

Linguagem, comunicação e trabalho: a comunicação na prática médica

Language, communication and work: communication in medical practice

Lenguaje, comunicación y trabajo: la comunicación en la práctica médica

Maria Cecília Perez de Souza-e-Silva¹

Tatiana Piccardi²

RESUMO

A linguagem tem por função “representar” a realidade, ou a realidade é fabricada por toda uma rede de estereótipos e práticas culturais? A função das diferentes línguas é a de possibilitar a comunicação entre os seres humanos, servindo para informar e comunicar sentimentos e conhecimentos, ou elas têm um poder de ação sobre o mundo, constituem uma prática social com efeitos de transformação? Não se trata aqui de questionar o fato de que a linguagem serve como meio de comunicação. O que se questiona é uma concepção mecanicista da linguagem, segundo a qual ela seria um instrumento de comunicação neutro e indiferente às relações sociais e ao contexto sócio-histórico. A partir dessas questões iniciais, pretendemos, com este artigo, contribuir para a compreensão e análise das práticas de trabalho em saúde, mais especificamente da consulta médica, em que as interlocuções são de alta complexidade, exigindo o desenvolvimento

de uma competência discursiva adequada. Os pontos de vista aqui expostos são compartilhados pelo grupo de pesquisa Atelier Linguagem e Trabalho, cujo campo de estudos está situado na área de Linguística Aplicada, área de saber muito ampla, de cunho interdisciplinar, alicerçada em problemas e preocupações do mundo real regidos pela linguagem, no caso, as relações de trabalho. Nesse contexto, nosso grupo pensa a relação linguagem e trabalho na intersecção entre a perspectiva discursiva e a perspectiva ergológica.

Palavras-chave: competência comunicativa; comunicação; discurso; linguagem; prática discursiva; prática médica; trabalho.

ABSTRACT

Does language have the function of “representing” reality, or is reality fabricated by a network of stereotypes and cultural practices? Do the different languages have the function of enabling communication among human beings, informing and communicating feelings and knowledge, or do they have power of action over the world and constitute a social practice with transformation effects? We do not intend to question here the fact that

¹ PUC-SP/CNPq

² UNIFESP/FAPESP

language serves as a means of communication. What we are questioning is the technicist conception of language, according to which it would be a communication instrument, neutral and indifferent to the social relations and to the social-historical context. Based on these initial questions, we aim to contribute, with this paper, to the understanding and analysis of work practices in the field of health, more specifically of the medical consultation, in which the interlocutions are of high complexity and require the development of an adequate discursive competence. The points of view exposed here are shared by the research group *Atelier Linguagem e Trabalho* (Language and Work Atelier) whose field of studies is located in the area of Applied Linguistics, a wide and interdisciplinary area of knowledge that focuses on real world problems and concerns ruled by language, in this case, work relations. In this context, our group approaches the relation between language and work in the intersection between the discursive perspective and the ergological perspective.

Keywords: discursive competence; communication; discourse; language; discursive practice; medical practice; health; work; ergology

RESUMEN

¿El lenguaje tiene por función “representar” la realidad o la realidad es fabricada por toda una serie de estereotipos y prácticas culturales? ¿La función de las diferentes lenguas es posibilitar la comunicación entre los seres humanos, sirviendo para informar y comunicar sentimientos y conocimientos, o ellas tienen un poder de acción sobre el mundo, constituyendo una práctica social con efectos de

transformación? No se trata aquí de cuestionar el hecho de que el lenguaje sirve como medio de comunicación. Lo que se cuestiona es una concepción mecanicista del lenguaje, según la cual esta sería un instrumento de comunicación neutro e indiferente a las relaciones sociales y al contexto socio-histórico. Desde esas cuestiones iniciales, pretendemos, con este artículo, contribuir a la comprensión y el análisis de las prácticas de trabajo en salud, más específicamente de la consulta médica, en que las interlocuciones son muy complejas, exigiendo el desarrollo de una competencia discursiva adecuada. Los puntos de vista aquí expuestos son compartidos por el grupo de investigación *Atelier Linguagem e Trabalho* (Atelier Lenguaje y Trabajo), cuyo campo de estudios está ubicado en la Lingüística Aplicada, área del saber muy amplia, de cuño interdisciplinar, basada en problemas y preocupaciones del mundo real regidos por el lenguaje, en ese caso, las relaciones de trabajo. En ese contexto, nuestro grupo de investigación piensa la relación lenguaje y trabajo en la intersección entre la perspectiva discursiva y la perspectiva ergológica.

Palabras clave: competencia discursiva; comunicación; discurso; lenguaje; práctica discursiva; práctica médica; salud; trabajo; ergología

INTRODUÇÃO

Como linguistas, propomos refletir sobre a seguinte questão: de onde vem o poder da linguagem? Do poder político e social das instituições e, conseqüentemente, dos locutores⁽³⁾ legitimados por tais instituições:

3 Utilizaremos as designações locutor/interlocutor e enunciator/coenunciador como equivalentes.

um juiz, um padre, um médico, etc? Ou há um poder próprio da linguagem, não estritamente ou exclusivamente determinado pelas posições sociais dos indivíduos⁽⁴⁾?

