



Sistemas de discurso e eficácia na comunicação em contextos de promoção da saúde: contribuições da técnica do detalhamento acadêmico

Discourse Systems and Efficiency in Communication in Health Promoting Contexts: The Academic Detailing Technique's Contributions

Dóris Cristina Gedrat

Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Rio Grande do Sul / Brasil.

doris.cristina10@gmail.com

Gehysa Guimarães Alves

Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, Rio Grande do Sul / Brasil.

gehysa@terra.com.br

Resumo: Considerando-se a comunicação como um processo intercultural, o objetivo deste artigo é mostrar a presença da comunicação interdiscursiva nas interações sociais e profissionais, destacando o detalhamento acadêmico como técnica que visa à aproximação do sistema de discurso da área de comércio e vendas de medicamentos com o sistema de discurso médico. Buscou-se fundamento na análise do discurso etnometodológica, com foco na comunicação entre profissionais da saúde, considerando-se esta essencialmente intercultural. Conclui-se que o detalhamento acadêmico contribui para melhorar o uso racional de medicamentos e otimizar a eficiência de sistemas de saúde porque promove uma interação entre sistemas de discursos diferentes, que têm objetivos e focos diferentes, almejando chegar ao melhor resultado possível considerando os usuários do sistema.

Palavras-chave: sistemas de discurso; detalhamento acadêmico; promoção da saúde; interdisciplinaridade.

Abstract: Taking communication as an intercultural process, the purpose of this essay is to show how interdiscourse communication is present in social and professional interactions, highlighting academic detailing as a technique that aims at bringing together the drug market and the medical discourse systems. The scientific basis is found in ethnomethodological discourse analysis, focusing communication among health professionals, viewed as essentially intercultural. The main conclusion is that academic detailing contributes to improve rational use of medications and to enhance efficiency in health systems because it promotes an interaction among different discourse systems, which have different aims and foci. It aims at the best possible results considering the system's users.

Keywords: discourse systems; academic detailing; health promotion; interdisciplinarity.

Recebido em 01 de março de 2018

Aceito em 05 de julho de 2018

1. Introdução

Qualquer ação social é realizada por alguma ou várias formas de comunicação, pois o próprio termo, “ação social”, deixa implícito, em primeiro lugar, um sistema de significado comum compartilhado e, em segundo, a comunicação. No entanto, esta não é algo simples de se explicar, e isso ocorre em função de duas razões em especial: as pessoas frequentemente não expressam o que realmente pensam, ou não acreditam no que dizem (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). No entanto, não se está, neste momento, considerando a desonestidade ou falta de sinceridade, e sim o fato de a linguagem ser complexa e essencialmente ambígua, principalmente quando as pessoas que se comunicam pertencem a diferentes sistemas de discurso.

Nessa perspectiva, pretende-se refletir, à luz da análise linguística de discurso de base etnometodológica, sobre a comunicação intercultural em situações de interação social e profissional, destacando como exemplo ilustrativo o detalhamento acadêmico, técnica que utiliza metodologias de mudança de comportamento para fornecer educação e informação de forma objetiva (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015). Assim, buscou-se na etnometodologia um subsídio que mostra a comunicação entre os sistemas de discurso da área médico-clínica e os das áreas de vendas, comércio e marketing de medicamentos. O fenômeno

está relacionado ao fato de que, na comunicação, há continuamente a interação entre diferentes sistemas de discurso: comunicação intercultural (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012; JONES, 2013). O foco ou objetivo de um grupo pertencente a um sistema de discurso nem sempre é o mesmo do grupo que utiliza outro sistema que pertence a outra cultura. O detalhamento acadêmico auxilia na aproximação de sistemas de discurso diferentes, no caso do presente estudo, o da área de comércio e vendas de medicamentos por um lado, e, por outro, o sistema de discurso médico, que prescreve medicamentos em função do diagnóstico clínico (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015).

Considera-se aqui a perspectiva da linguística aplicada quanto aos conceitos de cultura, discurso e interação. Entende-se a comunicação como um processo de interação social entre grupos ou pessoas de ocupações diferentes. Quando pessoas com diferentes ocupações se comunicam, é mais difícil derivarem-se as inferências envolvidas no ato da comunicação e, portanto, o processo torna-se mais propenso ao insucesso do que quando os participantes são do mesmo grupo. Para essa reflexão, resgatam-se, da área da análise etnometodológica do discurso, as noções de sistemas de discurso e interdiscurso (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012; JONES, 2013).

A etnometodologia, segundo Jones (2013), é o ramo da sociologia que mais influenciou a linguística aplicada em abordagens da comunicação sobre saúde e risco. Seu iniciador, o sociólogo Harold Garfinkel (1967), enfocava as atividades diárias como métodos através dos quais as pessoas compreendem o mundo social e se fazem compreender umas pelas outras.

Por sua vez, o psicólogo social Eliot Mishler está entre os mais influentes pesquisadores da linguística aplicada à comunicação sobre saúde e risco (MISHLER, 1984; MISHLER; AMARASINGHAM; OSHERSON; HAUSER; WAXLER; LIEM, 1981), com a clássica observação de que os encontros médicos frequentemente envolvem uma “luta” entre “vozes” que competem entre si: a voz do mundo do paciente e a voz do mundo da medicina. Essa competição serve como ponto de partida para muitas investigações sobre comunicação clínica. O que Mishler quer dizer com “vozes”, claro, vai muito além do que aquilo que médicos e pacientes específicos dizem durante uma consulta. Para ele, “a voz” representa uma ordem normativa (MISHLER, 1990), uma forma não apenas de dizer algo, mas também de ver a vida, de organizar o conhecimento e de se relacionar com outras pessoas. A esse respeito,

vozes são similares ao que Gee (2011) chamaria de “Discursos” (com D maiúsculo), definidos como formas de combinar e integrar linguagem, ações, interações, maneiras de pensar, acreditar, valorar e de utilizar vários símbolos, ferramentas e objetos para encenar um tipo particular de identidade socialmente reconhecível (p. 201, apud JONES, 2013, p. 9). A observação de Mishler, de que o poder e a autoridade dos médicos vêm não apenas do que eles são e sabem, mas de como eles *falam*, incitou uma forma totalmente nova de pensar sobre encontros de saúde.

2. Comunicação intercultural e interdiscurso

O termo “cultura” é carregado de significados, muitas vezes diversos. A cultura pode ser identificada com a posse de certos conhecimentos (línguas, arte, literatura, ser alfabetizado), ou tem o propósito de habilitar alguém a ocupar um posto ou cargo. Ambas são noções que sugerem que ter cultura ou ser culto é o mesmo que ser importante ou superior. Outras definições indicam cultura não como uma propriedade de um indivíduo, mas como qualidade de uma coletividade. Também é interessante observar que a coletividade aparece como um adjetivo qualificativo para distinguir tipos de cultura, que têm diversos tipos de expressão artística, cultural e de linguagem. (CHAUÍ, 2010).

