

Comunicação e Medicina

J. L. Pio Abreu

Coimbra, Virtualidade, 1998

(Menção Honrosa no Prémio Bial, 1996)

Revisto em 2008

Introdução

Do mesmo modo que o Século XX foi a era da tecnologia, tudo leva a crer que o Século XXI seja a era da comunicação. Descobre-se hoje que a própria vida é comunicação, e do conceito de *biosfera* se vai transitando para o de *semiosfera*. Foi necessário assistirmos ao tremendo desenvolvimento das tecnologias de informação, e à sua influência sobre todos nós, para nos apercebermos disso. E com isso, está a mudar a nossa visão do mundo. Comunicação é a palavra de ordem: nos estudos tecnológicos, nos estudos sociais, nos estudos linguísticos, na biologia e na própria filosofia. Procedendo de várias origens, os estudos da comunicação vão contudo apresentando uma notável convergência, dando uma base científica às disciplinas humanísticas.

Também a medicina clínica é uma prática que decorre no âmbito da comunicação inter-pessoal. Ela assenta na semiologia médica, historicamente anterior à semiologia geral, e valoriza a relação médico-doente em detrimento da impessoalidade da acção técnica. E estas questões são hoje tanto mais actuais quanto se questiona a desumanização a que o livre exercício das tecnologias de que dispomos nos pode levar. Por isso nos parece adequado repensar a actividade médica à luz das teorias actuais da comunicação. É esse o objectivo deste trabalho.

Não se trata de formular uma teoria acabada, mas sim de iniciar uma reflexão sobre diversos aspectos da actividade médica. De resto, não se pode falar hoje de uma teoria da comunicação, mas de várias teorias que se vão entrecruzando, enriquecendo e chegando a ideias comuns. Cada uma delas pode reflectir uma experiência diferente, seja ela a dos engenheiros das tecnologias informativas, dos estudos linguísticos e semióticos, dos estudos mediáticos e sociais, da psico-sociologia ou da reflexão filosófica. Cremos porém que falta uma palavra aos médicos que, da comunicação responsável e eficaz com os seus doentes, fazem o seu modo de vida.

O texto deste trabalho compõe-se de 5 capítulos que se podem ler separadamente, sendo, cada um deles, ligado a uma diferente origem das teorias da comunicação. Cada capítulo divide-se em duas partes. A primeira parte consiste sempre numa introdução que define os conceitos teóricos mais importantes e os situa no seu desenvolvimento histórico. A segunda parte relaciona estes conceitos com a medicina, e tenta desenvolvê-los a partir da experiência dos médicos.

O primeiro capítulo, a propósito dos modelos de comunicação e funções da linguagem, é uma ocasião para rever o curso corrente de uma consulta médica. Decorrendo de uma prática histórica universal, a consulta médica está hoje institucionalizada e apresenta uma notável uniformidade apesar das diversas especialidades em que pode ocorrer. E podemos verificar que as diferentes etapas desse curso têm a ver com o uso das diferentes funções da linguagem por cada um dos interlocutores.

O segundo capítulo, que se apoia nos estudos linguísticos e na definição de informação, signos e códigos, é uma oportunidade para reflectir sobre o modelo médico, o significado dos sintomas e sinais, a diferença entre diagnóstico e doença, ou sobre os problemas da etiologia e dos estilos de tratamento. Veremos ainda como as neurociências podem contribuir para a distinção entre significado e sentido. E ficará

finalmente um alerta para as questões que os diversos sentidos de uma elocução podem trazer na relação médico-doente.

O terceiro capítulo introduz as teorias da comunicação à luz da escola de Palo Alto, com a sua ênfase na comunicação não-verbal. São aqui colocadas algumas questões básicas, como a pontuação de sintomas e sinais, o seu carácter analógico ou digital, a manutenção da relação médico-doente, a gestão dos espaços e posturas. É também abordada a comunicação paradoxal e os seus efeitos indesejáveis ou terapêuticos. Finalmente, é colocada a questão da complementaridade e dos aspectos simétricos da relação médico-doente.

O quarto capítulo considera a comunicação no interior de papéis definidos, e a sua relação com a personalidade. É um tema do âmbito psico-social que permite abordar os diversos papéis que tanto o médico como o doente podem assumir, e introduzir um método simples, baseado na Análise Transaccional, para os modificar. Em ligação com os diversos tipos de relação, colocam-se ainda as diferentes atitudes comunicativas que o médico pode usar.

Finalmente, o quinto capítulo faz uma referência às teorias da argumentação e ao recente interesse filosófico pela Retórica. Constitui um alerta para as questões ligadas à "verdade" no mundo de hoje, mas também uma oportunidade para munir o médico de uma maior eficácia persuasiva perante o seu doente ou os outros auditórios com que tem de lidar.

Apesar da aparente diversidade, existe uma lógica na ordenação destes capítulos. Assim, o primeiro contextualiza o problema através da definição do paradigma geral da comunicação. O segundo capítulo focaliza os aspectos elementares da informação, centrando-se nas mensagens e seus códigos. De um modo complementar, o terceiro capítulo desfocaliza a mensagem para generalizar a comunicação ao processo global que ela constitui, enquanto que o quarto situa este processo nos diversos contextos da actividade social. O quinto capítulo mostra por fim como os nossos conhecimentos, dados como certos e seguros, resultam afinal dos jogos de comunicação de que os humanos fazem as suas vidas, e que, no fim de contas, as nossas certezas podem mudar consoante mudem esses jogos ou os seus protagonistas. O que implica que muitos caminhos estejam ainda por abrir.

O conjunto desta abordagem da actividade médica corre dois riscos. O primeiro é o de produzir no leitor uma sensação de incompletude. As questões são diversas e difíceis de reunir num só volume. Não pretendo senão uma introdução a elas, que o leitor poderá completar com a sua prática e desenvolvimento teórico. Uma bibliografia complementar no final de cada capítulo indicará materiais mais completos, a partir dos quais se pode executar tal desenvolvimento. Do mesmo modo, alguns exercícios indicados no final dos capítulos, ajudarão a entender o texto e abrirão novas perspectivas.

O segundo risco é o da dificuldade de entendimento. Aos médicos actuais é pedida eficácia e trabalho, e a ideologia que prevalece é a de um certo pragmatismo técnico, nem sempre dado a reflexões especulativas. Mas esta atitude pode cair na tecnocracia ou numa medicina defensiva de que hoje toda a gente se queixa. Penso portanto que vale a pena reflectir um pouco, e refazer a ponte entre a medicina e as disciplinas humanísticas.

Mas a dificuldade de entendimento pode também resultar da imperícia da exposição. Neste caso peço desculpa aos leitores. Só me posso redimir pela necessidade

de introduzir estas questões, esperando que um dia, e porventura pelas mãos de outros, elas se tornem mais claras.

Capítulo 1

Modelos da comunicação e funções da linguagem

I - Introdução histórica e teórica

O modelo da comunicação informativa de Shannon e Weaver

O grande impulso para o estudo científico da comunicação informativa foi dado por Shannon e Weaver, em 1949. Claude Shannon era engenheiro da *Bell Telephones* e investigador do *Massachusetts Institute of Technology*. Estava sobretudo interessado em racionalizar a capacidade informativa dos canais de transmissão. Para tanto havia que delimitar o problema e medir a informação. Ambas as coisas fez com sucesso tal que elas se tornaram a base para todos os estudos posteriores.

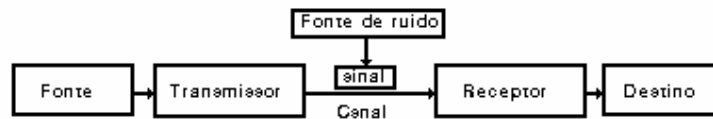
A delimitação do problema foi feita em conjunto com Weaver, numa publicação de 1949 sob a égide da Universidade de Illinois. Para tanto, Weaver distinguiu três níveis de problemas no que respeita à comunicação. Estes níveis tinham a ver com os problemas técnicos, semânticos e pragmáticos da comunicação:

Nível A (**técnico**): *Com que precisão se podem transmitir os símbolos da comunicação?*

Nível B (**semântico**): *Com que precisão os símbolos transmitidos são recebidos com o significado desejado?*

Nível C (**pragmático**): *Com que eficiência o significado recebido afecta a conduta do receptor no sentido desejado?*

Shannon estava sobretudo interessado nos problemas técnicos. Mas torna-se claro que eles são básicos para os outros níveis, com os quais estabelecem múltiplas inter-relações. Mais: para os estudar, havia que considerar o conjunto dos elementos em que se baseava uma comunicação informativa, bem como as suas inter-relações. Daí o célebre modelo da comunicação, de Shannon e Weaver, inicialmente formulado do seguinte modo:



Os modelos da comunicação social

Em simultâneo com os estudos de Shannon, um cientista político americano, Harold Lasswell, propôs uma versão verbal deste modelo que estaria na origem dos estudos da comunicação mediática. Para isso, condensou 5 perguntas numa frase. Cada resposta a estas perguntas, relacionadas com os elementos do modelo de Shannon, definiria um dos conjuntos de estudos relacionados com a comunicação social:

<i>Quem</i>	(emissor)	-Estudos de controlo
<i>Diz o quê</i>	(sinal ou mensagem)	-Análise de conteúdos
<i>Por que canal</i>	(canal)	-Análise do "media"
<i>A quem</i>	(receptor)	-Estudo de audiência
<i>Com que efeito?</i>	(efeito no destino)	-Análise dos efeitos

Outros modelos mais complexos, mas ainda baseados em Shannon, seriam posteriormente propostos (cf. Fiske, 1990: 41-58). Alguns dariam realce aos processos de selecção de informações entre a fonte e o emissor (*gatekeeping*), bem como ao efeito da estruturação destas notícias (*agenda-setting*) sobre o destino. Outros modelos dariam importância aos efeitos que os destinatários produziram sobre o emissor (influências pessoais e da opinião pública, inquéritos, estudos de audiência), intervindo assim em *feed-back* sobre a selecção de notícias.