Essas questões levam a outras: a linguagem tem por função “representar” a realidade, ou a realidade é fabricada por toda uma rede de estereótipos e práticas culturais⁽⁵⁾? Sua função é a de possibilitar a comunicação, isto é, serve apenas para informar e comunicar sentimentos e conhecimentos, ou tem o poder de ação sobre o mundo, constitui uma prática social com efeitos de transformação? Não se trata aqui de questionar o fato de que a linguagem e as línguas servem como meio de comunicação. Essa característica foi fundamental na história da hominização⁽⁶⁾. O que se questiona é uma concepção mecanicista da linguagem segundo a qual ela seria um instrumento de comunicação neutro e indiferente às relações sociais e ao contexto sócio-histórico.

Essa visão está subjacente a muitas das práticas profissionais, principalmente, empresariais. Comunicar, nessas instituições, seria uma passagem de dados codificados de um indivíduo a outro. Cada enunciado seria portador de um sentido estável, aquele que lhe foi conferido pelo locutor e esse mesmo sentido seria decifrado pelo interlocutor. Assegurar uma boa comunicação implicaria acionar bons dispositivos técnicos frequentemente emprestados à publicidade: um departamento de comunicação, um jornal de empresa, suportes de difusão, etc¹. Se as técnicas são boas, elas devem atingir todos os níveis da empresa. O

4 Consulte-se Boutet¹.

5 Veja-se Blikstein².

6 Leroi-Gourhan³ e Goffman⁴ estabeleceram relações entre a aparição conjunta da linguagem e das técnicas de transformação da natureza.

insucesso ou a ineficácia de diversas políticas de comunicação são, então, atribuídas seja à má vontade dos assalariados: *o jornal é feito para o chão de fábrica, mas eles não lêem*, seja a deficiências na própria confecção do jornal: *o jornal é muito difícil, tem muitas palavras em inglês*⁵.

Essa visão da linguagem estritamente informacional é restritiva, incompleta e não permite dar conta da grande diversidade de seus usos em diferentes situações, nem da complexidade da produção do sentido. Levantamos a hipótese de que tal visão perpassa também a prática médica, mais especificamente, a consulta médica, nosso objeto de estudo.

CONTRIBUIÇÕES DA LINGÜÍSTICA APLICADA PARA A ANÁLISE DO TRABALHO

A partir de nossas reflexões iniciais pretendemos, com este artigo, contribuir para a compreensão e análise das práticas de trabalho em saúde, mais especificamente da consulta médica. Os pontos de vista aqui expostos são partilhados pelo grupo de pesquisa Atelier Linguagem e Trabalho⁽⁷⁾, voltado para três vertentes: a) estudo dos discursos produzidos por diferentes interlocutores nos quais o tema trabalho é relevante; b) análise das práticas de linguagem em situação de trabalho; c) estudos em diálogo com disciplinas convocadas a pensar o trabalho, em um primeiro momento, a Ergonomia da atividade e, atualmente, a Ergologia.

O campo de estudos no qual nos situamos é o da Linguística Aplicada, área de saber

7 Coordenado por uma das autoras, Maria Cecília Perez de Souza-e-Silva.

muito ampla, de cunho interdisciplinar, alicerçada em problemas e preocupações do mundo real regidos pela linguagem, no caso, as relações de trabalho. Nesse contexto, nosso grupo pensa a linguagem a partir de uma perspectiva discursiva, que pressupõe (i) o entendimento de que as práticas de linguagem ocorrem sempre vinculadas ao contexto sócio-histórico, sendo, portanto, indissociáveis da sociedade que as promove; (ii) o entendimento de que, reconhecido o funcionamento social da linguagem, os atores têm condições de apreender procedimentos enunciativos que visam à comunicação adequada em diferentes situações; (iii) o entendimento de que a perspectiva interdisciplinar pressupõe que a compreensão do funcionamento da linguagem depende do diálogo com disciplinas voltadas para a questão do trabalho. Daí a importância da perspectiva ergológica em nossas pesquisas.

A PERSPECTIVA DISCURSIVA

Uma concepção dinâmica da discursividade parte do princípio de que um discurso é sempre heterogêneo, isto é, todo discurso se constitui na relação com outro, independentemente de qualquer traço visível de citação. Na esteira desse princípio, pode-se dizer que a reflexão contemporânea sobre a linguagem afastou-se da concepção dos enunciados como realidades transparentes e postula que todo ato de enunciação é fundamentalmente assimétrico: quem interpreta o enunciado reconstrói seu sentido a partir de indicações presentes nesse enunciado, isto é, de uma gramática e um léxico, mas também “mobiliza saberes muito diversos, faz hipóteses, raciocina, constrói um contexto que não é um dado preestabelecido e estável”⁶. Isso não quer dizer que as unidades de uma sequência verbal não signifiquem

nada, nem que suas relações deixem de orientar de maneira decisiva a interpretação. O que se quer dizer é que, “fora de contexto, não podemos falar realmente do sentido de um enunciado”⁶.