Segundo Williams (1981), cultura, originalmente, definia o cultivo de plantas e o cuidado com animais e com a terra (agricultura), a educação das crianças, o cuidado com os deuses (culto) e com os ancestrais e seus monumentos (sua memória). No final do século XVIII, o termo passou a ser relacionado ao estilo de vida de um povo, à civilização. No século XIX, a ideia de cultura predominante continua designando uma forma de viver totalmente distinta. Desde então, houve um intenso desenvolvimento da noção de cultura enquanto cultivo ativo da mente: um estado desenvolvido da mente (uma pessoa “de cultura”); os processos desse desenvolvimento (“atividades culturais”); os meios para esses processos (as artes, por exemplo). Tais noções convivem com o uso antropológico e, por extensão, sociológico, de cultura indicando o modo de vida de um povo ou de grupos sociais. Hoje, além do espírito informativo, existe uma visão de cultura enquanto sistema significativo através do qual uma ordem social é comunicada, reproduzida, experienciada e explorada (WILLIAMS, 1981).

No presente estudo, opera-se com a noção de cultura enquanto ferramenta para pensar (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012), que divide as pessoas em grupos de acordo com alguma característica que auxilia a se compreender algo sobre elas e como são diferentes ou parecidas com outras pessoas (de outros grupos):

A “cultura norte-americana” e a “cultura chinesa” não são as únicas culturas envolvidas num diálogo entre um japonês gay que mora nos EUA e um chinês heterossexual. Nós também estamos lidando com a cultura japonesa, a cultura gay, a cultura do estudante universitário, a cultura cristã de um deles e a cultura budista do outro, as culturas de gênero e geração, as culturas de vários websites e de grupos de afinidade que se criam ao redor de produtos específicos e a cultura popular. (SCOLLON, SCOLLON, JONES, 2012, p. 2)

Assim, toda comunicação, de alguma forma, é intercultural (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). Pensando em cultura dessa maneira, como algo que se faz, pode-se concluir que ela se expressa distintamente em diferentes momentos ou contextos. E, para compreender comunicação intercultural, é necessário focar não tanto nas pessoas, mas tentar descobrir algo sobre elas com base na “cultura” a que pertencem (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). As pessoas pertencem a diferentes grupos – famílias, comunidades, instituições como escolas e trabalho –, cada um dos quais utiliza um tipo de sistema de comunicação à disposição, sendo que as ideias e a forma como são transmitidas dependem desses sistemas específicos de comunicação. Quando os utilizam, estão fazendo algo de determinada maneira e expressando que são membros de um grupo social que fornece as ferramentas para o processo de comunicação. Esses grupos, ao se comunicarem, estão revelando a sua identidade. Tais ferramentas culturais utilizadas pelos indivíduos para se comunicarem uns com os outros e encenarem diferentes identidades culturais são chamadas de “sistemas de discurso”. Esses são caracterizados como uma “caixa de ferramentas com ideias e crenças, formas convencionais de tratar as pessoas, formas de comunicação com textos e linguagens diversas e mídia e métodos que apontam como se utilizam essas ferramentas” (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012, p. 8).

Jones (2013) argumenta que, quando atitudes e crenças afetam a maneira como as pessoas se comunicam, os linguistas aplicados tendem

a enxergá-las não como conjuntos de suposições estáticos, mas sim como parte de um discurso ativo de que as pessoas lançam mão para reivindicar identidades em situações específicas:

Aplicações dessa perspectiva geralmente levam a uma das duas abordagens analíticas seguintes: uma focando a maneira como as pessoas de diferentes grupos administram as interações sobre saúde e risco com respeito a coisas como enquadramento, posicionamento e organização da conversação, uma abordagem que se debruça fortemente em fundamentos da sociolinguística interacional; a outra focando aspectos mais amplos do discurso (incluindo coisas como ideologias, sistemas faciais e concepções culturais do *self* e da comunicação) e como pessoas os utilizam para atingir certas metas interacionais, uma abordagem que se aproxima da antropologia linguística. (JONES, 2013, p. 158)

Todo grupo que utiliza uma caixa de ferramentas específica pode ser considerado participante de um sistema de discurso particular. Além disso, cada pessoa participa, simultaneamente, de um número de sistemas culturais diferentes: é membro de um grupo corporativo particular, de um grupo profissional ou ocupacional particular, uma geração, um gênero, uma região e uma etnia, todos associados a diferentes sistemas de discurso. Como resultado, virtualmente toda comunicação atravessa algumas fronteiras que distribuem os indivíduos de acordo com os sistemas de discurso dos quais participam (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012).

Nessa perspectiva, o que usualmente se consideram diferenças “culturais” entre pessoas (país ou língua de origem, por exemplo) na comunicação é menos significativo do que as diferenças oriundas do fato de que todos são participantes de vários sistemas de discurso simultaneamente. Esses sistemas não são usualmente considerados ao tratar-se de “comunicação intercultural”, ou seja, não se leva em consideração que estão associados a gêneros diferentes, sexualidades, gerações, locais de trabalho e profissões. Além da participação simultânea de cada um em vários sistemas de discurso, constata-se que valores e comportamentos associados a um sistema de discurso em que um indivíduo participa podem entrar em conflito com os de um sistema de discurso em que outro participa, podendo inclusive haver contradições entre dois sistemas utilizados por uma mesma pessoa, que terá de lidar com esses conflitos e encontrar uma forma de conciliação para a situação.

A comunicação interdiscursiva é a comunicação entre diferentes sistemas de discurso e, considerando as possibilidades acima, ela pode ser vista também como algo que ocorre internamente, dentro de cada sujeito (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012).

A essência da análise intercultural e interdiscursiva propõe focar seu olhar nas pessoas, realizando ações em tarefas particulares e concretas e perguntar, sem pressupor, qual é o papel dos sistemas de discurso em suas ações e como são produtivas em termos de “cultura” ou de participação em sistemas de discurso específicos. Além disso, investigar se essas ações são significativas para indivíduos pertencentes a diferentes sistemas discursivos e como essas ações, tarefas ou práticas estão posicionadas dentro de quais sistemas de discurso (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012).

A análise intercultural da comunicação é importante para que este estudo alcance sua meta. Em primeiro lugar, porque, como se mostrará adiante, o detalhamento acadêmico é, essencialmente, baseado na comunicação enquanto interação social entre indivíduos. Além disso, os processos de comunicação focalizados são os que ocorrem entre profissionais da saúde, e esses processos são multidisciplinares e, portanto, interculturais (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012), uma vez que os participantes originam-se de grupos profissionais diferentes e, por isso, pertencem a sistemas de discurso diferentes.