Nas sociedades democráticas contemporâneas, cujo conjunto forma um sistema complexo auto-regulado, os órgãos de comunicação social podem encarar-se como o subsistema com funções informativas. Se o destino é constituído pelo público, a fonte das notícias é também constituída pelos acontecimentos públicos, acabando por se confundir a fonte e o destino. É assim o público que tende a tomar conhecimento de si próprio, através de um processo complexo que inclui o *feed-back* das audiências e o seu efeito sobre a filtragem das notícias. Mas não se pode esquecer que a opinião pública e clima emocional da sociedade são também interferidos por essa filtragem.

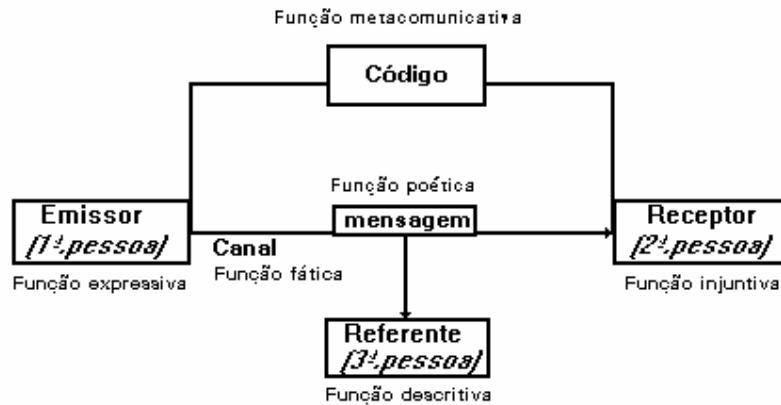
Os estudos de comunicação social, que se desenvolvem presentemente, são da maior importância para o estudo desses sistemas auto-regulados que são as sociedades desenvolvidas, como também para o esclarecimento dessoutro sistema auto-regulado que é o organismo humano. Neste último caso, o subsistema informativo é o sistema nervoso central, que colhe informações de todo o organismo e para o organismo as difunde, contribuindo para o seu estado emocional. Os processos de filtragem de informações, condicionados pelo *feed-back* recebido dos seus elementos constituintes, podem ser análogos aos critérios do *gatekeeping* e aos efeitos do *agenda-setting*.

Modelos linguísticos e funções da linguagem

O modelo da comunicação de Shannon acabou por invadir o campo linguístico e dar consistência ao estudo das funções da linguagem. Estas funções - descritiva, interrogativa, apelativa, imperativa - reflectem-se na construção das frases e, como tal, eram estudadas empiricamente como formas gramaticais. Karl Buhler, em 1933, relacionava as funções da linguagem com as 3 pessoas verbais. Assim, a função *expressiva* correspondia à primeira pessoa ("eu", "nós"), a função *conativa* (ou injuntiva) à segunda pessoa ("tu", "vós"), e a função *descriptiva* (ou referencial) à terceira pessoa ("ele", "eles"). Vários autores têm falado de outras funções, como a *metalinguística*, relacionada com os significados das expressões usadas, a *fática*, ligada à capacidade de os interlocutores melhorarem o seu contacto (Malinovski, 1953: 296-336), a *argumentativa*, que Popper (1982: 87) considerava como a função mais nobre da linguagem humana, ou ainda a função *encantatória* (Jakobson, 1960: 216), a de *coordenação das sequências interactivas* e a de *auto e hetero-regulação* (v. Bitti & Zani, 1983: 57-76).

Jakobson, em 1960, constatou que, na linguagem interpessoal, a primeira pessoa correspondia à **fonte e emissor** do modelo de Shannon, e a segunda pessoa

correspondia ao **receptor e destino**. A terceira pessoa correspondia, por sua vez, não à própria mensagem, mas àquilo que as mensagens representam, elemento esse que não tinha interesse para os estudos técnicos de Shannon, mas que os linguistas sempre consideraram com o nome de **referente**¹. Assim se verificava uma convergência entre as propostas dos linguistas e dos engenheiros da comunicação. Para completar esta convergência, Jakobson iria recuperar a função *fática*, ligada ao **canal**, a função *metalinguística* ou *metacomunicativa*, ligada aos **códigos**, e a função *poética* ou *estética*, ligada exclusivamente à **mensagem**, independentemente dos seus significados.



Estava assim encontrado um esquema básico (v. figura) que, não só completava o paradigma de Shannon, como ligava os estudos técnicos aos linguísticos, nas suas dimensões sintáctica, semântica e pragmática. Para além disso, o esquema adquire uma generalidade aplicável a todos os ramos da comunicação, e constitui uma base de 5 elementos e funções, de cuja combinação ou especificação se podem inferir outras funções. Na verdade, as pessoas comunicam-se e falam umas com as outras, geralmente, para descreverem coisas e estados de coisas do mundo (função descritiva, indicativa, referencial), mas também para exprimirem os seus sentimentos e intenções (função expressiva, emotiva, auto-apresentativa) ou para provocar um comportamento no seu interlocutor (função injuntiva ou conactiva), que pode ser uma resposta informativa (função interrogativa) ou qualquer outra acção, através de uma ordem (função imperativa) ou de um pedido (função apelativa). Mas também se comunicam para se entenderem sobre a comunicação e os signos que são usados (função meta-comunicativa e metalinguística), ou apenas para manterem em aberto a possibilidade de continuar a comunicar (função fática). Comunicam-se, finalmente, pelo simples prazer lúdico de

¹De facto, Jakobson considerou este elemento com o nome de *contexto*, nele incluindo todos os referentes sobre os quais o discurso se pronunciava. Esta designação é porém ambígua, pois tanto se pode referir aos objectos descritos no discurso como, e com maior propriedade, ao contexto da relação, incluindo o ambiente e a língua que se fala, o que pode influenciar os códigos da comunicação. Por isso mantemos, na nossa abordagem, o nome de *referente*. Tanto por esta razão, como por simplicidade, generalização e fidelidade aos usos mais comuns, adaptámos outras designações de Jakobson. Assim, falamos de função *expressiva* em vez de *emotiva*, de *injuntiva* em vez de *conativa*, de *descritiva* em vez de *referencial*, e de *meta-comunicativa* em vez de *meta-linguística*. Por outro lado, Jakobson designou o *canal* por *contacto* e falava do *destinador* e *destinatário* em vez de *emissor* e *receptor*. De facto, podemos considerar o emissor como um sub-sistema (o aparelho vocal) da fonte, e o receptor como um sub-sistema (o aparelho sensorial) do destino. Pensamos porém que a existência de designações múltiplas e inabituais iria confundir o leitor e nada acrescentaria a esta visão que pretendemos global. De qualquer modo indicamos, no nosso texto, algumas das designações alternativas.

sequenciar o ritmo dos signos, seus contrastes e semelhanças (função poética ou estética).

De todas estas funções, a fática e a metacomunicativa são as que se referem à relação, e da sua combinação se podem inferir outras, como a de auto-regulação e coordenação das sequências interactivas. A função argumentativa, de facto bastante sofisticada, nasce da combinação daquelas com as funções descritiva e injuntiva, incluindo também elementos de todas as outras.

A comunicação vulgar inclui elementos de todas estas funções, mas cada uma delas será mais adequada a determinados contextos e situações. Sendo assim, existem casos em que a comunicação se torna ininteligível pelo uso inadequado ou contaminado das diversas funções da linguagem. É, por exemplo, o caso de uma descrição se contaminar pela função expressiva, de se tornar necessário cuidar da função fática antes de uma injunção, desta poder redundar em pura poesia, ou de uma informação ser confusa pela forte presença de uma disputa metacomunicativa.