A adoção de uma perspectiva discursiva implica, portanto, a aceitação de alguns princípios, entre eles, o de que o sentido de um texto não está apenas nas informações que contém⁷. Em lugar de seu tratamento como informação, introduz-se a noção de efeito de sentido entre os interlocutores sócio-historicamente situados. Assim, embora a língua seja a mesma para diversos enunciadores, o sentido do que dizem pode não sê-lo porque há outros fatores que não são da ordem da língua. O mesmo enunciado pode ter sentidos diferentes se pertencer a posicionamentos discursivos diferentes⁸. Finalmente, a perspectiva discursiva aponta para um conjunto de teorias sobre as coerções/restrições que o discurso sofre, isto é, um discurso não circula em qualquer lugar, não toma uma forma genérica qualquer e não pode ser interpretado de qualquer maneira por qualquer um.

Entre essas coerções podem ser citadas as “leis” do discurso. A designação e o número de tais leis, assim como as relações que elas estabelecem entre si variam de um autor a outro⁽⁸⁾. Vamos nos restringir aqui a quatro delas: *pertinência*, *sinceridade*, *informatividade* e *modo*⁽⁹⁾.

A lei da pertinência estipula que “uma

8 Problemática introduzida por Grice⁹ sob a designação de “máximas conversacionais”: de qualidade, quantidade, relevância e modo.

9 Deixamos claro que tais leis/normas não constituem saídas milagrosas, mas dão pistas sobre a adequação dos textos a diferentes contextos.

enunciação deve ser maximamente adequada ao contexto em que acontece: deve interessar ao coenunciador, fornecendo-lhe informações que modifiquem a situação”. O fato de toda enunciação implicar sua pertinência leva o coenunciador a procurar confirmar tal pertinência. Se um jornal publica na primeira página *Serra vence as prévias do PSDB com 52%*, “só o fato de dizê-lo implica que tal informação é pertinente lá onde ela se encontra, do modo como se encontra e para o público ao qual se destina”. A lei da sinceridade “diz respeito ao engajamento do enunciador no ato de fala que realiza. Cada ato de fala (prometer, afirmar, ordenar, desejar, etc.) implica um determinado número de condições”⁽¹⁰⁾. Por exemplo, afirmar algo implica estar em condições de garantir a verdade do que se diz; dar uma ordem pressupõe querer que a ordem seja obedecida. Pressupõe, ainda, não ordenar alguma coisa impossível ou já realizada, etc. A lei da informatividade incide sobre o conteúdo dos enunciados e estipula que não se deve dar mais nem menos informações que o necessário. Evidentemente, o funcionamento dessas leis só pode ser observado no contexto⁶.

Finalmente, a lei do modo prescreve a adequação do dito, seja falado ou escrito, a cada situação considerando os diferentes planos linguísticos, a entonação, o vocabulário, as pessoas do discurso, as modalidades, etc. Os textos se assemelham e se distinguem por meio de marcas linguísticas, que decorrem das condições em que são produzidos, isto é, do “lugar” discursivo em que os interlocutores se encontram, do grau de certeza que querem passar diante de uma decisão a ser tomada, de um resultado pretendido, de uma ordem a

ser dada, do julgamento de um fato, etc. Tais marcas mostram, direta ou indiretamente, a atitude do enunciador em relação ao objeto do discurso e em relação ao coenunciador, indicando a importância não apenas do que se diz, mas também do modo como aquilo que se diz é dito. Entre as várias marcas linguísticas, vamos nos deter nas modalidades, aqui restritas a quatro: *as assertivas*, *as epistêmicas*, *as deônticas* e *as avaliativas*⁽¹¹⁾.

As primeiras referem-se ao eixo da existência e postulam um enunciado como verdadeiro ou falso, determinando, portanto, o valor de verdade daquilo que é dito. As epistêmicas referem-se aos conhecimentos e crenças do enunciador na relação com os coenunciadores e com o objeto do discurso. É possível adotar diferentes posições frente a um “fato”, uma ideia, etc, posições essas que vão desde a certeza absoluta: *é certo que* até a certeza não menos absoluta: *é impossível que*, passando por toda uma gama de possibilidades: *é provável*, *é possível*, etc. O enunciador, quando recorre às modalidades assertivas ou às epistêmicas, relacionadas à certeza absoluta, apresenta-se como autoritário, obrigando o interlocutor a aderir a seu discurso, aceitando-o como verdadeiro, incontestável. Já quando recorre às epistêmicas, relacionadas à probabilidade e à possibilidade, situa seu discurso no campo da escolha, não impõe (ou finge não impor) sua opinião, deixando margem ao interlocutor para aceitar ou não os argumentos apresentados.

As modalidades deônticas cobrem o campo da conduta, das normas, das obrigações e permissões, daquilo que se deve fazer, daquilo que é obrigatório, facultativo, permitido e tanto

10 Cada um dos três trechos entre aspas foi extraído de Mainueneau⁶.

11 Dependendo da filiação teórica e dos autores, são várias as classificações das modalidades^{10, 11}.

podem indicar uma ordem impositiva sem questionamento, quanto uma injunção, que suscita o dizer e também o fazer, mas sob a forma de uma dica, um conselho, como ocorre, por exemplo, na publicidade.