Conforme já se pontuou anteriormente, o atravessamento de diferentes sistemas de discurso pode produzir conflitos de identidade para participantes dos sistemas, o que pode levar a confusões ou desentendimentos na comunicação. Esses conflitos e identidades múltiplas não são problemas a serem solucionados, são características de todas as situações de comunicação profissional. Em praticamente todos os sistemas de discurso orientados por um objetivo, os indivíduos serão, simultaneamente, participantes tanto dos sistemas de discurso corporativos quanto dos profissionais. Em alguns casos, a participação em um sistema tenderá a menosprezar ou questionar a participação total em outro sistema (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). Isso é verdadeiro para membros de grande variedade de sistemas de discurso profissionais ou ocupacionais, como o dos engenheiros, dos administradores da indústria de viagens, dos motoristas, dos profissionais do comércio exterior, dos jornalistas de esporte, dos fotógrafos de publicidade, dos eletricitistas e carpinteiros, ou dos músicos de orquestra. Em cada caso,

há o problema em potencial: as pessoas são, simultaneamente, membros do sistema de discurso de seu grupo profissional ou ocupacional e do sistema de discurso institucional, organizacional ou corporativo.

Dessa forma, identidades atravessadas existem e operam na maior parte da comunicação entre colegas de profissão ou entre membros da mesma estrutura corporativa. À medida que as pessoas participam simultaneamente de múltiplos sistemas de discurso que se atravessam, é necessário que elas estejam constantemente sintonizando e ajustando sua identidade e sua adesão a cada sistema de forma que todos ou quase todos os objetivos sejam pelo menos minimamente alcançados (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). Isso ficará evidente, mais adiante, ao apresentar-se o detalhamento acadêmico, técnica que permite uma análise linguística, de base etnometodológica, que demonstra como o discurso influencia positiva ou negativamente a comunicação sobre saúde e risco. Ela prevê situações de conversação entre profissionais pertencentes a diferentes culturas e, portanto, usuários de diferentes sistemas de discurso, que utilizam ferramentas diferentes para fazer coisas diferentes e lá estão, frente a frente, para negociar significados sobre saúde.

Quando existem pessoas de várias práticas sociais e profissionais interagindo, também se tem comunicação intercultural, segundo a perspectiva aqui adotada (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). Por isso, dizer que o cuidado em saúde está se tornando uma empresa cada vez mais multicultural não quer dizer apenas que ela envolve pacientes e promotores da saúde de diferentes países interagindo, mas também que cada vez mais pessoas de diferentes grupos profissionais estão trabalhando juntos (MÁSEIDE, 2007). Os funcionários do hospital podem compartilhar práticas interpretativas em virtude de sua participação comum em um sistema de discurso institucional ou corporativo. No entanto, eles também têm diversos tipos de conhecimentos e habilidades diferentes, assim, engajam-se em diferentes formas de interações e utilizam diferentes características de discurso baseadas nos sistemas de discurso profissional dos quais participam. O cuidado em saúde é cada vez mais caracterizado como um fenômeno no qual pessoas com diferentes modos de construção discursiva do conhecimento e de comunicação sobre ele trabalham juntas e negociam significados (IEDEMA; RHODES; SCHEERES, 2006).

O estudo da comunicação profissional em medicina tem como questão-chave o modo como os indivíduos de diferentes profissões se

organizam para interagir de forma bem-sucedida, isto é, de maneira que consigam negociar os significados próprios dos sistemas de discurso a que pertencem, atingindo, assim, os seus alvos. Outra questão-chave é a forma como as instituições facilitam essas interações, sem comprometer a autonomia e a identidade profissional. Essas questões tocam a prevalência da interdiscursividade em comunicação sobre saúde e risco, o atravessamento de diferentes sistemas de discurso aos quais diferentes profissionais pertencem, ou diferentes sistemas de discurso em que um mesmo profissional participa. Criam-se desafios e oportunidades quando essas vozes diversas e às vezes concorrentes interagem e, simultaneamente, relacionamentos e identidades vão se estabelecendo através do discurso (JONES, 2013).

No detalhamento acadêmico isso ocorre intensamente, uma vez que médicos que prescrevem medicamentos interagem em conversações com profissionais do comércio e marketing. Além de todas as diferenças pessoais entre eles, uma vez que podem ter religiões diferentes, hobbies diferentes, gêneros diferentes e crenças em geral, eles também pertencem a culturas profissionais diferentes e utilizam ferramentas discursivas distintas ao interagir linguisticamente. Portanto, no detalhamento acadêmico, vê-se a tentativa de se superarem questões discursivas problemáticas na comunicação, já que o confronto de diferentes identidades ocorre por meio de diferentes sistemas de discurso, instaurando-se a comunicação intercultural (JONES, 2013; SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012)

A técnica do detalhamento acadêmico é utilizada em contextos de saúde relacionada à prescrição de tratamentos. Considera-se que os médicos que prescrevem medicamentos, os prescritores, para o fazerem com qualidade, necessitam de informações atualizadas e de fontes confiáveis acerca da efetividade comparativa, segurança e custos dos tratamentos disponíveis. Devido a limitações como restrição de tempo, dificuldades com o acesso a informações em português e demandas diversas que consomem tempo, eles muitas vezes tendem a utilizar fontes mais convenientes de informação, tais como as apresentadas pelos representantes de indústrias farmacêuticas (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015). No entanto, esta é uma área que tem muito conflito de interesse, na qual sistemas de discurso com objetivos bem distintos interagem.

Finalmente, sustenta-se, neste artigo, que, do ponto de vista da comunicação, o detalhamento acadêmico contribui para melhorar o uso

racional de medicamentos e otimizar a eficiência de sistemas de saúde porque promove uma aproximação interdiscursiva. A metodologia utilizada no detalhamento acadêmico leva a uma interação entre sistemas de discursos diferentes, que têm objetivos e focos diferentes, e que almeja chegar ao melhor resultado possível considerando os usuários do sistema. Em outras palavras, a técnica reconhece que a comunicação é intercultural e opera com base nas diferenças culturais de cada interlocutor (JONES, 2013; SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo é mostrar, à luz da análise linguística de discurso de base etnometodológica, que a comunicação é um processo intercultural, portanto interdiscursivo. Além disso, tem o propósito de destacar, como exemplo prático de superação das questões problemáticas na comunicação, o detalhamento acadêmico, visto como técnica que visa à aproximação do sistema de discurso do comércio e vendas de medicamentos com o sistema de discurso médico que prescreve os medicamentos em função do diagnóstico clínico.