Vale, portanto, a pena, considerar pormenorizadamente cada uma destas funções:

A **função descritiva** (indicativa, referencial) é aquela que mais se usa na linguagem humana. De facto, a nossa linguagem pode descrever factos, coisas e estados de coisas do mundo. Tudo se passa como se a cada palavra ou frase correspondesse algo de exterior que se pudesse apontar como seu referente, ou equivalente a ela. Por isso também se pode falar em função referencial. E é esta característica que permite dizer que a linguagem veicula "conteúdos", como acentuaram os empiristas. No entanto, como adiante veremos melhor, nem se pode dizer que o significado das palavras consista nos seus referentes, nem que toda a linguagem consista em descrições do mundo.

Um aspecto interessante sobre a função descritiva, amplamente discutido em linguística, tem a ver com as palavras *onomatopeicas*. Estas palavras, como o "miau" que indica o gato, descrevem os seus referentes com sons que os imitam. Embora, em linguagens primitivas, algumas palavras possam ter esta relação analógica com os seus referentes, na maior parte das línguas evoluídas os signos verbais desenvolveram-se autonomamente por contrastes e semelhanças entre si, acabando por se tornarem completamente arbitrários na relação com os referentes.

Uma descrição pode ser válida ou não. A validade da função descritiva mede-se pela sua *veracidade*. O problema da verdade é um assunto bastante sensível e discutido. No entanto, já que a função descritiva implica a existência de referentes, pode-se considerar como critério de verdade a existência e exibição dos factos a que a linguagem descritiva se refere. Este é, pelo menos, o critério genericamente aceite para todas as constatações científicas.

A **função injuntiva** (conativa) tende a suscitar uma determinada acção ou resposta do receptor que é, então, o referente das mensagens. Pode tratar-se de uma ordem (imperativo) ou de um pedido (apelativo). A forma interrogativa também se pode considerar um caso particular da injunção, uma vez que se apela ao interlocutor para que este dê uma resposta à pergunta emitida. Na sua generalidade, a função injuntiva não pertence apenas à linguagem humana. De facto, os animais podem incitar comportamentos entre si através de determinados sons ou outros sinais que emitem.

Se a injunção se mantém ao nível verbal, e se ela for clara e bem argumentada, falamos de *persuasão*. Mas os elementos não verbais, como o tom de voz, a postura e

sobretudo o olhar, acentuam os efeitos injuntivos da linguagem. Se estes elementos preponderam, a injunção pode ultrapassar o nível consciente e provocar uma obediência automática, como ocorre na *sugestão*.

Uma injunção pode, entretanto, não ser aceite pelo receptor e, portanto, não ser válida. Para Habermas (1981), a validade da função injuntiva da linguagem é definida pela sua *justeza*, ou adequação ao contexto. De facto, em cada contexto da interacção humana, como uma aula, uma consulta médica ou uma relação de amizade, existem injunções que, previsivelmente serão cumpridas, enquanto que outras não o serão. Por exemplo, um médico pode esperar que, a seu pedido, o doente tire a camisa, mas um professor pode ver contestado pelo seu aluno o mesmo pedido. Por outro lado, um professor poderá pedir que um aluno refira uma fonte bibliográfica, mas não é adequado que um doente faça o mesmo esforço perante a solicitação do médico que ele consulta. Voltaremos mais pormenorizadamente a este assunto no 4º. Capítulo.

A **função expressiva** (emotiva, auto-apresentativa) implica uma orientação para o emissor, que é, ele próprio, o referente das suas mensagens. Já nos animais inferiores ela é patente (grito, guincho), e pode estar na base da injunção de fuga para animais da mesma espécie. Na linguagem humana ela manifesta-se, segundo Jakobson (1960: 215) por interjeições, acentuações de voz ou efeitos irónicos. Mas todo um conjunto de frases, que vão desde queixas até à manifestação de desejos e promessas, bem como o acompanhamento de gestos e expressões mímicas, se pode incluir na mesma função.

Muito caracteristicamente, a linguagem que se submete a uma função expressiva é emitida de um modo torrencial e com pouco auto-discernimento. Consiste nas "ladainhas" de queixas e injúrias que, tantas vezes afugentando o auditor, acabam por ter muito pouca eficácia e resultados nefastos para quem as produz. Pode parasitar ou acentuar a linguagem descritiva e injuntiva, tornando-a ininteligível no primeiro caso, e mais significativa no segundo caso.

Também a função expressiva da linguagem pode ser válida ou não. Neste caso, o que está em causa é a *sinceridade* do emissor. Assim, segundo Habermas (1981), mesmo que uma locução seja válida na sua função descritiva e injuntiva, ela pode ainda ser contestada pela falta de sinceridade, podendo então o receptor suspeitar do seu uso instrumental e manipulador. Neste caso, o emissor terá que argumentar a sua pretensão à sinceridade, sem a qual dificilmente se chegará ao consenso.

A **função fática** tem por objectivo a manutenção do canal em boas condições. Ela é óbvia nas conversações telefónicas quando se pede para falar mais alto, se repete a frase com maior clareza, ou, simplesmente, se diz: "-Está lá? -Estou!". Mas também é frequente nas conversações normais, em situações de distracção ou de maior ruído. Muitas conversas sobre temas banais, ou mesmo os cumprimentos do dia a dia, não têm senão o sentido de manter o canal de comunicação. Alguns animais que vivem escondidos em florestas fazem vocalizações periódicas com o objectivo aparente de se avisarem mutuamente da sua presença. Cumprem então a função fática da linguagem. O primeiro linguajar das crianças parece igualmente cumprir esta função.

A contribuição mais importante de Jakobson tem a ver com a **função poética** (ou estética), intimamente ligada às mensagens independentemente do seu significado. De facto, o que transforma um conjunto de frases numa poesia, é essa função que joga com o ritmo das palavras e sílabas, com as suas consonâncias e dissonâncias, com semelhanças e contrastes, numa palavra, com a música das palavras. À primeira vista pode não se ver o desígnio de tal função. Contudo, todos os povos a praticaram e, para

além de estimular o pensamento e imaginação, a poesia enriquece e ajuda a desenvolver a própria língua. O certo é que a língua, para se poder referir de um modo diversificado a factos diversos mas inter-relacionados, necessita de criar uma diversidade complexa de sons contrastantes mas interligados e agradáveis ao ouvido. E isso não seria possível sem a função poética que, para além de criar poesia, leva as crianças a deliciarem-se com a musicalidade do linguajar que conseguem produzir. Só depois deste exercício a criança adquire uma versatilidade vocal suficiente para enfrentar a função descritiva da linguagem.

Finalmente, a função **metalinguística**, tem a ver com a linguagem sobre a própria linguagem, ou seja, um segundo nível de linguagem que define as mensagens do nível inferior. Ocorre, por exemplo, quando perguntamos "o que queres dizer com isso", ou qualquer outra discussão sobre os significados e sentidos das palavras que usamos. Está, portanto, ligada aos códigos. Veremos que a existência deste segundo nível linguístico permite os paradoxos e alguns jogos de linguagem, como, por exemplo, perguntar o que significa o significado. Pergunta esta que não é displicente, pois que o significado (comportamento ligado a um signo) se confunde frequentemente com sentido (relação dos signos entre si). Ora, a partilha dos códigos implica que o mesmo signo, ou a mesma palavra, tenha o mesmo significado, ou seja, provoque comportamentos idênticos nas pessoas que o partilham. Mas, quando um código se torna expresso, como num dicionário ou no código das estradas, ele não pode deixar de se exprimir por outras palavras, ou seja, na relação com outros signos, o que geralmente se designa por sentido.

A função metalinguística, que pressupõe significados e sentidos, torna-se assim complexa, e seria redutor referi-la apenas à equivalência de signos verbais. De facto, tanto o significado como o sentido das palavras se pode modificar em cada contexto da relação. O significado de certas palavras ditas no contexto de uma relação descontraída de amigos não é igual ao das mesmas palavras pronunciadas numa relação formal hierárquica. E cada uma destas relações não é apenas definida por signos verbais, mas por todo um contexto que se relaciona com o ambiente, espaço, papéis desempenhados, personalidade e um conjunto de outros signos não verbais. Por isso, a função metalinguística é apenas um caso particular da **função metacomunicativa**, ligada a cada relação, e que define o modo de entender os lances comunicativos em curso.

Filogénese da linguagem

Um dos aspectos interessantes das funções da linguagem é esclarecer a filogénese da linguagem humana, ou seja, descobrir como das vocalizações animais se chegou até à palavra.