As modalidades avaliativas referem-se a julgamentos de valor do enunciador em relação a eventos, ações ou situações. Tais valores podem ser morais (bem e mal), técnicos (bom para, isto é, útil; mau para, isto é, nocivo), afetivos (agradável, desagradável). Situam-se, em geral, em relação de oposição: bem x mal, melhor x pior, etc. Avaliar os objetos do mundo ou os atores sociais tem um poder simbólico muito grande. Quando, por exemplo, o médico julga adequada ou inadequada uma opinião ou uma postura de seu paciente, em relação à doença ou ao próprio corpo, ele acaba por impor sua representação, podendo causar no paciente uma sensação de acolhimento ou de desqualificação.

As leis do discurso se aplicam a toda atividade verbal e precisam ser vistas na relação com os *gêneros de discurso*, entendidos como “dispositivos de comunicação que só podem aparecer quando certas condições sócio-históricas estão presentes”⁶ (12). Por exemplo, as normas utilizadas para a escrita de uma tese não são as mesmas que as de uma conversa no bar entre amigos. Para caracterizar os gêneros de discurso, costuma-se recorrer à metáfora do “contrato”, tomada de empréstimo ao domínio jurídico. Dizer que o gênero de discurso é um contrato⁽¹³⁾ significa afirmar que ele é fundamentalmente cooperativo e regido por normas. Todo gênero

de discurso exige daqueles que dele participam a aceitação de um certo número de regras mutuamente conhecidas. Evidentemente, esse contrato não necessita ser objeto de um acordo explícito: “É justamente porque o contrato de comunicação é fundador do ato de linguagem que ele *inclui sua própria validação*. O outro interlocutor-coenunciador é considerado como subscrivendo antecipadamente os termos do contrato”⁽¹⁴⁾.

O domínio das leis do discurso e dos gêneros discursivos são os componentes essenciais de nossa competência discursiva, ou seja, de nossa aptidão para produzir e interpretar os enunciados nas múltiplas situações do cotidiano. Se considerarmos que o texto jamais se apresenta como tal, mas sempre na forma de um gênero de discurso particular: um manifesto, uma publicidade, uma conferência etc, propomos considerar a consulta médica como um gênero de discurso.

A PERSPECTIVA ERGOLÓGICA

Apreender a atividade de trabalho segundo a perspectiva ergológica implica pensá-lo a partir do Dispositivo Dinâmico de Três Polos (DD3P), no qual o termo *polo* indica um lugar virtual onde se articulam os saberes *constituídos*, os saberes *investidos* e a *gestão de valores*. Há sempre uma dialética, um compromisso, um encontro entre esses polos, parâmetros indissociáveis e presentes em toda a situação de trabalho¹⁴ (15).

O polo dos saberes *constituídos* refere-se a todo o conjunto de prescrições e normas

12 () A noção de gênero do discurso, tal qual apresentada aqui, foi desenvolvida inicialmente por Bakhtin¹².

13 () Problemática que tem sido desenvolvida sobretudo por P. Charaudeau¹³ e em seus trabalhos ulteriores.

14 P. Charaudeau, *Cahiers de linguistique française*, nº 17, p. 160.

15 Mais informações sobre esse dispositivo, consultar o site <http://www.ergologie.com>.

necessárias, mas exteriores e anteriores à própria realização do trabalho, a tudo aquilo que é formalizado, ensinado e consultado, sob diversos suportes: livros, escritos, gráficos, manuais, organogramas, e ainda, máquinas, novas instalações etc. Esse conjunto de saberes constitui as *normas antecedentes*¹⁵. Já o polo dos saberes investidos refere-se à experiência prática, que é recriadora dos saberes constituídos; à dimensão conjuntural, concreta, ao aqui e agora de cada situação de trabalho.

A realização efetiva das diferentes ações implica sempre *renormalizações*, porque aquilo que se realiza não se acomoda jamais ao respeito absoluto das normas, das prescrições, que são interpretadas, ajustadas, ou mesmo, ignoradas, portanto sempre parcialmente singularizadas, mas impossíveis de serem previstas de antemão. Finalmente, o terceiro pólo é o do trabalho considerado como *uso de si*, como *gestão de valores*¹⁶. Se a distância entre o prescrito e o realizado é universal, “toda a atividade de trabalho comporta uma parte de gestões complexas (...): escolha entre imperativos diferentes, gestão de imprevistos, gestão de relações sociais, gestão de crises”¹⁷.

E, finalmente, gestão de si – dessa entidade em parte opaca ao próprio ser humano que faz a experiência de si mesmo por meio da atividade laboriosa. Gerir a complexidade do trabalho implica as chamadas “dramáticas do uso de si”, que podem ser observadas nas escolhas cotidianas, situações nas quais entram em jogo, simultaneamente, questões advindas do setor econômico - produtividade, eficiência, manutenção do próprio emprego - e aquelas dos valores não econômicos: solidariedade, respeito, ética.

Pode-se, então, compreender o trabalho como um debate sempre renovado entre os prescritos, ou normas antecedentes, e as reformulações do prescrito, ou renormalizações⁽¹⁶⁾, historicamente contextualizadas e balizadas pelo nível local de atuação do trabalhador. Assim como as normas, as renormalizações são constitutivas da atividade de trabalho, isto é, o encontro com as particularidades de cada situação mostra sempre a insuficiência das normas antecedentes e a necessidade de o trabalhador e/ou o coletivo criarem suas próprias normas para enfrentar a inevitável variabilidade do meio¹⁵.