3. O interdiscurso na técnica do detalhamento acadêmico

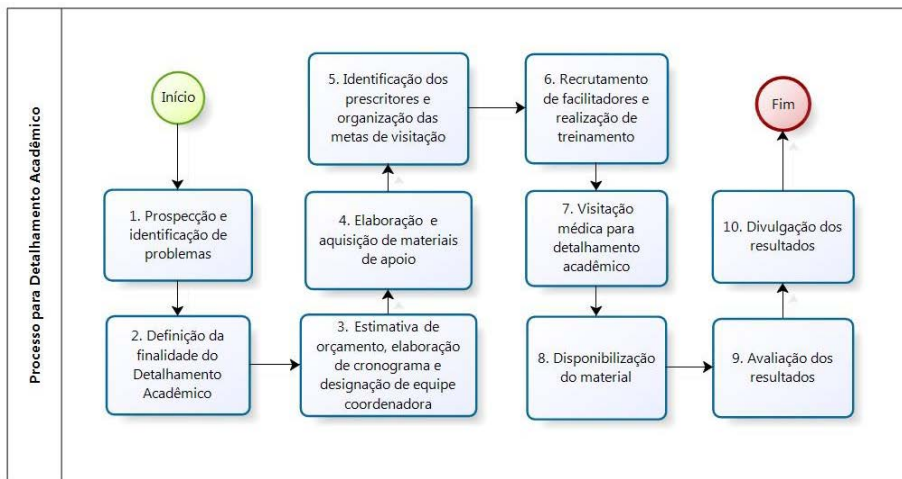
Este estudo tem como foco os sistemas de discurso voltados para saúde e risco, por isso orienta-se pelo método da etnometodologia, que é a área da sociologia mais influente nas abordagens da comunicação sobre saúde e risco. A principal contribuição desta abordagem aos estudos de saúde e risco é a atenção que dedica à forma como as identidades sociais, e outros fatos sociais, como doença e risco, constituem-se momento a momento, à medida que as pessoas se engajam em seus encontros rotineiros umas com as outras. Assim, a etnometodologia propõe que se observe o papel do enfermo como algo que é realizado organizacionalmente, através de atuações repetitivas de várias práticas sociais e profissionais (JONES, 2013).

O detalhamento acadêmico é uma estratégia que propõe visita educativa cuja realização envolve a interação face a face entre dois profissionais. Utiliza metodologias de mudança de comportamento para fornecer educação e informação de forma objetiva e uma abordagem baseada em serviços (ao invés do foco em vendas), que pode ser diretamente relacionada às situações clínicas vivenciadas por um profissional de saúde (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015).

É realizado por universidades ou instituições sem fins lucrativos e visa minimizar a lacuna existente entre a melhor ciência disponível e a prescrição na prática real. Deve ser executado por profissionais da saúde qualificados nessa perspectiva, os quais devem passar por um treinamento específico, que os torna “facilitadores”, apresentando-se para as visitas munidos de identificação da instituição promotora e de material de apoio apropriadamente preparado para esta finalidade.

Para a aplicação do detalhamento acadêmico, seguem-se as etapas na Figura 1:

FIGURA 1 – Etapas do processo envolvido para realização de detalhamento acadêmico



Fonte: Costa, Brasil, Afonso Júnior (2015, p. 13).

A etapa 1, prospecção e identificação de problemas, diz respeito aos problemas que geram demanda pelo detalhamento acadêmico, ou seja, aqueles relacionados a um distanciamento entre o que as evidências científicas ou protocolos clínicos recomendam e o que é realizado na prática clínica devido a outras influências, como a da indústria farmacêutica. Tais problemas podem ser identificados por meio de consulta com especialistas, entrevistas telefônicas, análise de bancos de dados, estudos de utilização de medicamentos, informes e alertas da vigilância sanitária, revisão de literatura ou pela detecção de problemas similares observados em outros países. A técnica do detalhamento acadêmico é considerada eficaz quando a solução para o problema

identificado depender de uma mudança de comportamento e para o qual outras técnicas mais simples, como lembretes em sistemas informatizados ou disseminação de informes, não forem suficientes.

Na etapa 2 do processo, define-se a finalidade da realização do detalhamento acadêmico. O objetivo das visitas dos facilitadores aos prescritores deve ser o de resolver um problema específico que seja mensurável e as finalidades da referida técnica variam de desenvolvimento e divulgação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas a alterações em padrões de prescrição de medicamentos, dentre outros. As visitas podem ser direcionadas aos profissionais de saúde (individualmente ou em grupo), à comunidade ou aos pacientes. Evidências quanto à eficácia dessa técnica são encontradas no Brasil e no exterior. Por exemplo, com a finalidade de desenvolvimento e implementação de protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas, foi aplicado o detalhamento acadêmico para cumprimento de protocolo clínico para triagem pré-natal de *Streptococos B* (SILVA; STEIN; SCHÜNEMANN; BORDIN; KUCHENBECKER; DRACHLER, 2013) e nos Estados Unidos para triagem de câncer colorretal (CURRY; LENGERICH; KLUHSMAN, 2011). Com a finalidade de alterar o padrão de prescrição de medicamentos, seu uso auxiliou na redução de prescrições inadequadas em um hospital com relação aos critérios legais na Austrália (SHAW, HARRIS, KEOGH, GRAUDINS, PERKS, THOMAS, 2003) e do uso de antibióticos de amplo espectro em um centro acadêmico, nos Estados Unidos (SOLOMON; VAN HOUTEN; GLYNN; BADEN; CURTIS; SCHRAGER; AVORN, 2001).

Para a etapa 3, estimativa de orçamento, elaboração de cronograma e designação de equipe, uma equipe técnica deverá ser formada, composta por, no mínimo, um especialista no assunto a ser abordado, além de pesquisadores e estagiários, sendo um dos integrantes o coordenador da equipe, o qual acompanhará todas as etapas, gerenciando o processo de forma homogênea e orientando os demais membros da equipe. Além disso, é responsável pelo treinamento dos facilitadores. A equipe definirá o número de visitas necessárias, os materiais a serem produzidos e/ou adquiridos, a abrangência da execução do detalhamento acadêmico (local ou nacional) e o orçamento.

A etapa 4 trata da elaboração e aquisição de materiais de apoio, que devem ser atrativos, objetivos e simples. Eles serão utilizados como suporte para a visita e como material informativo a ser fornecido ao prescritor, o qual geralmente tem pouca disponibilidade de tempo, por ser

muito ocupado. O material utilizado com profissionais deve ser elaborado com linguagem técnica e seu conteúdo deve ser estruturado a partir da definição de mensagens-chave, ser baseado em revisão sistemática da literatura, conter evidências científicas e informações de apoio à tomada de decisão terapêutica, estudos de caso e referências. Deve ser revisado por pares antes de utilizado.

Destacam-se, para o presente estudo, as etapas 5 e 6, voltadas, respectivamente, para a identificação dos prescritores e para a seleção e treinamento dos facilitadores. Quanto à escolha dos prescritores a serem visitados, muitas vezes não é possível abranger todos os existentes entre a população alvo. Neste caso, um bom critério é a seleção daqueles que possam servir como multiplicadores do processo, para melhor disseminar a informação, ou podem-se selecionar os que apresentam problema com a sua prescrição. Como pode haver recusa ou não localização do prescritor, devem-se sempre selecionar mais prescritores do que o número mínimo necessário. É recomendado que cada facilitador não faça mais do que quatro visitas por dia.