As vocalizações expressivas, na forma de guincho, choro, ronronar, ocorrem já desde alguns répteis até ao recém-nascido. Esta expressão é um poderoso sinal para a fuga de animais da mesma espécie, que assim se livram de predadores e adversidades. Então, a função injuntiva (a que se podem juntar as vocalizações ligadas ao cortejar e à defesa do território), ligada à expressiva, tem um forte valor de sobrevivência. E vimos já como a função fática das vocalizações animais permite o reconhecimento de membros da mesma comunidade que estejam fora do alcance visual.

A linguagem descritiva é assim precedida, pelo menos na filogénese, pelas três funções referidas. É difícil saber se outros animais utilizam a função descritiva dos sons que emitem. No entanto, os chimpanzés são capazes de utilizar signos que lhes são apresentados (fichas coloridas de plástico) para descreverem coisas ou efectuarem

mesmo operações lógicas (Premack, 1987). A grande diferença, em relação à linguagem humana, é que estes signos não são produzidos pelos próprios animais nem aprendidos na interação habitual.

Antes da utilização dos signos descritivos é necessário o treino da sua produção diferenciada, ou seja, o exercício da função poética da linguagem. É duvidoso se o cantar de alguns pássaros tem esse desígnio, mas tem-no, seguramente, o linguajar das crianças, cujo aparelho vocal é dotado de uma tremenda plasticidade. Alguns melros (tal como os papagaios) têm uma tal versatilidade vocal que são capazes de imitar alguns dos sons que ouvem (P. Bateson, 1990: 53), mas não consta que façam um uso interactivo ou descritivo dessa capacidade. Pelo contrário, a altura tonal do grito dos macacos pode indicar um tipo de predador e sua localização (*ibidem*: 52), mas estes animais são pouco versáteis nas suas expressões vocais.

A função poética precede então a função descritiva. Quanto à função metalinguística, não parece possível que ela ocorra sem que as palavras tenham assumido uma capacidade descritiva. Porém, os sinais metacomunicativos não verbais desempenham um papel importante na regulação interactiva entre os grupos de animais, e muito especialmente no acasalamento. O desenvolvimento da linguagem verbal humana pode assim resultar do enriquecimento mútuo das funções injuntiva, metalinguística e descritiva, mas tendo sempre por base a sua função poética.

II - Funções da linguagem na relação médico-doente

A consulta médica

O curso paradigmático da relação médico-doente é constituído pela consulta (ou entrevista) médica. Dada a importância e gravidade dos assuntos que nela se processam, a consulta médica adquiriu uma sequência padronizada que é hoje consensual e universalmente aceite. Mais do que um simples encontro, trata-se de um ritual comunicativo onde estão previstas as suas diversas fases. E isto, apesar das variações que as diversas especialidades médicas implicam. Tanto assim é que qualquer acto médico, desde uma visita à enfermaria ou ao domicílio, uma colheita de tecidos para biópsia ou uma pequena intervenção cirúrgica, tende a seguir o mesmo protocolo.

O resultado das entrevistas médicas é a história clínica, que constitui a forma escrita do raciocínio médico, conforme descrevemos em apêndice. Basicamente, ele consiste num raciocínio iterativo sempre balizado pelo esquema diagnóstico. Quer isto dizer que, partindo de um esquema de hipóteses diagnósticas e chegando a uma conclusão diagnóstica, sempre se volta, iterativamente, ao princípio, para infirmar ou confirmar o esquema diagnóstico.

Em cada consulta existem, pelo menos, duas oportunidades para reformular iterativamente o esquema diagnóstico: a **anamnese** e o **exame objectivo**, que ocupam tempos distintos. No entanto, a execução da anamnese compõe-se sucessivamente de um tempo de estabelecimento da relação durante o qual se recolhem os dados demográficos, de um tempo de audição do doente, e de um tempo de esclarecimento dos sintomas ou outras informações. Por sua vez, depois do exame objectivo, é a ocasião de o médico dar as informações necessárias ao doente², incluindo a prescrição terapêutica.

Sendo este o decurso habitual de uma consulta médica, podemos verificar que ele corresponde, de facto, ao uso das diversas funções da linguagem, quer pelo doente, quer pelo médico.

1. Função fática e metacomunicativa

As funções **fática** e **metacomunicativa** são aquelas que dizem respeito à relação, que se pode definir como a partilha de um canal e do código entre receptor e emissor. Assim, no início da consulta, são estas funções que se tornam mais importantes.

Para o médico pode ocasionalmente não parecer necessário o estabelecimento de um canal. Mas, a segurança de o ter à disposição é muitas vezes o que leva o doente à primeira consulta, ou mesmo a um contacto fortuito com o médico, frequentemente a propósito de um assunto banal. Pode mesmo acontecer que uma primeira entrevista tenha apenas a função **fática**, e que nada de relevante nela ocorra. O médico deve ter em atenção esta possibilidade, e decifrar o carácter fático da linguagem. Neste sentido, ele deve elucidar sobre as diversas formas de o doente o contactar, sabendo que as queixas importantes poderão vir num segundo encontro.

Já a função **metacomunicativa** é mais importante para o médico do que para o doente. A linguagem médica tem significações e códigos específicos do seu âmbito

²Nos termos da jurisprudência actual, a informação prestada aos doentes tende a tornar-se mais importante, em função da responsabilidade médica, do que os sempre possíveis erros ou enganos técnicos (cf. Guilherme de Oliveira, 1996).

científico. Contudo, o doente raramente tem acesso a esses códigos, e usa a linguagem de acordo com os códigos da sua cultura que supõe universais. Muitas vezes é necessário decifrá-los e, frequentemente, pelo menos nos encontros iniciais, teremos de lhe perguntar o que, para ele, significam certos termos, que podem ir desde usos populares de nomes de doenças ("esgotamento", "constipação"), até nomes semelhantes (por exemplo, "falta de memória" ou "dor no coração") que podem ter significados diferentes daqueles que lhes atribuímos.

Mas a função **metacomunicativa** tem também a ver com a relação em causa e o seu contexto. Quem define esta relação será, em princípio, o médico, de acordo com a sua prática e os princípios técnicos e éticos. Para isso, ele dispõe da palavra e comunicação não verbal, mas também da organização do tempo e espaço dentro do seu gabinete. No entanto, o doente pode, de um modo consciente ou inconsciente, tentar definir a relação à sua maneira. E todas as relações são definidas a partir dos primeiros lances interactivos, pelo que o médico deve estar atento a este facto desde o início do encontro.

A partir da entrada do doente no gabinete, deve ser o médico a tomar a iniciativa, não só para as saudações rituais, mas para a indicação do seu lugar. Para que o doente se possa sentir à vontade, pelo menos numa primeira entrevista, é indispensável que alguns minutos sejam dedicados a esta função. Trata-se aqui de "quebrar o gelo", de desfazer alguma tensão emocional, o que pode ser feito a propósito de algum assunto banal. Uma questão relevante é encontrar, nesta fase, pontos de partilha entre o médico e o doente, falando, por exemplo, da terra natal ou da residência, da idade, do nome, profissão ou interesses comuns. Conhecer o nome do doente e tratá-lo da maneira a que ele está habituado, pode ser um bom começo. Mas também é relevante fazer menção a encontros anteriores (o que é mandatário numa segunda consulta), e saber o conhecimento que o cliente tinha, anteriormente, do próprio médico ou serviço, e como chegou até lá.

O tempo gasto nesta introdução não é gratuito do ponto de vista do médico que, simultaneamente com o diálogo, faz a sua primeira avaliação geral. Em particular, pode colher e esclarecer elementos demográficos que o orientarão para o grupo de patologias possíveis. Se necessário pode ainda colher, de um modo natural, informações sobre a vida familiar e profissional. Para além disso, é igualmente importante conhecer as expectativas do cliente em relação à consulta, pois são essas expectativas que irão impregnar todos os significados, bem como a eficácia, da comunicação subsequente.

É assim, durante a fase **metacomunicativa** da entrevista, que o médico vai elaborar mentalmente todo o contexto situacional do seu cliente, e a ele submeter os lances interactivos que se seguem.

2. Função expressiva e descritiva (por parte do doente)

Desfeita a tensão inicial, é altura de esperar que o cliente use a função **expressiva** da sua linguagem. A validade da linguagem no que respeita a esta função é a **sinceridade**, que se pode verificar pela adequação entre os conteúdos da linguagem e as expressões emocionais. Esta fase pode ser introduzida por uma pergunta suficientemente aberta ("Então, o que é que se passa consigo?"). Mas, durante o seu curso, é importante que o médico observe silenciosamente o paciente, não só para lhe dar espaço (e tempo) para as suas queixas, para as respeitar e confirmar o seu direito de se queixar, mas também para avaliar o grau de sinceridade.

