

O NÃO RECONHECIMENTO DO OUTRO EM INTERLOCUÇÕES ENTRE MÉDICOS E PACIENTES: SIMULACRO E *ETHOS* NA PRÁTICA MÉDICA

Failure to recognize the other in dialogues between doctors and patients: *simulacrum* and *ethos* in medical practice

Tatiana PICCARDI  
(UNIFESP/FAPESP, SÃO PAULO, BRASIL)

**Abstract**

*We discuss the widespread assumption according to which identities are generally stated/constituted from the non-recognition of the other, and this other is built as a simulacrum of the self. If, on the one hand, we agree with the fact that dialogue presupposes the construction of simulacra, on the other hand, we propose that the subjects' interest in the success of communication affects the construction of these simulacra, extending the scope of possibilities through which the other is seen and understood. The success of the social practice recognized as doctor-patient consultation presupposes the construction of images of the self in the discourse that favor the recognition of the other (Souza-e-Silva & Piccardi, 2012; Piccardi, 2011).*

**Key words:** *ethos, simulacrum, identity, medical practice.*

**Resumo**

*Discute-se a premissa de que as identidades são em geral afirmadas/constituídas a partir do não reconhecimento do outro, e que este outro é construído como simulacro de si. Se, por um lado, concordamos com o fato de que a interlocução pressupõe a construção de simulacros, por outro, propomos que o interesse dos sujeitos no sucesso da interlocução afeta a construção desses simulacros, ampliando o escopo de possibilidades através das quais o outro é visto e compreendido. O sucesso da prática social reconhecida como consulta médico-paciente pressupõe a construção de imagens de si no discurso que favoreçam o reconhecimento do outro (Souza-e-Silva & Piccardi, 2012; Piccardi, 2011).*

**Palavras-chave:** *ethos, simulacro, identidade, prática médica.*

**1. A consulta médica como prática discursiva complexa**

Em meus estudos recentes, que buscam compreender as relações que existem entre linguagem e saúde por meio da observação participante em diferentes práticas na área da saúde e assistência

social, tenho observado que as práticas discursivas envolvendo médicos e pacientes, alvo da análise do presente trabalho, são bastante tensas em função da fragilidade e do medo da doença que perpassam a interlocução. A tensão é reforçada pelo apego a uma posição rígida por parte do médico, que se vê como o detentor do saber, e pela posição de subordinação, às vezes de vitimização, por parte do paciente, em prejuízo da interlocução produtiva, ou seja, daquela capaz de perpassar a relação de modo a que o processo de tratamento se construa com a máxima tranquilidade (Souza-e-Silva & Piccardi, 2012; Piccardi, 2011; Vieira, 2012).

Parece-me que tais posições rígidas são próprias da prática clínica conhecida como “consulta médica”, ou “consulta clínica”, em que os papéis sociais do “médico” e do “paciente” são definidos de modo hierarquizado e impessoal, e a compreensão do que é dito e vivido acaba por ser fruto dessa cristalização, havendo pouco espaço para que as subjetividades e as emoções apareçam e sejam trabalhadas de modo a contribuir para o processo de tratamento.

Tenho observado também, por experiência de vida e por meio de relatos que me foram feitos por cuidadores de jovens pacientes (Piccardi, 2008, 2011), que, em interlocuções produtivas (em que as partes estabelecem entre si uma ligação de mútua cooperação), tal cristalização dos papéis tende a se relativizar, abrindo-se espaço para o estabelecimento de uma relação mais satisfatória para os interlocutores. Parto da hipótese de que, nesses casos, existe uma ampliação do escopo de possibilidades através das quais o outro é visto e compreendido, que vão além das possibilidades oferecidas por um papel social estanque, e que podem revelar uma mudança em andamento nessas práticas. Da mesma forma, tenho observado que tal ampliação do escopo através do qual se interpreta o outro pode se constituir como parte da competência discursiva dos sujeitos envolvidos na prática em questão e, como qualquer tipo de competência, pode ser aprendida, tanto pelo paciente, como, e fundamentalmente, pelo profissional de saúde (Souza-e-Silva & Piccardi, 2012; Piccardi, 2011).