Na etapa 6, recrutam-se os profissionais da saúde que farão as visitas aos prescritores: os facilitadores. Para ser um facilitador, é importante que o candidato seja um bom comunicador, tenha disponibilidade, seja simpático, tenha noções de conceitos relacionados à Medicina Baseada em Evidência (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008), conheça o fluxo de atendimento do sistema de saúde no qual irá atuar, possua experiência prática no assunto, compreenda e internalize a importância do trabalho a ser desenvolvido, a fim de executar as visitas com convicção e eficiência, e possua veículo próprio para locomoção (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015). Os facilitadores recebem um treinamento que os prepara para as visitas aos prescritores. Esse treinamento tem a duração aproximada de 12 horas e inclui as etapas descritas abaixo.

- (1) Estudo sobre a técnica do detalhamento acadêmico e sobre o problema das barreiras à mudança de prescrição. Neste momento, eles também tentarão formular suas próprias mensagens-chave para a abordagem durante as visitas.

- (2) Treinamento sobre técnicas de visitação. Os facilitadores vêm a conhecer métodos de abordagem (técnicas de visitação) a serem utilizadas durante a visita médica do detalhamento acadêmico e poderão contar com a participação de convidados externos com experiência no tema, como representantes de indústrias farmacêuticas (*drug detailers*) ou profissionais que já realizam detalhamento acadêmico.
- (3) Treinamento sobre os conteúdos a serem abordados nas visitas. Pode haver a participação do especialista na área dos prescritores a serem visitados.
- (4) Aplicação de teste individual sobre as técnicas de visitação e o conteúdo. Este momento tem como objetivo que o facilitador faça uma revisão sobre seu conhecimento a respeito da técnica, das evidências científicas apresentadas aos prescritores sobre a necessidade de mudanças nas prescrições, além de outras informações que possam ser questionadas durante a visitação.
- (5) Simulação da visita. Os facilitadores atuam ora como prescritor, ora como facilitador, exercitando o manuseio e a entrega do material a ser utilizado nas visitas. Essas simulações poderão ser gravadas e assistidas para serem avaliadas e podem contar com a presença de um especialista da área atuando como prescritor (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015).

Finalmente, na etapa 7 são realizadas as visitas médicas para detalhamento acadêmico. Os facilitadores recebem uma lista de prescritores a serem visitados, com suas informações de contato. Antes da visita, cada facilitador liga para o prescritor, em seu ambiente de trabalho, e agenda um horário em que o médico não tenha pacientes, estimando a duração da visita entre 15 e 20 minutos. A visita para o detalhamento acadêmico deve passar pelas etapas listadas na Figura 2:

FIGURA 2 – Estrutura geral das visitas

Etapa	Ações
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> • Criar um ambiente adequado para a visita • Atender às necessidades imediatas do prescritor • Praticar a arte da “conversa fiada” para estabelecer <i>rapport</i> • Demonstrar atenção por meio de sua linguagem corporal • Explicar o motivo da sua visita • Confirmar se o tempo/disponibilidade para a visita ainda é conveniente para o prescritor
Construir confiança e estabelecer a sua credibilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Mencionar suas credenciais • Ressaltar imparcialidade e independência • Basear a visita na assistência clínica • Apresentar informações críveis e relacionadas à assistência ao paciente • Demonstrar empatia, honestidade, empenho, competência
Identificar as necessidades dos prescritores	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar perguntas abertas para que o prescritor fale • Utilizar mínimos encorajadores para manter a conversa fluindo • Repetir o que ouviu para demonstrar que está prestando atenção e verificar se entendeu corretamente • Fornecer informações, mas também conhecer a opinião, os sentimentos e as ideias
Apresentar as características e benefícios das “mensagens-chave”	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar as principais mensagens da visita na medida em que perceba as crenças, necessidades, valores e interesses dos prescritores • Transformar fatos ou características das mensagens em benefício/valor para o prescritor e paciente • Orientar a superação de barreiras para a mudança
Superar objeções e lidar com quaisquer respostas desafiadoras	<ul style="list-style-type: none"> • E.g. raiva ou indiferença que sejam obstáculos para que o prescritor “compre a ideia” • Estar alerta (ouvindo, observando sinais não-verbais) para os obstáculos à sua mensagem
Fechar o ciclo de comunicação	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar de repetições para garantir que suas mensagens tenham sido recebidas • Oferecer mais apoio • Ganhar credibilidade para a próxima visita • Oferecer os materiais impressos e de apoio
Continuar e manter o relacionamento	<ul style="list-style-type: none"> • Filosofia servidora • Comprometer-se com os objetivos mútuos • Importante para a mudança de comportamento

Fonte: Costa, Brasil, Afonso Júnior (2015, p. 26)

A experiência profissional do facilitador é menos importante do que suas habilidades de comunicação e a solidez e amplitude de sua compreensão da terapêutica clínica e barreiras à mudança de prescrição. Caso o facilitador não domine os conceitos teóricos necessários, eles deverão ser abordados em treinamento. Observa-se nesse método a tentativa de aproximação entre diferentes sistemas de discurso, procurando-se facilitadores que tenham perfil apropriado para a área de vendas, mas que sejam provenientes da área médica, logo pertencentes a este sistema de discurso. As características relativas à atitude de um bom comunicador têm prevalência em relação às outras.

A técnica do detalhamento acadêmico lida com o interdiscurso, elemento integrante da comunicação intercultural que diz respeito à interação entre sistemas de discurso de diferentes naturezas, utilizados por diferentes pessoas participantes do discurso (JONES, 2013). Por essa razão, a referida técnica foi escolhida aqui para exemplificar como a análise do discurso pode contribuir para a eficácia da comunicação em contextos de saúde. Como mostram os fluxogramas que representam a operacionalização do detalhamento acadêmico, o facilitador atua como mediador entre sistemas de discurso pertencentes à área médico-clínica e sistemas de discurso das áreas do comércio, vendas e marketing. Esses dois grupos de sistemas de discurso visam objetivos bem diferentes e, portanto, a chance de haver concorrência e desacertos na comunicação é grande. Com base nisso, o facilitador tem a incumbência de fazer uma aproximação entre esses sistemas de discurso, atuando diretamente no interdiscurso, minimizando diferenças e proporcionando oportunidades para entendimento. Ele o faz, por exemplo, ao seguir um protocolo para as visitas que se aproxima da conduta médica, com horário marcado, com visita no próprio consultório do prescritor, e com a utilização de evidências científicas para destacar as propriedades dos tratamentos alternativos que demonstra ao seu alvo. Por outro lado, ele também utiliza procedimentos próprios da área das vendas e marketing ao portar materiais de divulgação de alta qualidade, que atraiam os olhos e a atenção do prescritor, e demonstrar conhecimento a respeito dos medicamentos e procedimentos médicos contemplados nas entrevistas.