A partir daqui, o médico tem o quadro geral da situação e pode já orientar-se para um grupo de diagnósticos. Algumas queixas podem ainda ser mais detalhadas através de perguntas abertas, mas o doente irá ser progressivamente orientado para a descrição. Também progressivamente, o médico poderá orientar a função **descritiva** da linguagem do doente através de perguntas cada vez mais fechadas ("Como foi isso? Exactamente em que local? Quando? Foi de dia ou de noite? Foi uma dor súbita ou progressiva?"). Tais perguntas são estruturadas para testar os diagnósticos prováveis e diagnósticos diferenciais, que o médico deve já ter em mente. É porém evidente que os códigos científicos do médico nem sempre correspondem aos códigos comuns do doente, pelo que a função metacomunicativa e o esforço de tradução ou interpretação dos conceitos nunca se chega a ausentar da entrevista.

Enquanto descreve a cronologia dos seus sofrimentos e dos acontecimentos vitais, o doente pressupõe alguns juízos de causalidade e, inevitavelmente, os transmite no seu discurso. O médico pode não concordar com esses juízos, nem por eles deverá ser influenciado, mas deve-se abster de dar uma opinião. O pior de tudo seria entrar numa discussão argumentativa, em que cada um extremaria as suas convicções. Ao invés, o médico deve arquivar na sua memória a sequência cronológica dos sintomas, por um lado, e a cronologia dos acontecimentos vitais, por outro, para depois testar as suas próprias hipóteses causais.

A fase seguinte da entrevista depende da especialidade clínica. Em geral o médico executa alguns procedimentos com vista a um exame objectivo do doente, ou pesquisa de sinais. Em especialidades cirúrgicas podem mesmo existir alguns procedimentos terapêuticos. A linguagem da comunicação deixa de ser verbal. No entanto, o doente pode ainda ter um espaço para a sua comunicação **expressiva**, que o médico avalia. Pode ainda dar-se o caso de, em certas situações ou especialidades, não haver necessidade destes procedimentos. Seja como for, é necessário fazer algo que marque este tempo da entrevista, já que, no tempo seguinte, será predominantemente o médico o emissor da comunicação. Uma possibilidade é abrir, de novo, um tempo para a comunicação expressiva, perguntando ao doente se há algo de novo para dizer, ou ainda se quer perguntar alguma coisa. Algum silêncio de reflexão pode ainda ser apropriado.

3. Função descritiva e injuntiva (por parte do médico)

Finalmente, é a vez do médico emitir mensagens. Em geral, os doentes querem saber o que se passa consigo, exigindo do médico alguma linguagem **descritiva**. Esta questão é, porém, muito sensível, pelo que a ela voltaremos noutros capítulos. Para abreviar, diremos que o doente pode estar emocionalmente tenso, levando a interpretações falseadas da descrição do médico. Ou então tomará como oráculo as opiniões prognósticas do médico. Finalmente, pode ser difícil, numa só entrevista, desmontar as atribuições causais e os conceitos populares, tantas vezes errados, que o doente nos traz. E, digamos em abono da verdade, nem sempre o médico está tão seguro das suas opiniões como tantas vezes pretende fazer crer, ao fim de uma entrevista. Muita prudência e contenção verbal, alguma franqueza amistosa, e o uso de termos científicos, de preferência aos populares, podem ser adequados. De qualquer modo, o mais importante é o tratamento. Por essa razão, o médico deve também evitar a declaração de prognósticos pessimistas, mesmo que deles esteja convencido, mas que poderão prejudicar a esperança e cooperação no tratamento.

Se, no entanto, o doente ou os seus representantes solicitarem esclarecimentos mais exaustivos, eles não podem ser negados, embora se possa prever que, nalguns pontos, o médico tenha de assumir a sua ignorância. Por maioria de razão, sempre que uma terapêutica implique riscos, o doente deve ser advertido. Em qualquer dos casos, é sempre de evitar a vívida descrição de um futuro sombrio, sendo então preferível a linguagem fria dos números e percentagens.

O último tempo da entrevista é prescritivo, quer se prescrevam exames ou entrevistas complementares, tratamentos físicos, cirúrgicos ou farmacológicos, ou se administrem simples conselhos. Quer isto dizer que o médico usa a função **injuntiva** da linguagem verbal. De facto, muitas das prescrições são escritas e eventualmente dirigidas a outros profissionais (farmacêuticos, analistas, outros médicos), que ajudarão o doente e sua família a participar nas medidas terapêuticas. No entanto, sempre existirão indicações verbais.

Na emissão destas indicações, o médico deve ter em atenção a validade da função injuntiva da linguagem, que consiste na **justeza**, ou seja, a adequação ao contexto da relação. Caso contrário, o doente negar-se-á a aceitá-las. Existem de facto prescrições que são adequadas ao contexto da relação médico-doente, outras poderão cair fora desse âmbito. Mas tal facto pode depender da cultura do doente, hábitos anteriores e, sobretudo, das suas expectativas, avaliadas desde o início da entrevista. Assim, se a expectativa for fraca, menos prescrições serão aceites. Se a expectativa for forte, ou se o médico dramatizar a situação ("pode morrer se não fizer isto e aquilo"), uma declaração banal pode ser tomada como imposição a ser executada a todo o custo, mesmo que se venha a revelar em completa inadequação às circunstâncias. Tanto um caso como outro podem trazer consequências nefastas que vão surpreender o médico inadvertido.

Para o evitar, o médico deve ser claro, conciso, e não discursar demasiado à volta do tema. Há que ter em conta as prioridades, não descarregando todo o arsenal terapêutico, já que noutras ocasiões haverá lugar para outros procedimentos. Instruções muito complexas serão ignoradas ou mal interpretadas pelos doentes (3 indicações claras correspondem geralmente à capacidade de apreensão em cada tempo). No entanto, estas indicações podem e devem ser negociadas entre médico e doente. De facto, esta negociação serve para melhor definir a justeza da função injuntiva da linguagem. No final, é necessário saber se o doente compreendeu claramente as indicações, mesmo que elas sejam também passadas a escrito.

O cerimonial da despedida é, finalmente, uma nova oportunidade para cumprir a função **fática** da linguagem, simbolicamente alicerçada num ritual comunicativo não verbal, como o aperto de mão. Pode porém contar-se que o último contacto é aquele que fica mais aceso na memória do cliente, o que se pode aproveitar para acentuar, neste momento, a mensagem mais importante. Esta mensagem será um talismã que permanecerá com o cliente até à próxima consulta. Uma palavra expressiva de esperança sincera pode ser adequada.

Como tomar notas

O processo clínico, que inclui a história clínica, está ligado a todos os actos médicos. Ele constitui não só uma forma de comunicação entre os profissionais que participam no tratamento do doente, mas também a forma do médico assumir responsabilidade pelas suas decisões. Constitui, finalmente, a memória da situação

clínica, que sempre facilitará o conhecimento e a reflexão sobre a evolução do doente. Daí que, mesmo uma simples entrevista, tenha de ser registada.

Põe-se então o problema de, a par da entrevista, elaborar o registo. Transcrever, passo a passo, todas as declarações do doente, será altamente perturbador da relação, cortará toda a sua espontaneidade, e pode ser mais adequado ao contexto de uma investigação policial do que a uma relação médico-doente. Fazer todos os registos posteriormente à consulta, na ausência do doente, poderá parecer pouco transparente, tornar-se-á pouco económico e poderá levar ao esquecimento de dados importantes. Há, assim, que retirar notas no correr da entrevista, ou mesmo elaborar algumas descrições.

Esta actividade deve porém ser executada de um modo discreto e com o conhecimento das suas implicações na relação. O doente está atento a este facto, e considerará como confirmadamente significativas as mensagens que serão passadas a escrito. Por outro lado, ficará bloqueado se verificar que alguns aspectos íntimos, que não gostaria de tornar públicos, são registados. É certo que o processo clínico é confidencial mas, mesmo assim, todos os cuidados com os registos são poucos, e o que deles deve constar são as informações clinicamente relevantes e não as curiosidades pessoais.

Existem tempos mais adequados ao tomar de notas. Assim, durante o início da entrevista, antes da relação estar claramente definida, os registos do médico não são perturbadores, e podem mesmo ter uma função metacomunicativa. Quando o doente exprime as suas queixas, o médico está livre para fazer alguns registos, mas é necessário ser discreto, e não deixar de prestar atenção ao doente.

Durante a fase descritiva, embora o doente debite, sob orientação do interrogatório, as informações mais relevantes, as notas podem ser perturbadoras. A discrição é então a regra, mas o médico pode ter de anotar alguns elementos, em particular as datas de alguns acontecimentos, para que melhor possa organizar a sua cronologia. Os artifícios mnemónicos (utilização de iniciais, visualização das situações, constituição de um "banco de dados" mental) podem ser uma ajuda, bem como o recurso a um bloco de notas, exterior ao processo, que o médico tenha no seu colo. Os registos podem ser ainda utilizados para marcar a passagem de temas ou de tempos da entrevista, enquanto o médico recapitula verbalmente os dados relevantes. Por maioria de razão, o final da fase descritiva, e o final do exame objectivo, são momentos adequados para registar os dados e reflectir sobre eles.