A CONSULTA MÉDICA COMO PRÁTICA DISCURSIVA COMPLEXA

A consulta médica - entendida como gênero do discurso que determina o modo de os atores sociais, médico e paciente, interagirem - afeta o tipo de comunicação que se desenvolve entre eles. Nessas interlocuções ainda é forte a influência dos discursos médicos do século XIX, que deram origem ao chamado modelo biomédico, ainda em voga, do qual se originam os posicionamentos discursivos dominantes na saúde. Esse modelo - que desloca lentamente o olhar do médico do doente para a doença, do ator social para o objeto¹⁸ - afeta diretamente a comunicação entre médico e paciente, na medida em que o primeiro designará de modo “objetivo” um mal que, na realidade, não pode ser separado da experiência vivida do sujeito doente.

Afetada pelo discurso biomédico, a consulta médica aos poucos foi assumindo o perfil que

16 Estamos tomando como sinônimos os pares prescritos/normas antecedentes e reformulações do prescrito/renormalizações. A questão das normas, no entanto, é muito mais ampla ^{19, 20, 15}.

possui hoje, adquirindo não apenas uma certa estrutura organizacional própria e elementos cristalizados pelo uso, mas também uma certa estrutura discursiva, em que o médico assume papel central como condutor do diálogo. A primeira é composta, grosso modo, pelas seguintes partes: anamnese, exame físico e encaminhamento cujos principais objetivos estão voltados, principalmente, para esclarecimentos de dúvidas sobre saúde/doença; realização de um diagnóstico e estabelecimento de um tratamento. A estrutura discursiva prevê uma relação assimétrica entre médico e paciente. Cabe ao primeiro: (i) controlar o tópico (definir o que dizer), (ii) determinar o quanto dizer e (iii) recorrer à linguagem técnica, também designada jargão da medicina²¹. Observam-se aí prescrições pensadas a partir do que seria considerado adequado em uma consulta médica. As possibilidades de adequação a diferentes situações e a questão do engajamento do médico na situação de comunicação é algo que não se discute talvez por ser considerado óbvio ou irrelevante.

Como em toda atividade, inclusive de linguagem, embora a prática do médico em consulta seja norteadada pelo *saber* clínico *constituído*, isto é, aquele saber formalizado, ensinado e consultado, sob diversos suportes, cujo conjunto constitui as *normas antecedentes*, a prática junto ao paciente é norteadada também por seu *saber investido*, ou seja, por sua experiência, prática recriadora dos saberes constituídos; pela dimensão conjuntural concreta do aqui e agora de cada consulta; pelo conhecimento de si e do próprio paciente; e pelos saberes oriundos de outros discursos que perpassam sua história. A

realização efetiva das diferentes ações durante a consulta implica sempre *renormalizações*, porque aquilo que se realiza não se acomoda jamais ao respeito absoluto das normas, das prescrições. Em situação de trabalho, as prescrições são interpretadas, ajustadas e, algumas vezes ignoradas. Sua fala, portanto, oscila entre o que podemos chamar de uma fala institucional e uma fala pessoal, ou seja, entre a fala prevista para o exercício da função e as falas mais ou menos espontâneas próprias das relações pessoais.

Em consultas de não mais de quinze minutos – duração prescrita que já se incorporou à prática “consulta médica” no sistema público de saúde brasileiro e em boa parte das instituições conhecidas como “convênios médicos” –, a possibilidade mesma de emergir um saber investido por parte do profissional de saúde, fundamental para a gestão de si e da relação com o outro na interlocução, é reduzida drasticamente. Somem-se a este fato o medo da doença, a fragilidade acentuada do paciente e as diferenças socioculturais, e temos um quadro bastante complexo.

Nesse contexto, de modo geral, o profissional tende a ater-se à sua posição de médico (e detentor do saber), criando pouco espaço para uma interlocução mais aberta. Tal fato se dá, entre outras, por várias razões: (i) por coerção dos discursos de poder que sustentam seu papel social (distante do doente e próximo da doença); (ii) por coerções relacionadas a prescritos de sua atividade de trabalho que orientam a consulta médica e impõem uma ordem unicamente racional à sua ação e inibem a troca intersubjetiva); e (iii) por prescritos relacionados à realidade do sistema de saúde como situação de trabalho

(como, por exemplo, atendimento em tempo exíguo). Renormalizar sua prática em prol da interlocução produtiva com o paciente e em prol do melhor encaminhamento possível para o caso tem sido, assim, muito difícil para o médico.

ADEQUAÇÃO E INADEQUAÇÃO NOS USOS DA LINGUAGEM NA CONSULTA MÉDICA

A fragilidade humana compõe as relações e se faz fortemente presente na relação médico-paciente, em especial em situações de doença grave, em que se anuncia, em consulta, o diagnóstico/prognóstico do caso. O medo e a insegurança, de um modo ou outro, afetam os dois integrantes da interlocução. O médico contorna esses sentimentos apoiando-se no seu papel social e no seu saber constituído. Permitir que a emoção aflore positivamente na interlocução, cooperando na renormalização dos prescritos, e valorizando os saberes investidos do paciente e dele próprio, é o desafio para os médicos, apesar das condições restritivas.