Este procedimento visa uma apropriação, por parte dos facilitadores, das ferramentas próprias do sistema de discurso dos profissionais de áreas como marketing e vendas, com o intuito de cativarem seus colegas de profissão, pertencentes ao sistema de discurso

da área médica. Os facilitadores já possuem e utilizam as ferramentas culturais próprias desse sistema, para o qual um dos alvos é o tratamento de problemas com base nas melhores evidências científicas. Ao inserirem-se no contexto do marketing e das vendas, assimilando as expressões e construções discursivas que este grupo utiliza para atingir seus fins, o facilitador passa a criar um novo grupo ocupacional, aquele que articula os profissionais da medicina e os profissionais do comércio, e cuja caixa de ferramentas culturais contém material de ambos os grupos, possibilitando que ele atinja objetivos de ambos (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012).

4. Discussão e considerações finais

A técnica do detalhamento acadêmico vem sendo utilizada no Brasil e no exterior, apresentando resultados surpreendentes no que tange à adesão de prescritores em seu comportamento frente a tratamentos e medicamentos sobre os quais obtiveram informações detalhadas e baseadas cientificamente (SILVA; STEIN; SCHÜNEMANN; BORDIN; KUCHENBECKER; DRACHLER, 2013; SHAW; HARRIS; KEOGH; GRAUDINS; PERKS; THOMAS, 2003; AVORN, 2007; VASUDEV; LAMOURE; BEYAERT; DUA; DIXON; EADIE; HUSAREWYCH; DHIR; TAKHAR, 2017; BRENNAN; MATTICK, 2012).

Os profissionais que efetuam as visitas, os facilitadores, e sua equipe não possuem relação financeira com a indústria que produz os medicamentos e os comercializa. A técnica não consiste numa estratégia de vendas, mas sim de mudança de atitude em relação à prescrição, sendo, portanto, conduzida pelas entidades promotoras da saúde que desejam essa mudança. O método consiste numa visita de um profissional da saúde, treinado para este fim, a outro que prescreve, prescritor, durante a qual ele informa a este as melhores evidências e diretrizes clínicas sobre o que deve ser feito para determinada situação clínica, com vistas a possibilitar a utilização de uma prescrição baseada na melhor evidência científica. O objetivo desta prática é melhorar o cuidado dispensado ao usuário do sistema de saúde (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015).

Escolheu-se, neste estudo, a técnica do detalhamento acadêmico porque ela ilustra bem o que a perspectiva da análise linguística do discurso que embasa este estudo diz a respeito da comunicação intercultural e do interdiscurso. Dessa forma, faz-se aqui uma tentativa

de explicar como essa comunicação pode ser utilizada para promover a saúde ao invés de vulnerabilizá-la.

Como exemplificação dos processos linguísticos envolvidos na proposta metodológica apresentada, descrevem-se, a seguir, as duas situações: (1) a atuação de um representante da indústria farmacêutica (RIF) num encontro regular com um prescritor, para divulgar os produtos de seu laboratório; (2) a atuação de um profissional da saúde enquanto facilitador (F) num programa de detalhamento acadêmico:

- (1) RIF: utiliza linguagem de mercado e recursos cativantes do marketing e vendas sobre a vantagem de se adquirem determinados medicamentos, tentando convencer o prescritor a utilizar a avaliação indicada pelo laboratório que ele representa; menciona que os laboratórios financiam eventos para os profissionais que indicam os seus produtos, como forma de sedução para o consumo dos produtos indicados.
- (2) F: faz a mediação entre a linguagem do mercado e as vantagens científicas relacionadas ao produto. A linguagem é clara, coloquial, mas embasada em conhecimentos científicos. O facilitador utiliza material escrito atraente, como no ramo de marketing e vendas, que informam sobre as descobertas científicas relacionadas aos produtos em questão.

Em ambos os casos, o prescritor é responsável pela escolha do melhor produto. Como os benefícios dos produtos são muito semelhantes de uma indústria para a outra, a forma como ele escolherá pode estar relacionada à eficácia da comunicação exercida por um ou por outro. Defende-se, aqui, que o discurso do facilitador é mais eficaz para a promoção da saúde dos indivíduos que recebem os tratamentos dos prescritores do que o do representante da indústria farmacêutica. O facilitador transita entre dois sistemas de discurso diferentes, como mediador, criando um terceiro sistema de discurso, o que articula as características do discurso da indústria farmacêutica e as informações por ela veiculadas de um lado e, de outro, as características do discurso baseado em evidências próprio da academia. Dessa forma, vê-se a comunicação intercultural exemplificada e a atuação do interdiscurso na área da promoção da saúde. O sistema de discurso do marketing e vendas sozinho, utilizado pelo representante da indústria farmacêutica,

tem eficácia no que tange a persuadir o prescritor a comprar o que é de interesse dos laboratórios, não repercutindo, no entanto, em benefício para a promoção da saúde da população.

A prática do detalhamento acadêmico aos prescritores, como meio de melhorar a qualidade das decisões sobre a terapia medicamentosa e a redução de despesas desnecessárias, foi iniciada há cerca de trinta anos pelos Drs. Jerry Avorn e Stephen Soumerai da Universidade de Harvard, nos Estados Unidos. De acordo com eles, algumas das características mais importantes desse método incluem: realizar entrevistas para investigar o conhecimento e as motivações para os padrões de prescrição vigentes; focar os programas em categorias específicas de médicos, bem como em seus líderes de opinião; definir claramente os objetivos educacionais e comportamentais, assim como evitar o sobretratamento; estabelecer credibilidade através de uma identidade organizacional respeitada, fazendo referência a fontes oficiais e imparciais de informações e apresentando ambos os lados de questões controversas; estimular a participação ativa do prescritor durante as visitas; utilizar materiais educativos gráficos concisos, destacando e repetindo as mensagens essenciais e fornecer reforço positivo das práticas melhoradas em visitas subsequentes (COSTA; BRASIL; AFONSO JÚNIOR, 2015).

Todos os passos descritos acima convergem na direção de minimizar os conflitos naturais na comunicação intercultural, a fim de que os diferentes sistemas de discurso, ao entrarem em contato, possam otimizar o entendimento entre as partes interagentes. Assim, estaria ocorrendo o que Jones (2013) descreve como a questão-chave na comunicação profissional em medicina, isto é, a negociação de significados próprios dos sistemas de discurso em interação a fim de atingir seus alvos. No caso do detalhamento acadêmico, o alvo dos promotores da saúde é o de atender aos usuários do sistema de saúde da melhor forma, maximizando seu bem-estar e, para isso, prescrevendo os melhores tratamentos e medicamentos, segundo o que eles acreditam e sempre fizeram. Por seu turno, o alvo dos profissionais que fazem as visitas, os facilitadores, além do bem-estar dos usuários, é fazer valer a voz do discurso próprio das vendas, a fim de desmistificar padrões rígidos de comportamento nas prescrições médicas e abrir espaço para o entendimento de que a mudança é positiva e de que há opções de substâncias e medicamentos cientificamente comprovados bem diferentes daqueles comumente utilizados, considerando que estes podem estar superados.