Admite-se, neste estudo, que fazem parte das práticas discursivas a emergência e a consolidação de diferentes identidades e que os limites fluidos entre elas (que definem sua própria existência) são construídos em discurso de modo, em geral, conflitante. O outro, para ser reconhecido enquanto outro e, portanto, possuidor de uma identidade “x”, precisa, num aparente paradoxo, ser excluído (ou não reconhecido) no processo de construção das identidades em discurso. Uma identidade só se afirma em contraposição a um outro que não é reconhecido como igual. É pela diferença, portanto, e não pela semelhança, que as identidades se constituem. Assim, o médico, para se constituir como tal, não pode reconhecer no outro um saber e um modo de agir que só pertenceriam a si. Desse modo, detém o poder (ou conhecimento instituído) de deliberar sobre saúde e doença e sobre o corpo e as vivências corporais do sujeito em atendimento. O paciente, por sua vez, constrói sua identidade de “paciente” abdicando dos saberes sobre seu corpo e delegando ao médico a autoridade sobre si.

O processo de mútua exclusão que delimita identidades e papéis sociais é constitutivo dos discursos. Ocorre que o âmbito e as consequências dessa exclusão recíproca (ou não reconhecimento do outro) numa prática como a “consulta médica” podem ser o afastamento dos sujeitos e o afrouxamento do que poderia ser uma relação emocionalmente satisfatória para as partes, em prejuízo do processo de tratamento. Consideramos que consequências podem ser administradas/controladas por meio de uma competência discursiva renovada, que delimitará novas características para a prática em questão.

É possível entender o modo como tais papéis sociais são construídos (e também relativizados) pelas partes por meio das noções de *ethos* e simulacro, relacionando-as à construção das identidades dos sujeitos em discurso, conforme veremos adiante.

Dizer que as identidades tendem a ser afirmadas/constituídas a partir do não reconhecimento do outro equivale, em parte, a dizer que esse outro é construído como simulacro de si (Maingueneau, 1984, 2006), sendo, portanto, inatingível em sua “essência”. Se, por um lado, concordamos com o fato de que a interlocução pressupõe a construção de simulacros (não há uma “essência” do outro a ser atingida, pois as identidades e os discursos que as constroem e perpetuam – ou não – jamais são estanques), por outro, propomos que o interesse concreto dos sujeitos no sucesso da interlocução afeta a construção desses simulacros, ampliando o escopo de possibilidades através das quais o outro é visto e compreendido.

Da mesma forma, o *ethos* (Maingueneau 2002, 2001, 2005) construído pelos interlocutores pode relativizar o não reconhecimento do outro, se construído com base na identificação. Se as identidades em discurso existem por meio de mecanismos de exclusão, os processos de identificação que os sujeitos articulam pela linguagem funcionam por estratégias discursivas de inclusão. Propomos que o sucesso da interlocução - e da prática social nela envolvida - pressupõe a construção de imagens de si no discurso que favoreçam o reconhecimento do outro por meio de estratégias inclusivas construídas na e pela linguagem.

O escopo teórico utilizado neste trabalho é fruto do diálogo entre a análise do discurso francesa e a pragmática, em especial a pragmática social, nos pontos em que, para ambas, língua significa atividade de um sujeito falante inserido em um contexto sócio-histórico. No âmbito da pragmática social, consideramos os trabalhos de Jacob Mey (2001, 1985), que dão margem a se compreender a relação médico-paciente para além do contexto estrito da interlocução em consulta. Dentro da tradição da AD francesa, ressaltamos aspectos das teorias de Dominique Maingueneau (2006, 2005, 2002, 2001, 1984), centrais neste artigo.

## 2. Consultas médicas com anúncio de prognóstico fatal

Relações médico-paciente em que estão envolvidas doenças graves são em geral construídas discursivamente com bastante dificuldade, já que nessas situações a fragilidade de ambas as partes, na especificidade da prática médica, atinge seu ápice. Ao contrário do que seria adequado, é justamente nessas relações críticas que as falas acabam por não cooperar, ou cooperar pouco, para uma boa relação médico-paciente e para a própria boa continuidade do tratamento.

Como parte de estudo recente realizado junto a pais enlutados (Piccardi, 2008, 2011), que perderam um filho em função de doença grave, foram coletados relatos de diálogos estabelecidos com o médico em uma situação específica, a mais crítica de todas: o anúncio, por parte do médico, da gravidade da doença e do tempo de vida que restava ao filho. Em todas as situações (cerca de vinte relatos), a fala do médico 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. Os efeitos de tais falas foram desastrosos. O anúncio explícito do tempo de vida previsto do paciente, prática regular na medicina atual, pode ser visto como ato de fala de cuja performance depende toda a continuidade da relação que se estabelecerá entre o paciente, seus familiares e o médico, daí sua importância peculiar.