Ainda que o discurso biomédico sustente e condicione fortemente a prática médica, entendemos que o ato de enunciar, como ato que não se repete e que é, portanto, espaço do novo, é o lugar por excelência de construção de uma força criativa e transformadora, e, no caso do anúncio do diagnóstico/prognóstico, potencialmente curativa. Esta perspectiva de linguagem, aliada a reflexões sobre o que seja o trabalho em saúde, pode constituir a base para uma prática médica em situação de consulta mais ciente da importância da linguagem, e que contribua efetivamente para a qualidade do processo de tratamento.

Analisaremos a seguir breves enunciados proferidos em situações reais, em que o médico anunciou o prognóstico fatal e o tempo de vida que restava aos filhos a mães de pacientes jovens, menores de idade, de diferentes faixas etárias. Tais falas foram coletadas como parte de estudo recente realizado junto a pais enlutados^{22,23}, em que mães relataram os diálogos estabelecidos com o médico nessa situação específica⁽¹⁷⁾. Em todas as situações (cerca de vinte relatos), a fala do médico, sem que ele provavelmente se desse conta, retirou da mãe e/ou pai o único esteio que lhes restava para conduzir a relação com o filho nos meses que se seguiriam: a esperança, que precisou ser arduamente construída durante o tratamento paliativo.

Compreender o alcance do que se considera inadequado nos exemplos a seguir exige que se entenda a linguagem como determinada histórica, social e culturalmente. Neste contexto peculiar, é preciso que se entenda o estigma que existe ao redor do fato concreto da morte de um filho e do quanto as pessoas não querem/não podem compreender um prognóstico que a anuncie.

É na formulação desse tipo de enunciado, portanto, que a competência discursiva se faz

17 As mães em questão fazem parte do Núcleo de Apoio a Pais Enlutados, serviço prestado gratuitamente a pais que perderam filhos e buscam os meios para lidar com o luto. O serviço – promovido pela AHPAS-Associação Helena Piccardi de Andrade Silva, organização de apoio sociofamiliar a famílias com crianças em tratamento de câncer – reúne mensalmente pais enlutados em rodas de conversas em que, pela narrativa da própria experiência a interlocutores sensíveis, tecem os caminhos da recuperação. Os enunciados analisados neste artigo foram extraídos de relatos enunciados durante essas reuniões, especificamente naquelas em que o tema abordado foi a relação médico-paciente.

mais necessária. Essa competência habilita o médico a: (i) articular saberes constituídos e investidos em prol do tratamento paliativo; (ii) renormalizar a prática de modo a desestabilizar posições discursivas cristalizadas e conseguir colocar-se no lugar do outro; (iii) levar em conta as leis do discurso, modalizando-as tendo em vista a situação singular; e (iv) levar em conta a fragilidade em que se encontram os sujeitos envolvidos (incluindo-se o próprio médico).

Vejamos os seguintes enunciados:

Médico 1: “Vamos empurrar com a barriga.”

Médico 2: “Curta sua filha, enquanto ela está viva.”

Médico 3: “Não adianta você correr, o caso não vai mudar.”

Os enunciados 1 a 3 partem do posicionamento biomédico dominante, na medida em que impõem uma distância emocional entre os interlocutores, ao mesmo tempo em que camuflam, por meio de uma linguagem marcada por aparente desconsideração à dor do outro, o sofrimento do médico, que tem dificuldade para lidar com a própria dor. Nos três casos, as leis do discurso foram apenas parcialmente contempladas. Não houve pertinência, na medida em que as mães interpretaram os enunciados como inadequados à realidade por elas vivenciada; a sinceridade está comprometida, pois o engajamento na situação é dúbio – as mães não notaram solidariedade no ato do anúncio; houve informatividade, na medida em que foi dada a informação sobre o prognóstico, mas de modo pressuposto, o que aparentemente

o tornou mais difícil de ser recebido pelas mães; e, finalmente, não houve adequação à lei do modo, já que as expressões linguísticas contribuíram para a construção de uma atitude entendida como displicente pelas mães.

Vejamos em detalhes por que as expressões linguísticas foram inadequadas: nos enunciados 1 e 2, o nível de fala informal, marcado pelo uso de palavras da linguagem cotidiana, aponta para itens lexicais que pretenderiam, num primeiro momento, promover a aproximação entre os atores sociais envolvidos, já que, em tese, ao dispensar a linguagem técnica ou um nível formal de fala, o médico promoveria a atenuação da assimetria dos papéis sociais, em nome de uma interlocução mais afetiva. Em outros termos, haveria um saber investido que se sobressairia ao saber constituído. No entanto, conforme interpretação das mães, o efeito de sentido por elas atribuído foi de descaso e abandono. “Levar com a barriga” significa adiar a solução de um problema, adiar um compromisso, deixar que algo prossiga sem realizar nenhuma ação efetiva. Nem mesmo o “nós inclusivo” (uso da primeira pessoa do plural em “Vamos empurrar...”) minimizou o impacto negativo do enunciado.

