissional ficasse plenamente consciente do que se esperava deles naquele dia.

Esses exemplos mostram a maneira pela qual o pessoal da clínica busca promover a cooperação no grupo e manter a comunicação sobre temas comuns durante a realização das diferentes tarefas. Refletem também o que se espera do trabalho das recepcionistas, ou melhor, o uso que elas devem fazer da linguagem, do raciocínio e das atividades motoras. É difícil que essas solicitações sejam inteiramente rotinizadas, já que, como vimos, sempre surgem várias contingências (pacientes que ligam para cancelar a consulta, pacientes que não aparecem e precisam ser contatados, procedimentos de emergência ou dentistas regulares que enviam pacientes com problemas dentários etc.). No entanto, a recepcionista D alertou para aquilo que denominamos “sobrecarga cognitiva” em um sistema cognitivo distributivo, no qual constrangimentos organizacionais, expectativas e “surpresas” são conseqüências inevitáveis dos deveres associados a esse tipo de função.

As atividades exigidas de D e L dependiam da experiência particular de cada uma para resolver problemas específicos e assegurar a aprovação do supervisor. Suas posições exigiam a elaboração e a organização de artefatos capazes de lembrá-las de tarefas particulares e, ao mesmo tempo, a manutenção de uma interação “polida” com pacientes a respeito da marcação de consultas e de questões financeiras e nos intercâmbios com o pessoal profissional e técnico. Segundo o supervisor, D era especialmente capacitada para organizar seu espaço de trabalho, bem como nas relações interpessoais; L, porém, parecia incapaz de gerenciar a sobrecarga cognitiva que experimentava. Na avaliação do supervisor, ela não conseguia desenvolver as habilidades necessárias para assegurar o bom funcionamento do trabalho. Alguns meses depois, foi demitida.

Discussão

As atividades da secretária da clínica especializada exigiam a internalização e a externalização de estados de coisas percebidos. A secretária armazenava informação na memória enquanto

tentava estender seus recursos de raciocínio e de atenção para acessar a memória explícita e implícita no momento de inserir dados no computador. Ela usava a informação já armazenada no computador para lembrar das circunstâncias clínicas dos pacientes e, quando se tratava de marcar uma consulta, recorria a suas experiências explícitas e intuitivas. Simultaneamente, satisfazia as exigências dos médicos e do pessoal administrativo e dava aos pacientes instruções sobre procedimentos (jejum, dieta, uso de enema). Em termos mais gerais,

1. A secretária e as recepcionistas (e outros funcionários que trabalham na área da saúde) elaboravam e negociavam aspectos de registros lingüísticos ou vernáculos (por exemplo, textos expositivos ou narrativos) para criar um sistema de comunicação razoavelmente preciso e funcional que tanto os profissionais como os pacientes pudessem compreender.

2. Iniciavam freqüentemente uma chamada telefônica no interior do sistema e interagiam somente com parte deste em um determinado momento. Exerciam certo poder de decisão, tentando satisfazer as metas organizacionais exigidas pelas tarefas do meio. A coordenação consumia tempo: elas precisavam lembrar onde estavam certas coisas, lidar com interrupções e recordar as condições anteriores após uma pausa para almoço ou ao retornar ao trabalho no dia seguinte. Cada uma precisava checar um determinado estado de coisas para averiguar se tudo estava organizado (por exemplo, mensagens telefônicas aos pacientes ou inserir consultas marcadas no computador). Artefatos informacionais (Norman, 1987) podiam mostrar o estado de coisas de uma maneira anotada.

3. Elas tomavam notas enquanto ouviam a secretária eletrônica assim que chegavam pela manhã ou quando retornavam do almoço. Como apontamos anteriormente, as anotações envolviam a transformação temporal de um telefonema ou da voz de um médico ou paciente para o domínio espacial. Por exemplo, o uso de papéis fixados ao redor do monitor ou nos escaninhos atenuavam aspectos da sobrecarga cognitiva e facilitavam a recriação do que deveria ser feito.