O impacto dos efeitos desses anúncios sobre o interlocutor, especialmente dos efeitos de alguns poucos enunciados retirados desses relatos (e que foram os mais enfatizados pelas mães), torna-os bons exemplos para a análise da performatividade da linguagem e incita o pesquisador a buscar uma postura não apenas descritivista de tais efeitos, mas a buscar, tomando a linguagem como lugar de construção de novos saberes e práticas, recursos para controlar e administrar os efeitos danosos de atos de fala infelizes (Austin, 1975). Este artigo está redigido sobre a convicção de que os sujeitos em discurso nas práticas médicas podem se utilizar de estratégias discursivas incluídas em relação ao outro, investindo numa imagem de si renovada e na ampliação do escopo dos simulacros construídos, entendendo sua fala como atos que geram consequências concretas na vida dos interlocutores.

## 3. As noções de *ethos* e simulacro na prática médica

As noções de *ethos* e simulacro nos ajudam a entender o porquê da rigidez das posições assumidas na prática interlocutiva-discursiva em tela e apontam alguns caminhos para sua flexibilização.

A noção de *ethos* vem sendo trabalhada em estudos recentes por diferentes disciplinas. Maingueneau (2002), a respeito da dificuldade de se estabelecer uma definição rígida, nos diz que:

*Não é de forma alguma possível estabilizar definitivamente uma noção desse tipo, que é mais adequado apreender como o núcleo gerador de uma multiplicidade de desenvolvimentos*

*possíveis. Há uma grande distância, por exemplo, entre os esforços de M. Dascal para integrar o ethos a uma “retórica cognitiva” fundada em uma pragmática filosófica (Dascal, 1999) e as perspectivas dos “estudos culturais”, em que o ethos é associado às questões de diferença sexual e de etnicidade (Baumlin J. et T, 1994). Os corpora exercem um papel essencial nessa diversificação: aplicado a um texto filosófico do século XIX, o ethos não põe os mesmos problemas que põe quando aplicado a uma interação conversacional(...) (p. 8)*

Mais adiante acrescenta que:

*No entanto, limitando-se à Retórica de Aristóteles, pode-se concordar em relação a algumas ideias, sem prejudicar a forma pela qual elas poderão eventualmente ser exploradas:*

- *o ethos é uma noção discursiva; ele se constitui por meio do discurso, não é uma “imagem” do locutor exterior à fala;*
- *o ethos é fundamentalmente um processo interativo de influência sobre o outro;*
- *é uma noção fundamentalmente híbrida (sócio-discursiva), um comportamento socialmente avaliado, que não pode ser apreendido fora de uma situação de comunicação precisa, ela própria integrada a uma conjuntura sócio-histórica determinada. (p. 9)*

Dessa forma, o autor estabelece alguns parâmetros mínimos a partir dos quais a noção de *ethos* deve ser compreendida, e é nesse conjunto de parâmetros que nos baseamos para entender *ethos* na especificidade da prática “consulta médica”.

Concordo plenamente com Maingueneau quando diz, mais adiante no mesmo artigo, que “[...] a noção de ethos permite refletir sobre o processo mais geral da *adesão* dos sujeitos a um certo posicionamento”. Essa afirmação nos permite compreender melhor a relação entre *ethos* e papel social assumido/construído em discurso, na medida em que o *ethos* não se constrói de modo autônomo pelo sujeito, desvinculado do contexto sócio-discursivo. O *ethos* está atrelado diretamente a esse papel social e a um “lugar de fala autorizado”, que leva o sujeito a investir-se de tal e tal forma no discurso, e não de outra. Esse investimento de si no discurso é um aspecto que marca o posicionamento.

No caso específico do médico em atendimento a um paciente, observa-se que sua aparência de sujeito objetivo, dono de um saber especializado e em posição assimétrica na interlocução, que utiliza de sua fala autorizada para deliberar sobre o corpo alheio, traduz um *ethos* posicionado em discurso da perspectiva socialmente endossada do médico em exercício de sua atividade, posicionamento que se alinha ao que se denomina em saúde “paradigma biomédico”. O paciente, por sua vez, alinha-se à posição assimétrica inversa, e o *ethos* correspondente é construído no instante mesmo em que os sujeitos iniciam a interlocução.