No enunciado 2, o uso de “curtir” (“Curta sua filha”) pode indicar um modo afetivo de aproximar-se e cooperar para promover uma boa interação entre mãe e filha nessa fase. No entanto, o item lexical “enquanto”, que funciona como operador argumentativo⁽¹⁸⁾, isto é, indica a força argumentativa dos enunciados, a direção para a qual apontam, é também portador de uma pressuposição, que marca na superfície discursiva um encadeamento

18 Conforme teoria da argumentação na língua desenvolvida por Ducrot²⁴.

temporal de provisoriedade : “ela logo não estará mais viva”, o que, evidentemente, é compreendido pelo interlocutor como o fim da esperança.

No enunciado 3 (“Não adianta você correr, o caso não vai mudar”), a ocorrência de um *não* polifônico pressupõe a existência de vozes segundo as quais determinadas providências devem ser tomadas em tempo hábil para que possam ocorrer mudanças. Essas vozes são sobrepostas pela do médico sob a forma de uma assertiva negativa, que implica, da mesma forma que nos enunciados 1 e 2, o afastamento entre os interlocutores e nenhum alívio para a dor. O tom informal (observado pelo uso da expressão “não adianta correr”), tal qual em 1 e 2, não promove interação, ao contrário do que em geral ocorre nos usos informais da língua.

Observemos agora o seguinte enunciado:

Médico 4: “Seu filho tem no máximo três anos de vida.”

O enunciado afirmativo, que se constitui sob a forma de asserção com valor de verdade inquestionável, revela uma formulação do enunciado que promove o efeito de sentido de objetividade, próprio ao que estamos chamando de discurso biomédico. No entanto, a explicitação assertiva de um tempo claramente demarcado apenas promove efeitos de exclusão do outro e sua dor. Não ajuda o interlocutor a entender o fato, nem tão pouco promove os meios para enfrentá-lo.

Observamos que tais enunciados funcionam como formulações que camuflam sentimentos que, provavelmente, o médico tem dificuldade para admitir (sua impotência, desânimo,

tristeza). Não encontrando um modo mais adequado de se comunicar, seu dizer é afetado pelos próprios sentimentos,. Diz aquilo que lhe é possível e do modo como lhe é possível.

O único caso citado, que consideramos exemplo de uma enunciação adequada e produtiva, foi:

Médico 5: “O prognóstico não é bom, mas vamos lutar”.

O segmento “mas vamos lutar”, ao se contrapor argumentativamente ao que foi explicitado anteriormente, neutraliza os efeitos de sentido do “não” dito na primeira parte do enunciado. O efeito promovido pelo operador “mas” é o de reverter a direção argumentativa do enunciado anterior e apontar para uma nova direção, não necessariamente explicitada no enunciado que introduz. Neste caso, o enunciado introduzido pelo “mas” traz implícita não uma nova possibilidade de prognóstico, mas uma maneira de lidar com ele que foi muito bem recebida pela mãe. Nos dois enunciados, vistos em conjunto como um só ato de fala, o reconhecimento e inclusão do outro na prática discursiva está marcada nesse mesmo segmento - “mas vamos lutar” -, em que, também, via a presença do operador “mas”, o enunciador insere-se como alguém que se solidariza com a dor do outro, promovendo não apenas identificação, mas também esperança.

O esquema de funcionamento do MAS é o seguinte: o locutor introduz em seu discurso um argumento possível (“O prognóstico não é bom”) para uma conclusão *R* (seja, por exemplo, “o doente provavelmente vai morrer”); logo em seguida, opõe um argumento decisivo precedido pelo mas (“vamos lutar”), que aponta para uma

conclusão contrária *não-R* (“há ainda alguma esperança”). Esse esquema argumentativo pode ser explicitado recorrendo à metáfora da balança: o locutor coloca no prato *A* um argumento com o qual não se engaja, isto é, que pode ser atribuído ao interlocutor, a terceiros, ao saber comum de determinada profissão, no caso, o saber médico. A seguir, coloca no prato *B* um argumento contrário, ao qual adere fazendo a balança inclinar-se nessa direção. O operador argumentativo *MAS* liga, portanto, dois enunciados distintos. Do ponto de vista da argumentação que está por construir, o locutor negligencia o primeiro enunciado e apóia-se sobre o segundo, imprimindo-lhe maior força argumentativa para conduzir a uma conclusão oposta a do primeiro enunciado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nossas reflexões ressaltam a importância de o encontro médico-paciente ser constantemente recriado durante a própria consulta, “o que reenvia cada processo a suas singularidades”⁽¹⁹⁾. Recriar a linguagem no ato da enunciação torna-se um dos desafios centrais na interlocução entre médico e paciente. Ao perceber os mecanismos de funcionamento da língua, os atores sociais têm mais condição de desenvolver a sensibilidade necessária para conduzir sua fala no ato da enunciação.

Nossa preocupação é, portanto, a de compreender a competência discursiva como uma qualidade sensível e dinâmica, capaz de renormalizar-se a si mesma em cada interação, buscando nas especificidades da consulta médica os meios para torná-la uma prática satisfatória para as partes. A competência

19 Vieira²¹ também chama atenção para este aspecto.

discursiva pressupõe, assim, dar espaço a uma interlocução que dê voz ao paciente e/ou ao seu cuidador, o que se dá por meio de um modo de inserção do médico no discurso que reconhece o outro em sua diferença e, sobretudo, em sua fragilidade naquele momento.