Sublinhamos o fato de que o estudo dos meios de atendimento médico não pode ignorar a natureza informacional das organizações (Roberts, 1964), nem os constrangimentos individuais que recaem sobre a produção e a compreensão dos eventos de fala. A análise dos materiais discursivos pressupõe, mas nem sempre pode abordar, o modo pelo qual a percepção da situação local e de seus artefatos ativam o trabalho e a memória implícita e explícita. A atenção ativa a memória dos participantes e a capacidade de raciocínio, orientando, inevitavelmente, as trocas lingüísticas e facilitando a natureza contingente do que poderíamos descrever como o “contexto” local.

Nas duas situações clínicas descritas, tanto a secretária da clínica especializada como as recepcionistas do consultório odontológico tentavam criar um meio em que prevalecesse a colaboração, usando, para isso, dispositivos verbais e escritos, negociando uma série de condições emergentes que mudavam constantemente e que eram atravessadas por freqüentes interrupções. Buscavam, ainda, minimizar o perigo de “sobrecarga cognitiva”.

Observações finais

Nas duas situações clínicas descritas, tanto a secretária da clínica especializada como as recepcionistas do consultório odontológico tentavam criar um meio em que prevalecesse a colaboração, usando, para isso, dispositivos verbais e escritos, negociando uma série de condições emergentes que mudavam constantemente e que eram atravessadas por freqüentes interrupções. Buscavam, ainda, minimizar o perigo de “sobrecarga cognitiva”.

A complexidade desses mecanismos de trabalho reflete a interação entre as pessoas em situações organizacionais locais e mais amplas. As situações de interação e a solução funcional das

tarefas, porém, só podem existir, se reproduzir e se transformar dentro de um contexto de práticas culturais que possibilite a comunicação e o processamento da informação (por exemplo, memória, emoção, atenção e raciocínio).

Os fragmentos de discurso apresentados neste artigo revelam como os meios de trabalho de que se utilizam os funcionários observados são, de fato, extensões estruturais de memória explícita, que, por sua vez, depende da ativação de uma memória implícita pressuposta (inconsciente), necessária para manipular objetos sociais.

O pesquisador deve ser capaz de observar a situação organizacional para inferir como os mecanismos de trabalho funcionam em cada momento e como eles se mantêm no cotidiano. Assim, os modelos cognitivos e culturais acessíveis só serão relevantes se o observador for capaz de elucidá-los, identificando as construções sociais que surgem ao longo da pesquisa. Quando disponível, portanto, a observação direta é muito eficaz no sentido de que fornece informações mais sutis que, muitas vezes, não aparecem na fala e no discurso daqueles que interagem numa situação de trabalho.

Notas

- 1 Para mais detalhes de como biólogos empenhados em pesquisa ecológica de comportamento não-humano obtêm sistematicamente amostras de indivíduos, grupos, situações e atividades, ver Altmann (1974).