Os estereótipos imediatamente ativados por meio da leitura que os sujeitos fazem um do outro e de si mesmos na dada situação remetem ao que Maingueneau (2002) denomina de “mundo ético”, espécie de arcabouço cultural que subsume um certo número de situações estereotípicas associadas a comportamentos. Médico e paciente, durante a interlocução, além de tomarem uma posição no

discurso coerente com o *ethos* construído, assumem comportamentos alinhados ao mundo ético correspondente à prática em pauta.

A noção de simulacro proposta por Maingueneau (1984), por sua vez, conforme bem sintetizam Souza-e-Silva e Rocha (2009), “[...] propõe que a interação semântica entre os discursos é um processo de tradução: cada discurso traduz os outros em seus próprios termos”. Segundo os autores, a competência discursiva engloba, portanto, ao abarcar a noção de simulacro: “(i) a capacidade para reconhecer a incompatibilidade semântica de enunciados da(s) formação(ões) do espaço discursivo que constitui(em) seu Outro; e (ii) a capacidade de interpretar, de traduzir esses enunciados nas categorias de seu próprio sistema de coerções”. O enunciador, quando confrontado com seu Outro, produz simulacros desse outro, “[...] isto porque uma posição enunciativa não pode sair de seu fechamento semântico, ela só pode emprestar ao Outro suas próprias palavras” (p. 7-8).<sup>1</sup>

A definição de simulacro implica que a compreensão do outro é sempre e necessariamente limitada e parcial, deslocada para os termos daquele que enuncia sobre esse outro, dando margem ao que Maingueneau (1984) chama de interincompreensão. No caso específico da prática em pauta, o fenômeno interdiscursivo da construção de simulacros – que no caso se dá de modo bastante arraigado a estereótipos sociais muito consolidados, pouco abertos ao novo e pouco afeitos a estratégias discursivas includentes – estaria na base das interlocuções mal sucedidas, no sentido de falharem ao prover sustentabilidade para o processo de tratamento. A falha provém do fato de, ao se enxergarem como simulacros um do outro, baseados em papéis e estereótipos sociais arraigados, médico e paciente abdicam do esforço de ampliarem a percepção do outro, coagidos pela força do posicionamento ao qual se alinham, a saber: o paradigma biomédico, que determina o tipo e o grau da assimetria na relação médico-paciente; estabelece um saber privilegiado (do médico); e posiciona o paciente como mera contrapartida necessária à atuação do médico.

#### 4. A fragilidade humana e o uso da linguagem em situações críticas

A fragilidade humana compõe as relações e se faz fortemente presente na relação médico-paciente, em especial em situações de doença grave. O medo e a insegurança que, de um modo ou de outro, afetam os dois integrantes da interlocução fazem os sujeitos se apegarem aos papéis conhecidos, ativando *ethos* e simulacro coerentes com práticas tradicionais, ou seja, pretensamente objetivas e unicamente apoiadas no saber médico instituído. Permitir que a emoção e as subjetividades aflorem na interlocução é o desafio atual para os profissionais de saúde. Se conhecer o prognóstico pode ser entendido como direito do paciente, cabe interferir para que a performance do anúncio possa, de fato,

<sup>1</sup> Importa frisar que, para efeito deste estudo, estamos ampliando a noção de simulacro desenvolvida por Maingueneau (relacionada a discursos a que ele denomina constituintes, com coerções muito fortes, cujas marcas evidenciam-se nos textos escritos). Entendemos que a noção é válida também para a análise de interações orais em que certos discursos de poder afetam fortemente a interlocução, como é o caso da consulta médica.

contribuir para o prosseguimento do caso e para a melhor relação médico-paciente, de que depende, em boa parte, o andamento do tratamento.

Entendemos que a linguagem é o lugar por excelência de construção de uma força transformadora e curativa. Essa perspectiva, aliada às reflexões sobre o que seja saúde, pode constituir a base para uma prática médica ciente de sua atuação, que contribua efetivamente para a qualidade do processo de tratamento, desde que um novo olhar se lance sobre a linguagem construída nessa mesma prática.