Podemos dizer que o desenvolvimento da competência discursiva de modo geral, e por parte do médico em consulta clínica em particular, implica: (i) a compreensão de que a fala é situada no tempo e no espaço e, assim, atravessada por diferentes discursos. – em outras palavras, a compreensão de que os atores sociais que enunciam não são totalmente donos de sua fala e que essa consciência pode ajudar a moldá-la; (ii) a compreensão de que a fala é única nesse mesmo tempo e espaço, portanto passível de ser transformada; (iii) a compreensão de que a fala é norteadada por leis do discurso, que podem ser apropriadas de modo renovado, em especial no que diz respeito à construção de uma atitude empática frente à situação e ao interlocutor; e (iv) a compreensão de que a fragilidade é constitutiva da prática e pode ser incorporada na atividade clínica (que inclui a atividade linguística) de modo solidário.

Como dissemos no início deste trabalho, embora a língua seja a mesma para diversos enunciadorees, o sentido do que dizem pode não sê-lo porque há outros fatores que constroem o sentido, que não são da ordem da língua, mas da ordem dos discursos que embasam/afetam as práticas humanas. O desenvolvimento da competência discursiva pode habilitar os falantes e dizer e redizer o que é preciso que se diga, de modo a que as práticas e seus efeitos transformadores se conduzam da melhor forma.

REFERENCIAS

1. Boutet J. Le pouvoir des mots. Paris: La Dispute; 2010.
2. Blikstein I. Kasper Heuser ou A fabricação da realidade. São Paulo: Cultrix; 1995.
3. Leroi-Gourhan A. Le geste et la parole. Tome I – Technique et langage. Paris : Albin Michel; 1964.
4. Goffman E. Façons de parler. Paris: Éditions de Minuit; 1987.
5. Souza e Silva MCP. Estudos enunciativos: atividades de linguagem em situação de trabalho. In: Brait B, organizadora. Estudos enunciativos no Brasil – História e perspectivas. São Paulo/ Campinas: FAPESP/ Pontes; 2001. p. 131-146.
6. Maingueneau D. Análise de textos de comunicação. Cecília P. de Souza-e-Silva e Décio Rocha, tradutores. São Paulo: Cortez; 2001.
7. Souza e Silva MCP. Os sentidos de competência no *trabalho*: discurso da mídia e discurso acadêmico. Revista Filologia e Lingüística Portuguesa. 2007; 9: 381-405.
8. Maingueneau D. Cenas da enunciação. 2.ed. Sírio Possenti e Maria Cecília Perez de Souza-e-Silva, organizadores. São Paulo: Parábola; 2008.
9. Grice HP. Logique et conversation. Communications 1979 jun; 30 (spécial): 57-72.
10. Neves MHM. Texto e gramática. São Paulo: Contexto; 2006.
11. Koch I. Argumentação e linguagem. São Paulo: Cortez; 1984.
12. Bakhtin M. Estética da criação verbal. Maria Ermantina Galvão G. Pereira, tradutora. São Paulo: Martins Fontes; 1992.
13. Charaudeau P. Langage et Discours. Paris: Hachette; 1983.
14. Schwartz Y. Travail et ergologie. In: Reconnaissances du travail, pour une approche ergologique, Paris: PUF; 1997. p. 1-37.
15. Schwartz Y. Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe. Toulouse: Octarès; 2000.
16. Schwartz Y, Durrive L, organizadores. Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. Athayde M, Brito J, organizadores da edição brasileira. Niterói: EdUFF; 2007. p. 264-273.
17. Schwartz Y. L’homme, le marché, la cité. In: C’est quoi le travail. Paris: Autrement; 1997a. p. 110-127.
18. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4.ed. Maria Thereza R. de Carvalho Barrocas e Luiz Octávio F. Barreto Leite, tradutores. Rio de Janeiro, Forense; 1995.
19. Canguilhem G. Milieu et normes de l’homme au travail. Cahiers Internationaux de Sociologie 1947, 3: 120-136.
20. Daniellou F. Le travail des prescriptions. XXXVème Congrès SELF. 2002. Disponível em: URL: www.ergonomie-self.org/self2002/

[daniellou.pdf](#).

21. Vieira MAM. Atividade, o discurso e a clínica: uma análise dialógica do trabalho médico. Tese [Doutorado em Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem]. São Paulo: PUC/SP; 2002.

22. Piccardi T.. Relatos de pais enlutados: a dor posta em discurso. Revista Alpha. 2008; 9: 129-137.

23. Piccardi T. Research on Curative Speech Acts Observed through a Long-Term Initiative Involving Young Cancer Patients and Grieving Parents in São Paulo, Brazil. In: Hogue B, Sugiyama A, eds. Making Sense of Suffering: Theory, Practice, Representation. Oxford: Inter-Disciplinary Press; 2011.

24. Ducrot O. Provar e dizer: lógica e leis argumentativas. M.A Barbosa, M.F Moreira, Cidmar.T. Paes. São Paulo: Global; 1981.

Artigo apresentado em 01/04/2012

Artigo aprovado em 05/04/2012

Artigo publicado no sistema em 17/04/2012