Bibliografia complementar

Sobre o paradigma da comunicação, v. SHANNON and WEAVER - *Teoria Matematica de la Comunicacion*, Ed. Forja, Madrid, 1981, em particular as pags. 19 a 49. Outros modelos são considerados por J. FISKE, *Introdução ao Estudo da Comunicação*, Ed. Asa, 1993, pags. 41-58. O livro de José Rodrigues dos SANTOS - *Comunicação*, Difusão Cultural, Lisboa, 1992, constitui uma boa introdução à comunicação social.

Sobre as funções da linguagem, v. R. JAKOBSON - *Essais de Linguistique Générale*, Les Editions de Minuit, Paris, 1963, pp. 209 - 248. Um outro estudo sobre funções da comunicação pode encontrar-se em P. R. BITTI, B. ZANI - *A Comunicação como Processo Social*, Ed. Estampa, Lisboa, 1993, pags. 57 - 90, incluindo ainda um comentário sobre a comunicação animal. Sobre a validade das funções comunicativas, v. F. C. PINTO - *Leituras de Habermas, Modernidade e Emancipação*, Fora do Texto, Coimbra, 1992, em particular as pags. 205 a 264.

Sobre as aptidões de comunicação, v. HARGIE, SAUNDERS & DICKSON - *Social Skills in Interpersonal Communication*, 3rd. Ed., Routledge, London and New York, 1994, em especial o Cap. 7 (*Set Induction and Closure*), para a linguagem fática e metacomunicativa, e ainda os Caps. 5 e 9 (*Questioning e Listening*), 8 e 11 (*Explanation e Influencing*). Um livro bastante claro, recentemente traduzido, é especialmente útil para os médicos: Roslyn CORNEY - *O Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina*, Climepsi Editores, Lisboa.

Sobre a função injuntiva é ainda útil o treino em sugestão, que pode ser iniciado por HADLEY & STAUDACHER - *Hypnosis and Change: A Practical Manual of Proven Hypnotic Techniques*, New Harbinger Publ., Oakland, U.S.A., 1984, em especial o Cap. 3 (*Hypnotic Communication*), pags. 37-57.

Sobre a estrutura da observação clínica, v. apêndice - *O Modelo Médico e a História Clínica*.

Exercícios

1. Ensaie uma locução cujo sujeito esteja sempre na primeira pessoa (eu). Pode fazer o mesmo com o sujeito na segunda pessoa (tu, você ou o senhor), ou na terceira pessoa (ele ou eles). Analise as funções da linguagem a que as diversas locuções se prestam. Verifique as mudanças que ocorrem com a variação dos tempos verbais.

2. Treine a função injuntiva. Verifique a importância de: 1. Pausas entre as injunções; 2. Acentuar palavras chave; 3. Evitar frases negativas; 4. Evitar contradições; 5. Ir do mais simples para o mais complexo; 6. Se possível, usar imagens visuais. Para obter *feedback*, peça ao destinatário que repita as injunções.

3. Em conversas banais, verifique aquelas que têm uma função meramente fática, e em que circunstâncias ocorrem. Relacione com os chamados “passatempos” da A.T. (capítulo 4).

4. Encontre uma frase que tenha um significado diferente consoante os contextos interpessoais (verifique a função metacomunicativa dos contextos)

5. Treine o registo de dados relevantes de um modo discreto. Assente, numa folha de papel, apenas as palavras chave e indicações cronológicas. Evite olhar para o papel. Tente reconstituir os dados a partir dessas anotações

Capítulo 2
Informação, signos, significados e sentidos

I. Introdução histórica e teórica

In-formação (ou enformação) e informação

O conceito de informação tem dois sentidos definidos por Aristóteles. O primeiro - que designaremos por **in-formação** ou **enformação** - consiste em dar forma, por exemplo, quando moldamos uma estátua a partir do bronze. O segundo - a **informação** propriamente dita - consiste em adquirir conhecimento, por exemplo, quando contemplamos essa estátua e nos inteiramos dos seus pormenores.

Em qualquer um destes casos, o resultado final é uma mudança de forma do que recebe a enformação ou informação: da massa de bronze da estátua ou da configuração electro-química dos neurónios do espectador. E também, em qualquer dos casos, essa mudança de forma não se faz espontaneamente, ao sabor da lei da entropia que determina que os sistemas passem de um estado mais improvável e complexo para um estado mais provável e simples. Pelo contrário, tanto o sistema "massa de bronze" como o sistema "espectador que adquire conhecimentos" passam para um estado mais complexo e improvável. Portanto qualquer deles adquiriu "entropia negativa".

A diferença é que, no caso da enformação do bronze, a forma final deste último fez-se à custa da energia do homem que construiu a estátua, ou seja, do emissor da enformação. Pelo contrário, quando a estátua informou o homem, a mudança do receptor fez-se à custa da sua própria energia, já que, para adquirir informação, ele tem de estar vivo, deslocar-se até à estátua, olhar, fazer comparações e juízos. Ou seja, ele teve de se preparar previamente, e aprender, para captar o significado da estátua.

Mas também a estátua emissora despendeu alguma energia, pelo menos a energia luminosa que reflectiu, já que ela não pode ser vista no escuro. No entanto, essa energia é mínima em relação aos efeitos que produz. Estes últimos, que constituem o significado da mensagem, dependem da preparação prévia do receptor, da sua potencialidade energética e do modo como ela está adaptada à mensagem recebida.

A noção de informação, ao contrário da enformação (ou in-formação), implica sempre um gasto mínimo na produção da mensagem em relação aos efeitos no receptor, sendo esse diferencial tanto maior quanto mais significativa for a informação. Se dermos um pontapé num pedaço de barro, podemos faze-lo mudar de forma, deixando lá a marca do nosso pé ou fazendo-o deslocar no espaço. Seja qual for a sua mudança, toda esta enformação é feita à custa da energia cinética que o nosso pé lhe transmite. Mas se dermos um pontapé num cão, ele gane, salta, desata a fugir e aprende a ter medo de nós. E todo este alarido já não é feito à custa da energia do nosso pé, mas sim à custa da energia do cão. Da próxima vez, o nosso pé torna-se mais significativo para o cão, e basta apenas levantá-lo, minimizando a energia necessária para o fazer, para que o cão volte a fugir.

Tanto no caso do barro como do cão, é o nosso pé que enforma ou informa, constituindo portanto uma mensagem que despende alguma energia. Mas no caso da informação sobre o cão, o resultado dessa mensagem, no que respeita ao comportamento do receptor (ou seja, o significado da mensagem), tem gastos energéticos muito superiores aos do pontapé-mensagem. É como se o cão já estivesse preparado, através da sua energia potencial, para responder daquela maneira ao pontapé. E o que nós fizemos, com o pontapé-informação, não foi senão mobilizar essa energia potencial.

De facto, a informação não faz senão mobilizar a potência energética do receptor, transformando a sua energia potencial (depositada) em energia activa e utilizável nas suas mudanças de forma. Com o simples carregar de um botão poderemos destruir um prédio inteiro, se dispusermos de um sistema de blocos de dinamite (energia potencial) bem colocados e ligados adequadamente, se tivermos acesso a esse botão e o soubermos premir. Durante a Guerra Fria, os exércitos estavam de tal modo organizados que seria possível destruir o mundo com uma pequena informação. E chegou-se a colocar a possibilidade de qualquer pessoa o poder fazer, desde que tivesse acesso aos sistemas informáticos da Casa Branca e conhecesse as *passwords*. Por maioria de razão, a informação pode mobilizar, numa fábrica, um potencial de energia preparado para desenvolver trabalho e produzir bens.

Claro que os mesmos botões para serem carregados, as *passwords* digitadas, ou qualquer outra informação, não terão qualquer efeito se não forem transmitidas, adequadamente e no local certo, a um sistema que disponha desta energia potencial. Do mesmo modo, uma palavra japonesa dita a um português que não tenha aprendido outra língua e portanto não esteja preparado para a entender (ou seja, o seu cérebro não está potencialmente preparado para ter uma resposta adequada à sua audição), não terá qualquer efeito a não ser uma surpresa inespecífica. Quer isto dizer que de nada vale uma mensagem ou informação, se o receptor não estiver preparado para lhe responder com o comportamento adequado.

Informação transmitida e adquirida: sua reciprocidade e medição

Até aqui falou-se, indistintamente, da aquisição e emissão de informação pelo homem. O certo é que a generalidade da informação que o homem adquire também pode ser transmitida, pelo que existe reciprocidade entre a aquisição e emissão de informação. Uma e outra podem ser medidas da mesma maneira. Essa medição, que está na base de todos os sistemas informáticos de hoje, foi descoberta por Shannon.