BIBLIOGRAFIA

- ALTMANN, J. (1974). "Observational study of behavior: sampling methods". *Behaviour*, 49: 227-267.
- CICOUREL, A. V. (1982), "Language and belief in a medical setting", in H. Byrnes (ed.), *Contemporary perceptions of language: interdisciplinary dimensions*, Georgetown, Georgetown University Press, pp. 1-41.
- _____. (1990), "The integration of distributed knowledge in collaborative medical diagnosis", in R. Gallagher, T. Appenzeller e C. Egido (eds.), *Intellectual teamwork: the social and technological foundation of cooperative work*, Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum Associates, pp. 221-242.
- _____. (1992), "The interpenetration of communicative contexts: examples from medical encounters", in A. Duranti e C. Goodwin, *Rethinking context: language as an interactive phenomenon*, Cambridge, Cambridge University Press.
- _____. (2002), "La gestion des rendez-vous dans un service médical spécialisé". *Actes de la recherche en sciences sociales*, 143: 3-17.
- CICOUREL *et al.* (1974), "Interviewing and memory", in Colin Cherry (ed.), *Pragmatic aspects of human communication*, Dordrecht, Reidel.
- GRANOVETTER, M. (1973), "The strength of weak ties". *American Journal of Sociology*, 78: 1360-1380.
- HUTCHINS, E. (1991), "The social organization of distributed cognition", in L. B. Resnick, J. M. Levine e S. D. Teasley (eds.), *Perspectives on socially shared cognition*, Washington, D.C., American Psychological Association.
- _____. (1995), *Cognition in the wild*. Cambridge, Mass., MIT Press.
- NORMAN, D. A. (1987), *The psychology of everyday things*. Nova York, Basic Books.
- ROBERTS, J. (1964), "The self-management of cultures", in W. Goodenough (ed.), *Explorations in cultural anthropology*, New York, McGraw-Hill, pp. 433-454.
- SCHÜTZ, A. (1964), *Collected papers II: studies in social theory*. The Hague, Nijhoff.
- SCHRIFFREN, D. (1993), *Approaches to discourse*. Oxford, Blackwell.
- SQUIRE, L. & Kandel, E. (1999), *Memory: from mind to molecules*. Nova York, Scientific American Library.

TOMASELLO, Michael. (1999), *The cultural origins of human cognition*. Cambridge, Harvard University Press.

TOMASELLO, Michael & Call, Josep. (1997), *Primate cognition*. Nova York, Oxford University Press.

COMUNICAÇÃO E SOBRECARGA COGNITIVA EM DUAS SITUAÇÕES DE ATENDIMENTO MÉDICO

Aaron V. Cicourel

Palavras-chave

Sobrecarga cognitiva; Poder discricionário; Artefatos locais.

Este texto discute um aspecto pouco estudado do atendimento médico, qual seja, o papel do pessoal não-médico em garantir as atividades necessárias à realização dos serviços profissionais. A confluência da interação social organizacional com os constrangimentos do processamento da informação cognitiva cria “ruído” em ambientes institucionalizados. Os limites da atenção e da memória sempre influenciam a capacidade de os participantes compreender a comunicação mútua. Abordo, portanto, o modo pelo qual os elementos do discurso organizacional e os artefatos locais, constrangidos pelos mecanismos cognitivos, ajudam a moldar a criação e o uso das representações individuais e coletivas.

COMMUNICATION AND COGNITIVE OVERLOADING IN TWO MEDICAL ATTENDANCE SITUATIONS

Aaron V. Cicourel

Keywords

Cognitive overloading; Discretionary power; Local devices.

This paper discourses on an aspect little studied on medical attendance, i.e., the role of non-medical personnel in warranting necessary activities to perform professional services. The confluence of the organizational social interaction with the constraints of the processing of cognitive information causes “noise” in institutionalized environments. The limits of both attention and memory have always influenced the capacity of participants in understanding mutual communication. It is approached, then, the way by which elements of the organizational discourse and local artifacts, constrained by cognitive mechanisms, will help in shaping the creation and usage of both individual and collective representations.

COMMUNICATION ET SURCHARGE COGNITIVE DANS DEUX SITUATIONS D’ACCUEIL MÉDICAL

Aaron V. Cicourel

Mots-clés

Surcharge cognitive; Pouvoir discricionnaire; Instruments locaux.

Ce texte aborde un aspect peu étudié dans l'accueil médical : celui du rôle du personnel qui ne fait pas partie du corps médical et qui travaille en vue d'assurer les activités nécessaires à la réalisation des services médicaux. La confluence de l'interaction sociale et organisationnelle avec les contraintes du traitement de l'information cognitive crée une “inquiétude” dans les environnements institutionnalisés. Les limites de l'attention et de la mémoire ont toujours influencé la capacité des participants à comprendre la communication mutuelle. Nous abordons, pourtant, le mode par lequel les éléments du discours organisationnel et les instruments locaux, contraints par les mécanismes cognitifs aident à mouler la création et l'usage des représentations individuelles et collectives.