Os temas saúde e risco não são meramente uma questão de escolha individual, mas discursivamente construídos dentro de grupos sociais com diferentes tamanhos e formatos (JONES, 2013). Para a maioria das pessoas, embora a família seja o grupo social principal, existem vários outros aos quais elas pertencem, como grupos que se formam ao redor de certos tipos de atividades que podem impactar na saúde, tais como usuários de drogas, ou esportes extremos, grupos profissionais como os médicos, enfermeiros e promotores da saúde, instituições como hospitais e companhias de seguro, redes sociais que os conectam através de teias complexas de relacionamentos a pessoas que não conhecem e talvez nunca encontrem. Todos eles podem ter um impacto sobre como se pensa, se fala e se age em relação à saúde e ao risco, e essas questões também podem funcionar como ferramentas para a manutenção desses grupos e a construção de barreiras entre eles (DOUGLAS; WILDAVSKY, 1982). A metodologia do detalhamento acadêmico opera com base nos atravessamentos discursivos permanentemente presentes na comunicação interdiscursiva. Uma vez que todos os indivíduos pertencem a diferentes sistemas de discurso, isso impacta em sua identidade e, conseqüentemente, em seu pensamento, fala e comportamento frente a temas como saúde e risco.

Neste momento é possível observar-se a contribuição da análise da língua e do discurso conforme a visão da linguística, baseada na etnometodologia, que leva em conta o uso da língua no momento em que o sujeito está atuando em uma situação determinada, em um contexto naturalístico. A partir de excertos de conversações entre profissionais da saúde, médicos e pacientes, promotores da saúde e usuários do sistema de saúde, pode-se constatar a presença de diferenças entre sistemas de discurso que criam conflitos e afastam as pessoas ao invés de convergir o discurso para o mesmo objetivo. É importante alertar as pessoas sobre este fato e incentivá-las a alterarem seu comportamento, no sentido de serem mais tolerantes com o discurso do outro, compreendendo que sua cultura (as ferramentas das quais o outro lança mão para exercer as suas funções e interagir profissional e socialmente) o levam a utilizar tal sistema de discurso.

A sociolinguística interacional foca sua reflexão no fato de que as pessoas de diferentes grupos podem ter diferentes expectativas durante interações sobre o que estão fazendo e quem estão sendo (GUMPERZ, 1982; TANNEN, 2005). As pessoas podem iniciar interações sobre saúde e risco, por exemplo, com ideias diferentes sobre como a informação

deveria ser organizada, que tópicos são permitidos, como as sequências de fala como narrativas deveriam ser estruturadas, como a mudança de tópico deveria ser sinalizada e como coisas como respeito e empatia devem ser demonstradas. Essas expectativas diferentes são frequentemente manifestadas com sinais sutis como a escolha das palavras, as pausas, ritmo e entonação, olhar, gestos e outros comportamentos não verbais (GUMPERZ, 1982). Por isso, dificuldades nessas interações são às vezes um sentido mais sutil de mal entendimento, ou seja, um sentimento de que a interação não progrediu tão suavemente ou de forma tão bem-sucedida como poderia (SCHEGLOFF, 1987). Em função disso, tais dificuldades em comunicação intercultural são frequentemente difíceis de serem detectadas. Uma questão incômoda relacionada à comunicação intercultural não é tanto a que ocorre entre pessoas, mas aquela que ocorre dentro delas à medida que lutam para reconciliar as expectativas por vezes conflitantes sobre o que elas estão fazendo e quem elas estão sendo trazidas para dentro das interações (JONES, 2013). Isso acontece em todos os contextos em que as pessoas interagem, portanto, em contextos promotores da saúde também.

Aqui, mais uma vez, vê-se a contribuição da linguística aplicada à comunicação sobre saúde e risco, compreendendo esta como essencialmente intercultural, na qual interagem vozes frequentemente concorrentes. Segundo Jones (2013), através disso, criam-se desafios e oportunidades e estabelecem-se relacionamentos e identidades. Compreendendo essas propriedades intrínsecas da comunicação intercultural e da interação entre diferentes sistemas de discurso, a linguística fundamentada na etnometodologia abre caminhos para mudança através da análise dessas interações. Ao fazer isso, o foco será aproveitar as oportunidades criadas para o estabelecimento de relacionamentos e de identidades para promover a saúde e não para vulnerabilizá-la. Os diferentes profissionais integrantes das equipes promotoras da saúde, com base nesse conhecimento, terão a oportunidade de conscientizarem-se da importância de entrarem em contato com a cultura de seus parceiros, com as ferramentas diferentes que cada um usa para pensar, passando a compreender um pouco, dessa forma, algo sobre eles, como são diferentes ou parecidos uns com os outros (SCOLLON; SCOLLON; JONES, 2012). A partir do conhecimento da cultura do outro, será mais fácil entender e aceitar as diferenças e, conseqüentemente, a comunicação poderá atingir mais consenso e menos conflito.

A contribuição do detalhamento acadêmico aparece no sentido de reconciliar expectativas por vezes conflitantes que os comunicadores possuem na comunicação intercultural. Como foi destacado na Figura 1, a etapa 6 do processo envolvido na técnica é o recrutamento de facilitadores, profissionais da área médica e farmacêutica, e a realização de seu treinamento. Este tem como objetivo inseri-los no contexto discursivo dos profissionais que, originalmente, fazem a divulgação e as vendas dos medicamentos aos prescritores.

Enquanto a falta de comunicação intercultural sobre saúde e risco é muitas vezes o resultado das crenças diferenciadas que as pessoas têm sobre coisas como o funcionamento do corpo e os mecanismos de contágio, é possível que com mais frequência ela seja uma questão de diferença de crenças do funcionamento do discurso sobre como diferentes aspectos de saúde e risco deveriam ser representados, quem deve dizer o que para quem, quando, onde e como, e como textos e conversações deveriam ser estruturados (JONES, 2013). Isso pode ser compreendido apenas a partir da definição de “cultura” como sistemas de discurso.

A linguística aplicada lançou uma definição mais modesta, porém em certo sentido mais prática, de cultura. Culturas são vistas não como sistemas de crença e comportamento, mas como sistemas de discurso. Recursos que as pessoas têm à sua disposição para construir discursivamente várias práticas sociais e identidades sociais e para encenar essas práticas e reivindicar essas identidades em interações sociais situadas. (JONES, 2013, p. 157)

Os facilitadores, a partir de sua imersão no sistema de discurso do comércio e das vendas de medicamentos, não simplesmente utilizam as mesmas palavras e frases-chave, mas interagem com o comportamento e as crenças sobre o funcionamento do discurso pertencentes ao sistema de discurso dos comerciantes, passando a enxergar o mundo com uma lente nova, que irá se ajustar àquelas que eles já possuem nos sistemas de discurso aos quais pertencem. Dessa forma, o entendimento intercultural pode melhorar e os mesmos alvos de médicos e farmacêuticos quanto à prescrição de medicamentos podem se concretizar através do ajuste discursivo. Assim, pode haver a mudança de comportamento almejada pelos que aplicam a técnica do detalhamento acadêmico.