Parte-se do princípio de que saúde não é um estado que se opõe à doença. A fragilidade, em suas diferentes manifestações na corporalidade humana, é parte integrante de nossa condição. Ocorre que essa percepção é turvada pelo conceito de “normalidade”<sup>2</sup> (com o significado de estar dentro do que se considera aceitável), que é o parâmetro que norteia a formulação dos conceitos de “saúde” e “doença” e “divide” os humanos em “sãos” e “doentes”. Trata-se de um modo de entender tais noções fortemente construído em discursos que há muito circulam na área da saúde. Os simulacros que se constroem durante a interlocução médico-paciente estão calcados nesses estereótipos sociais e não contribuem para o estabelecimento de uma relação produtiva entre as partes. O médico é a parte “sã”, o paciente, a parte “doente”. A fragilidade humana, que os une por contingências de uma corporalidade comum, e que poderia atuar em prol de uma maior positividade na produção discursiva, é muitas vezes ignorada.

Paralelamente, tem-se por pressuposto social arraigado na prática médica o fato de que médico e paciente teriam os mesmos recursos linguístico-discursivos para enunciar, em situações críticas, com objetividade e clareza. Primeiramente, convém dizer que a noção de uma linguagem objetiva, informativa, isenta das “impurezas” da subjetividade, da emoção e de fatores contextuais, é um mito que só tem nublado o entendimento de diferentes práticas em que a linguagem pode ser tudo, menos neutra e objetiva, como é o caso das situações aqui apresentadas. Em segundo lugar, mesmo que houvesse a possibilidade de uma tal linguagem, ela não estaria à disposição de seus falantes de forma equânime. Dessa forma, os recursos linguísticos para a expressão de enunciados técnicos (ou semitécnicos) por parte do médico não estão disponíveis ao paciente, assim como os recursos linguísticos para a expressão (ou não) da dor e do medo diante de um diagnóstico desfavorável não estão à disposição do médico. Em outras palavras, os pacientes não dominam de antemão o jargão da medicina, assim como os médicos não recebem o devido treinamento em sua formação profissional para alinhar sua linguagem à linguagem muitas vezes metafórica e fragmentada de seus pacientes. Entende-se, no entanto, que, embora se trate de recursos que não lhes são dados de antemão, são recursos que podem vir a ser aprendidos.

---

<sup>2</sup> Canguilhem (1995) traz importante reflexão a respeito do que seja “normal” e problematiza o uso da palavra nos discursos clínicos. Ver também texto de minha autoria: Doença ou deficiência? A fragilidade humana como eixo norteador: estudo de caso envolvendo jovens pacientes com câncer em São Paulo, Brasil. O texto pode ser lido na íntegra, em inglês, em <http://www.inter-disciplinary.net/wp-content/uploads/2011/08/piccardihpaper.pdf>.

Observa-se ainda que o médico é entendido como aquele que detém o saber especializado e enxerga o paciente como leigo incapaz de entender a complexidade da situação, ao mesmo tempo em que o vê hipoteticamente preparado para assimilar o prognóstico. Ocorre que o paciente pode entender, sim, a complexidade do seu quadro, mas, por outro lado, pode não ter condições de assimilar o prognóstico (Piccardi, 2008, 2011). Por sua vez, o paciente é entendido como aquele que reconhece o médico como o detentor do saber especializado e ao mesmo tempo profissional capaz de assimilar a dor do outro. O paciente, justamente por ser leigo na prática médica, não sabe que essa mesma prática não prevê, na formação do médico, a habilidade de transitar pelas emoções humanas, suas e do paciente. Assim, o paciente não depreende que o médico não possa fazer o trânsito entre o objetivo e o subjetivo da maneira como esperava e frustra-se, em geral silencia-se e sente-se desamparado diante da própria dor. O resultado é o não reconhecimento mútuo como participantes de um mesmo processo, com variadas consequências, práticas ou não, que podem ir do mero distanciamento entre as partes à troca de médico (possibilidade mais difícil no sistema público de saúde), ou, no limite, à desistência do tratamento por parte do paciente.

A nosso ver, a distribuição não equânime da linguagem nas relações médico-paciente em situações críticas e os estereótipos sociais que circulam sobre as figuras do médico e do doente reforçam a construção de *ethos* e simulacro que aprofundam o distanciamento entre interlocutores e afetam negativamente as possibilidades de compreensão. Tais possibilidades podem ser ampliadas se os interlocutores puderem associar sua competência discursiva à sua capacidade de se perguntar: “A língua de quem eu falo?” (Mey, 2001, 1985), e assim perceber e transformar os processos de construção de sentido que regem as relações sociais e discursivas.