Para exemplificar a proposta de Shannon, podemos considerar um sistema de 16 teclas alfabetadas, e supor que uma delas, por exemplo K, está ligada a um dispositivo de dinamite que faz destruir um prédio. A tecla não é conhecida à partida, e existe portanto uma probabilidade mínima (1/16) de acertar à primeira escolha. A medição da informação necessária para conhecer o sistema consiste em saber o número de perguntas com resposta simples (sim ou não) que será necessário fazer para acertar com segurança na tecla sensível.

A	B	C	D
E	F	G	H
I	J	K	L
M	N	O	P

O método imaginado por Shannon consiste em efectuar sucessivas divisões binárias (metade de cima, metade da esquerda etc.) que reduzam a incerteza, perguntando se a tecla se encontra dentro dessa divisão, ao que corresponde uma resposta de sim ou não. Podemos facilmente verificar que o número dessas perguntas

corresponde a 4 bites, sendo este número o inverso do logaritmo, na base 2, de $1/16$ ($1/16 = 2^{-4}$)³.

De qualquer modo, a pessoa que adquiriu a informação sobre o sistema de teclas, e descobriu o seu ponto sensível, está também em condições de transmitir essa informação, ou seja, de fazer desabar o prédio através do simples pressionar de uma tecla. Será este um dos casos em que a informação adquirida pode também ser transmitida. Mas é também o caso de toda a informação humana, que se adquire e transmite através de signos⁴, em particular dos signos verbais que se produzem através de pequenos movimentos do corpo e se apreendem pelos órgãos dos sentidos.

Signos: ícones, índices e símbolos.

A noção de signo foi simultaneamente desenvolvida pelo suíço Ferdinand de Saussure e pelo americano Charles Sanders Peirce. Foram eles que fundaram a linguística, a semiologia e a semiótica contemporâneas. Contudo, esta dupla origem tem levado a alguns mal-entendidos à volta de conceitos aparentados. Enquanto Saussure estava fundamentalmente preocupado com os signos linguísticos, que ele considerava arbitrários, tanto na relação com o seu significado como em relação àquilo que eles representavam, Peirce generalizou a noção de signo a todas as formas portadoras de informação.

Em qualquer dos casos, um signo é sempre uma forma concreta, cujo padrão é directamente perceptível pelos sentidos humanos, seja ele uma imagem, um som, um objecto tri-dimensional ou mesmo um determinado cheiro, mas que não se representa a si próprio; "é algo que está por outra coisa" (Eco, 1986: 27). Essa outra coisa pode ser um conceito, um comportamento, o seu significado, ou mesmo outro signo. Mas a tendência mais comum é considerar o signo representante de um objecto do mundo, de algo que se possa apontar como sendo o seu referente. Daí que Peirce tenha feito uma classificação genérica dos signos com base na relação com os seus referentes.

Assim, os **ícones** caracterizam-se pela sua semelhança (ou relação analógica) com os referentes. Uma fotografia, um desenho publicitário, uma imagem, um mapa ou o anúncio de uma casa de banho de senhoras são ícones. As metáforas são figuras linguísticas analógicas que estão assim próximas dos ícones. Deve notar-se que alguns autores europeus, como Piaget, designam por símbolo aquilo que Peirce designa por ícone.

Os **índices** (indícios, vestígios, sintomas, sinais) relacionam-se com os referentes por continuidade espaço-temporal. O exemplo mais característico é o fumo que anuncia o fogo. Mas esta relação pode levar-nos a considerar como índices um sem

³ A fórmula de Shannon relaciona a Informação com a probabilidade do sistema, de um modo que faz lembrar, em sentido negativo, a fórmula que mede a entropia (que é a medida da evolução espontânea dos sistemas fechados para um estado mais desorganizado, menos complexo e mais provável). Por isso se tem chamado, à informação, entropia negativa ou neguentropia (Beauregard, 1967).

⁴ Embora teoricamente possam existir signos com a dimensão de 1 bit, a maior parte dos signos - mesmo os mais elementares, como as letras do alfabeto ou os fonemas - ocupa geralmente entre 2,5 a 4 bites. Isto acontece porque os signos fazem parte de uma colecção - o paradigma - que, em geral, contem mais de dois elementos. Estes elementos podem, por sua vez, agrupar-se de modo a constituir signos de complexidade mais elevada: palavras, frases, etc. Cada um destes níveis pode avaliar-se em função da sua dimensão em bites, originando assim uma escala de "dureza" da informação, que vai dos agregados de informação ("chunks") mais leves e duros, que medem 1 bit, até aos mais pesados e moles, como uma obra artística, que ultrapassam a possibilidade de medição (cf. Lussato, 1991).

número de outros signos, como as pegadas ou outros vestígios da presença de alguma coisa, a parte pelo todo (como as metonímias - um copo como indício do vinho ou um Rolls Royce como indício de riqueza), ou ainda a campainha que anuncia a carne no reflexo condicionado.

Finalmente, os **símbolos** referem-se ao significado e aos referentes apenas por convenção e hábito. Têm assim uma relação arbitrária com eles, e correspondem portanto aos signos na concepção restrita de Saussure.

A noção de signo, assim definida, pode alargar-se a todas as formas, com a condição de essas formas conterem informação, ou seja, serem significativas. Mesmo um objecto do mundo (uma garrafa, uma cadeira) pode constituir um signo (um ícone), na medida em que for usado para representar um outro objecto da mesma espécie ou todos os objectos da sua espécie. E deixará de haver razão para considerar apenas como signos as formas que foram produzidas com a intenção de comunicar. No entanto, todos os signos que são utilizados na comunicação interpessoal, incluindo os produtos culturais, mas também a própria linguagem, expressão e movimentos corporais, têm a característica de serem produzidos pela actividade humana e, na maior parte das vezes, pelo efeito de pequenos movimentos do corpo.

Significante e significado

Talvez a contribuição mais importante de Saussure tenha sido a consideração do signo com uma dupla face, a do *significante* e a do *significado*. Enquanto o significado, equivalente ao conceito, foi deixado em aberto ao estudo dos psicólogos, Saussure concentrou-se no estudo dos significantes. Estes últimos são constituídos pela forma física, perceptível (ou, mais precisamente, pela imagem sensorial), dos signos. Podem ser sílabas (fonemas e morfemas), palavras escritas ou faladas, ou qualquer outra forma significativa que, sendo apresentada como mensagem em cada acto de comunicação, permanece de um modo estável no património cultural dos homens, que inclui a sua língua. Saussure demonstrou que os significantes evoluem diacronicamente por contrastes e semelhanças entre si, acabando por formar um sistema cujos elementos estão inter-relacionados. Esta evolução respeita apenas aos significantes, independentemente dos seus significados. É uma evolução relativamente autónoma que permite que os significantes acabem por apresentar uma relação arbitrária com os seus referentes e significados.

Vários autores contemporâneos, baseados em Saussure, tendem a conceber o significado como o referente do signo. Nada existe de mais errado. Numa edição crítica do *Cours de Linguistique Générale*, de Saussure, Tulio de Mauro mostra como esta ideia, expressamente criticada por Saussure (1915: 96), foi insinuada por um desenho apócrifo (*ibidem*, notas 74 e 135) sobreposto às edições originais. Assim, o problema do significado acabou por ser deixado em aberto por Saussure, não sem que o autor realçasse a sua natureza psicológica e abstracta. Quanto à relação dos signos entre si, Saussure atribuiu-lhe o nome genérico de *valor*, mas os linguistas contemporâneos costumam chamar-lhe *sentido*.

Na sua análise dos signos, Peirce fugiu à questão do significado, mas relacionou cada signo, por um lado, com o seu objecto (ou referente) e, por outro lado, com o "interpretante". O interpretante, que a maioria dos autores contemporâneos (Eco, 1990) identifica com o significado saussureano, consiste num comportamento motor ou psicológico, mas em qualquer caso uma mudança de estado, relacionado com o uso do signo ou seu objecto. Num exemplo de Morris, um mapa seria um **signo** ou

representamen (significante, para Saussure) que, por um lado, representava um território - o **objecto** (referente) - e, por outro lado, indicava, ao sujeito que o interpretava, a deslocação que ele teria que fazer por esse território (uso ou **interpretante** para Peirce, significado ou conceito para Saussure).



Uma prova de que o referente não se pode confundir com o significado, consiste nos sinais de trânsito. Ninguém duvida que eles constituem signos codificados pelo uso e convenção, e que correspondem a símbolos no sentido de Peirce. Tal como os fonemas e as palavras, desenvolveram-se pelos contrastes entre si. Constituem paradigmas de formas e de cores, e têm as suas regras de combinação sintáctica. Alguns deles, como certos sinais de perigo, têm os seus referentes (animais, inclinação pronunciada, obras). Mas a maior parte dos sinais, como sentido ou estacionamento proibido, sentido único, etc., não possuem referente, mas têm um significado claro que se relaciona com o comportamento do condutor.