A linguagem e o discurso têm importância fundamental na construção identitária e na tomada de atitudes nas práticas sociais voltadas à promoção da saúde. O discurso e o comportamento produzidos pelos

diferentes sistemas de discurso vinculam-se diretamente à convicção de que, à medida que a saúde evolui de um fragmentado sistema centrado em ferramentas de serviço e pagamento para uma visão mais holística de cuidado e cobertura compreensivos, o detalhamento acadêmico poderá fortalecer o seu papel de fornecer as informações não comerciais e essencialmente baseadas em evidências que ajudarão a melhorar a base científica e o acesso ao cuidado que se quer para pacientes (IEDEMA; RHODES; SCHEERES, 2006)

Mesmo quando questões como atitudes e crenças afetam a maneira como as pessoas se comunicam sobre saúde e risco, os analistas do discurso tendem a enxergá-las não como conjuntos de suposições estáticos, mas sim como parte de um discurso ativo de que as pessoas lançam mão para reivindicar identidades em situações específicas (ROBERTS, 2010). Ao realizar a técnica do detalhamento acadêmico, profissionais de diferentes áreas do conhecimento estão construindo uma identidade discursiva que agrega ferramentas culturais diversas, utilizadas para se atingirem metas antes pertencentes ora ao sistema discursivo médico-farmacêutico, ora ao sistema discursivo de comércio e vendas. Com essa aproximação interdiscursiva, entende-se que o uso racional de medicamentos e a eficiência de sistemas de saúde podem ser qualificados, atingindo-se, portanto, melhores resultados para os usuários do sistema.

Declaração de autoria

Ambas as autoras participaram de todas as etapas do artigo; porém Dóris Cristina Gedrat encarregou-se mais da discussão dos resultados, enquanto Gehysa Guimarães Alves ocupou-se principalmente da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

- AVORN, J. Academic Detailing: “Marketing” the Best Evidence to Clinicians. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, [s.l.], v. 317, n. 4, p. 361-362, 2007. Doi: 10.1001/jama.2016.16036
- BRENNAN, N.; MATTICK, K. A Systematic Review of Educational Interventions to Change Behaviour of Prescribers in Hospital Settings, with a Particular Emphasis on New Prescribers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, [s.l.], v. 75, n. 2, p. 359-372, 2012.

- CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. 14. ed. São Paulo: Ática, 2010.
- COSTA, J.; BRASIL, C. C. A.; AFONSO JÚNIOR, A. G. *Detalhamento acadêmico*. Diretrizes. Belo Horizonte: UFMG, 2015.
- CURRY, W. J.; LENGERICH, E. J.; KLUHSMAN, B. C. *et al.* Academic Detailing to Increase Colorectal Cancer Screening by Primary Care Practices in Appalachian Pennsylvania. *BMC Health Services Research*, [s.l.], v.11, p.112, 2011. Doi: 10.1186/1472-6963-11-112.
- DOUGLAS, M. E.; WILDAVSKY, A. *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*. Berkeley, CA: University of California Press, 1982.
- GARFINKEL, H. *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1967.
- GEE, J. P. *An Introduction to Discourse Analysis: Theory and Method*. 3. ed. New York: Routledge, 2011.
- GUMPERZ, J. *Discourse Strategies*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982. Doi: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511611834>
- IEDEMA R.; RHODES, C.; SCHEERES, H. Surveillance, Resistance, Observance: The Ethics and Aesthetics of Identity (at) Work. *Organization Studies*, [s.l.], v. 27, n. 8, p. 1111-1130, 2006.
- JONES, R. H. *Health and Risk Communication. An Applied Linguistic Perspective*. London: Routledge, 2013. Doi: <https://doi.org/10.4324/9780203521410>
- MÁSEIDE P. Discourses of Collaborative Medical Work. *Text and Talk*, [s.l.], v. 27, n. 5-6, p. 611-632, 2007.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, p. 758-764, 2008. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- MISHLER, E. G. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex Publishing, 1984.

MISHLER, E. G. The Struggle Between the Voice of Medicine and the Voice of the Lifeworld. In: CONRAD, P.; KERN, R. (Ed.). *The Sociology of Health and Illness: critical perspectives*. New York: St. Martin's Press, 1990.

MISHLER, E. G.; AMARASINGHAM, L. R.; OSHERSON, S. D.; HAUSER, S.T.; WAXLER, N. E.; LIEM, R. (Ed.). *Social Contexts of Health, Illness, and Patient Care*. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

ROBERTS C. Intercultural Communication in Healthcare Settings. In: MATSUMOTO, D. (Ed.). *APA Handbook of Intercultural Communication*. New York: Walter de Gruyter, 2010.

SCHEGLOFF, E. A. Some Sources of Understanding in Talk-in-Interaction. *Linguistics*, [s.l.], v. 25, n. 1, p. 201-218, 1987.

SCOLLON, R.; SCOLLON, S. W.; JONES, R. H. *Intercultural Communication: A Discourse Approach*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell, 2012.

SHAW, J.; HARRIS, P.; KEOGH, G.; GRAUDINS, L.; PERKS, E.; THOMAS, P. S. Error Reduction: Academic Detailing as a Method to Reduce Incorrect Prescriptions. *European Journal of Clinical Pharmacology*, [s.l.], v. 59, n. 8-9, p. 697-699, 2003.

SILVA, J. M.; STEIN, A. T.; SCHÜNEMANN, H. J.; BORDIN, R.; KUCHENBECKER, R.; DRACHLER, M. L. Academic Detailing and Adherence to Guidelines for Group B Streptococci Prenatal Screening: A Randomized Controlled Trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, [s.l.], v. 13, p. 68, 2013.

SOLOMON, D. H.; VAN HOUTEN, L.; GLYNN, R. J.; BADEN, L.; CURTIS, K.; SCHRAGER, H.; AVORN, J. Academic Detailing to Improve Use of Broad-Spectrum Antibiotics at an Academic Medical Center. *Arch Intern Med.*, Chicago, v. 161, n. 15, p.1897-1902, 2001. Doi: <https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1897>

TANNEN, D. *Conversational Style: Analyzing Talk Among Friends*. 2. ed.. New York: Oxford University Press, 2005.

VASUDEV, K.; LAMOURE, J.; BEYAERT, M.; DUA, V.; DIXON, D.; EADIE, J.; HUSAREWYCH, L.; DHIR, R.; TAKHAR, J. Academic Detailing Among Psychiatrists – Feasibility and Acceptability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 30, n. 1, p. 79-88, 2017. Doi: <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-04-2016-0047>

WILLIAMS, R. *The Sociology of Culture*. Chicago: University of Chicago, 1981.