Os enunciados citados a seguir, extraídos dos relatos mencionados, mostram uma construção linguístico-discursiva baseada em estratégias de exclusão e não identificação com o outro (o paciente), apontando para simulacros rígidos e um *ethos* médico arraigado a práticas convencionais, relacionadas ao paradigma biomédico, dominante na medicina – que reforça a assimetria na relação médico-paciente e valoriza o saber instituído do médico. *Ethos* e simulacro construídos em tal contexto estão fortemente atrelados a estereótipos sociais das figuras do médico e do paciente que neutralizam as possibilidades de sucesso da interlocução, o que se daria por meio de um modo de inserção do sujeito no discurso que reconhecesse o outro em sua diferença e, sobretudo, em sua fragilidade naquele momento. Vejamos:

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.”

Médico 4: “Vai durar [a vida do filho] uns dois anos.”

Médico 5: “Seu filho tem no máximo três anos de vida.”

Cada um dos enunciados foi proferido a mães diferentes, em consulta em que o médico comunicava à mãe a gravidade da doença do filho e a impossibilidade da cura. É evidente que o sentido de cada um deles só se constrói na situação de enunciação como um todo. No entanto, por terem sido repetidos e frisados pelas mães, assumem um valor de ato que não pode ser ignorado.

Os enunciados 1 a 3 partem de um posicionamento claramente arraigado a um lugar de poder que assimila mal o outro e sua dor, ao mesmo tempo em que camuflam, por meio de uma linguagem marcada pela desconsideração, o sofrimento do médico, que não consegue lidar com a própria dor.

Os enunciados 4 e 5 buscam a objetividade própria ao que podemos chamar de posicionamento discursivo biomédico, e igualmente promovem efeitos de exclusão do outro e sua dor.

Em todos eles, trata-se de um *ethos* marcado por uma prática médica pouco produtiva. Cada enunciador, assim incorporado, traduz o outro em termos da formação em pauta: um sujeito passivo, pronto a aceitar o prognóstico como inquestionável, capaz de lidar sozinho com sua dor.

O único exemplo citado, que considero exemplo de uma enunciação produtiva, foi:

Médico 6: “O prognóstico não é bom, mas vamos lutar”.

Nesse enunciado, a estratégia de reconhecimento e inclusão do outro na prática discursiva está marcada no segmento “mas vamos lutar”, em que o enunciador incorpora o que chamo livremente de *ethos* inclusivo e promove identificação.

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. Nesse 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 a inclusão do outro na prática discursiva estão marcados nesse mesmo segmento - “mas vamos lutar” -, em que, também, através da 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 (Ducrot, 1981) 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-se 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 se apoia sobre o segundo, imprimindo-lhe maior força argumentativa para conduzir a uma conclusão oposta à do primeiro enunciado.

## 5. Considerações finais

Nota-se que falta, na prescrição às falas do médico que anuncia o tempo de vida de seu paciente, o elemento compaixão, capaz de quebrar a hierarquia existente socialmente entre o que detém o poder (o médico) e o que não o detém (o doente); o que está “saudável” e o que está “doente”. Se ter pena do outro, em vez de compaixão, é a mais elementar demonstração de poder, embora poucas vezes tal atitude seja levada em conta como tal, “não ter pena” e enunciar a morte prognosticada sem levar em conta a performatividade do ato, sob o argumento de que as partes são iguais, é também uma atitude de poder, que passa por cima da fragilidade humana.

O anúncio cru pode ser entendido como forma de o enunciador se proteger da própria fragilidade, daí o apego à construção de *ethos* e simulacro convencionais. É evidente que nenhum médico se sente bem ao precisar, orientado por uma prática médica atual bastante questionável, anunciar a morte de seu paciente. Anunciá-la rápida e cruamente pode ser, assim, uma forma de autoproteção, uma forma de aliviar a dor e o desconforto do próprio médico, obrigado a se deparar com dramas humanos todos os dias. Mas a prática tem demonstrado que essa forma de autoproteção apenas contribui para a infelicidade dos atos de fala envolvidos, uma vez que o distanciar-se discursivamente da dor e da fragilidade não as elimina. Enunciar com compaixão, criando estratégias discursivas de identificação com o outro, pode ser o caminho para a renovação de uma prática social importantíssima – a interlocução médico-paciente em consulta clínica – pelas consequências imprevisíveis que gera.

Os próximos passos da presente pesquisa incluem obter autorização de médicos e pacientes interessados em cooperar, com o objetivo de gravar as consultas e, uma vez analisado o material gravado, aprofundar e/ou redirecionar essas reflexões. Faz parte também dos passos subsequentes formular orientações de caráter linguístico-discursivo que possam ser úteis para profissionais de saúde em sua prática diária, buscando esclarecer aspectos do funcionamento da linguagem em contextos de saúde e doença e sugerir novas abordagens linguísticas junto ao paciente.

## Referências

- AUSTIN, J.L. 1975. *How to do things with words*. 2<sup>nd</sup> ed. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press.
- BAUMLIN, J. e T. 1994. *Ethos. New Essays in Rhetorical and Critical Theory*. Dallas: Southern Methodist University Press.
- CANGUILHEM, G. 1995. *O normal e o patológico*. 4<sup>a</sup>. ed. Trad. M.T.R. de Carvalho Barrocas e L.O.F. Barreto Leite. Rio de Janeiro: Forense.
- DASCAL, M. 1999. L'ethos dans l'argumentation: une approche pragma-rhétorique. In: R. AMOSSY (éd.), 1999, *Images de soi dans le discours – La construction de l'ethos*. Lausanne: Delachaux et Niestlé.
- DUCROT, O. 1981. *Provar e dizer: leis lógicas e leis argumentativas*. Trad. M.A Barbosa, M.F Moreira & C.T. Paes. São Paulo: Global.
- MAINGUENEAU, D. 2006. *Cenas da enunciação*. Org. S. Possenti e M. C. P. de Souza-e-Silva. Curitiba: Criar.
- \_\_\_\_\_. 2005. L'analyse du discours et ses frontières. *Marges linguistiques*, **9**: 64-75. Saint-Chamas (France).
- \_\_\_\_\_. 2002. Problèmes d'ethos. *Pratiques*, **113-114**: 55-67. [www.pratiques-cresef.com].
- \_\_\_\_\_. 2001. *Análise de textos de comunicação*. Trad. M. C. P. de Souza-e-Silva e D. Rocha. São Paulo: Cortez.
- \_\_\_\_\_. 1984. *Genèses du discours*. Bruxelas: P. Mardaga.
- MEY, J. 2001. *As vozes da sociedade. Seminários de pragmática*. Trad. A. C. de Aguiar. Campinas: Mercado de Letras.
- \_\_\_\_\_. 1985. *Whose language? A study in linguistic pragmatics*. Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- PICCARDI, T. 2011. Research on Curative Speech Acts Observed through a Long-Term Initiative Involving Young Cancer Patients and Grieving Parents in São Paulo, Brazil. In: B.HOGUE e A. SUGIYAMA (Orgs.), 2011, *Making Sense of Suffering: Theory, Practice, Representation*. Oxford: Inter-Disciplinary Press.
- \_\_\_\_\_. 2008. Relatos de pais enlutados: a dor posta em discurso. *Revista Alpha*, **9,9**: 129-137. Patos de Minas.
- SOUZA-E-SILVA, M. C. P. de e PICCARDI, T. 2012. Linguagem, comunicação e trabalho: a comunicação na prática médica. *Tempus*. Actas de Saúde Coletiva. Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília. Brasília: NESP.
- SOUZA-E-SILVA, M. C. P. de e ROCHA, D. 2009. Resenha de “Gênese dos Discursos”, de Dominique Maingueneau: Por que ler Gênese dos Discursos? *ReVEL*, **7.13** [www.revel.inf.br].
- VIEIRA, M. A. M. 2012. *A atividade e o discurso na clínica médica: uma análise dialógica do trabalho médico*. Amsterdam/Recife: Moura & Vieira.

*Tatiana Piccardi has a Doctorate in Portuguese Language from the University of São Paulo (Brazil) and a Post-Doctoral degree in Linguistics from the State University of Campinas (Brazil). She currently works as a researcher at the Federal University of São Paulo (Brazil). Her research is supported by Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo. [tpiccardi@gmail.com](mailto:tpiccardi@gmail.com)*