Os sinais de trânsito servem ainda para mostrar que as faces significantes dos signos são coisas concretas - placas pintadas, semáforos - que podem constituir referentes, do mesmo modo que os objectos do mundo, os referentes habituais, se podem tomar como signos. Por exemplo, quando, num café, queremos obter uma garrafa de cerveja, basta mostrar a garrafa vazia que, para o empregado, funciona como um signo, neste caso um substituto visual da expressão "outra garrafa de cerveja".

Podemos pois chegar ao consenso de que o significado difere do sentido. Enquanto o **significado** se pode definir por um comportamento relativo ao uso do signo (nem que seja um comportamento neurofisiológico), ou ainda pela actividade significativa que resulta da aquisição da informação significativa, o **sentido** implica sempre uma relação com outros signos. É certo que também se pode falar de sentido (sentido referencial ou indicativo) sempre que se possa indicar alguma coisa (o referente) que substitua o signo, Trata-se, mesmo assim, de uma relação entre signos, já que o próprio referente se pode usar por todos os objectos que pertencem à sua classe e é, por isso, um signo.

Sendo assim, a noção de significado reenvia-nos à dinâmica do movimento, ou mudanças de estado dos sistemas, que já havíamos considerado ao tratar da informação significativa. Esta dinâmica de mudança insere-se na evolução temporal, que inclui os "estados de espírito" e que Bergson tratou na sua obra filosófica, mas para a qual não se concebeu ainda uma heurística conveniente. Trata-se de um mundo ainda desconhecido - o Mundo 2 de Popper - que Prigogine tenta reabilitar a partir dos seus estudos termodinâmicos. A dupla face do signo saussureano liga então este mundo da dinâmica temporal, presente no significado, e partilhado pelos comunicantes, ao mundo da extensão espacial, presente no significante.

Os significantes são de facto formas extensas, definidas e duráveis, pertencentes a objectos do mundo ou por eles produzidas, e que permitem a comunicação pela partilha dos seus significados. De qualquer modo, os signos usados na comunicação inter-pessoal - fala, gestos, mímica, posturas - caracterizam-se por se poderem

produzir, a qualquer instante, tanto pelo corpo do emissor como do receptor. E é por ser capaz de produzir estes signos com facilidade, que o homem pode ter um pensamento autónomo e independente das constrações do meio ambiente.

Códigos: paradigma e sintagma

Em toda a comunicação existe então uma mensagem significativa que provem do emissor e se destina ao receptor. A mensagem é constituída por um conjunto de significantes conhecidos de ambos os interlocutores, sendo também o seu significado partilhado por eles. Se o significante, pelo menos quando se trata de um símbolo arbitrário, tem de ser reconhecido por ambos, o significado, que não precisa de ser auto-consciente, pode depender do uso que cada um fez dos signos em questão. E diferentes usos podem levar a diferentes significados, resultando em mal-entendidos na comunicação. Por isso, a relação entre significante e significado tem de ser frequentemente explicitada.

O mesmo se passa quando se conhecem formas significantes ligadas a povos ou culturas desconhecidas, cujo significado se tenta desvendar para reconstituir o seu comportamento, do mesmo modo que alguns peritos militares se podem dedicar à desocultação de mensagens cifradas. Finalmente, muitos tipos de comunicação, como a que é produzida através do cinema, das cerimónias sociais, das expressões emocionais ou dos anúncios comerciais, podem funcionar de um modo automático, não consciente, mas mesmo assim eficaz e com as suas regras que podem ser desvendadas. Em qualquer destes casos trata-se de constituir um código.

Um código inclui, antes de mais, um **paradigma**, ou seja, *a colecção de todos os signos usados no tipo de comunicação em causa*. Estes signos podem ter aspectos comuns, que indicam a especificidade dessa comunicação, e aspectos diferenciais, que permitem os diferentes significados. São exemplos as letras do alfabeto português, em contraste com o japonês, as várias posições de bandeiras usadas na comunicação de montanhistas, ou uma colecção de chapéus com várias significações sociais.

Em segundo lugar, um código inclui um **sintagma**, nome sob o qual se exprimem *as regras de combinação dos signos para que eles façam sentido*. O exemplo típico é o das regras gramaticais, mas também as peças de vestuário se devem combinar segundo certas regras para que a informação pretendida tenha sentido. Qualquer regra de combinação de signos é um sintagma. A descrição de uma doença serve aos médicos para que a combinação dos sintomas constatados possa fazer sentido. Portanto, ela é também um sintagma.

Finalmente, os códigos devem referir-se ao significado de cada termo, tal como vem expresso nos dicionários. Esta é a questão mais melindrosa, pois que o significado dos signos não se pode exprimir senão por outros signos, mesmo que sejam imagens ou os seus referentes. Quer isto dizer que os códigos exprimem mais o sentido do que o significado. Mesmo que se trate da descrição de um comportamento, como acontece nos códigos algorítmicos, essa descrição terá de ser feita através de signos verbais.

Entre os vários tipos de códigos, podemos então distinguir os **algorítmicos**, que relacionam um signo com um determinado comportamento. Como exemplos, podemos referir o símbolo matemático da raiz quadrada, outras notações científicas ou os sinais de trânsito. Mas também os verbos se aproximam da codificação algorítmica. Se fosse viável, todos os signos poderiam ter um código algorítmico, pois que a descrição de um comportamento é aquilo que mais se aproxima do significado, tal como o definimos atrás.

No entanto, os códigos procuram mais o sentido ligado à informação. A este respeito, podem-se considerar os códigos diacríticos, taxonómicos e semânticos, conforme refere Pierre Guiraud (1993:18 e 52-56). Segundo este autor, os códigos diacríticos (ou distintivos) e taxonómicos (ou classificatórios) são dois tipos extremos no que respeita à relação lógica de exclusão ou inclusão entre os respectivos signos:



Nos códigos **diacríticos**, como indica a figura, não há relação entre os signos. Cada signo acrescenta mais informação, mas como não se relacionam entre si, perdem o sentido. Uma série de nomes próprios pode constituir um exemplo. Sem dúvida acrescentam informação, mas não se sabe em relação a quê, a não ser aos seus referentes que podem, mesmo assim, ser desconhecidos. Só depois de uma grande colecção de nomes poderíamos finalmente inferir que se tratava do conjunto dos doentes duma enfermaria. Só nesse caso, a informação teria sentido, mas então já tínhamos construído um novo signo taxonómico - 'doentes da enfermaria' - que inclui o conjunto dos nomes informados.

De facto, os signos **taxonómicos** (ao centro da figura) incluem-se uns nos outros. Podemos pensar nas classificações botânicas ou zoológicas: 'vertebrado', 'primata', 'homem'. O terceiro signo não acrescenta informação a nenhum dos outros, uma vez que está contido neles. Contudo eles estão perfeitamente relacionados e têm um sentido claro. Ainda por outras palavras, eles têm a máxima redundância.

A linguagem usual necessita de balancear o sentido com a informação. Por isso a maior parte dos signos se sobrepõe e se exclui parcialmente (à direita da figura), situando-se entre os extremos anteriores. São do tipo dos códigos **semânticos**.

Sentidos da linguagem

Diferentemente do significado, o sentido refere-se à relação dos signos entre si. Já vimos que é através desta relação que se podem exprimir os códigos e definir as equivalências dos significantes. Mas ela também pode modificar o significado dos signos, como veremos adiante. Com efeito, sentido indica direcção e, seja qual for o significado dos signos usados numa mensagem, a relação com os outros signos obriga-nos por vezes a súbitas mudanças de direcção no entendimento da mensagem. Por outras palavras, é a relação dos signos com outros signos e com os seus referentes que nos orienta na procura do significado global da mensagem. O assunto é complexo e tem sido discutido em linguística e semiótica. No entanto, existe um consenso generalizado sobre a constatação de 4 tipos de sentido: referencial, denotativo ou indicativo, estrutural ou sintáctico, contextual e conotativo (Berlo, 1960 :189-210).

O **sentido referencial** ou indicativo tem a ver com a disponibilidade de um objecto (uma coisa ou estado de coisas), que também pode ser um outro signo, uma imagem ou mesmo uma outra palavra que se possa indicar como equivalente ao signo que se está a usar. Ocorre frequentemente quando nos procuramos entender com um estrangeiro em que cada um mal conhece a língua do outro: apontamos os objectos, ou podemos mesmo representá-los com gestos, enquanto pronunciamos as palavras. O

sentido indicativo pode mesmo subverter o significado de uma mensagem na nossa língua comum. Por exemplo, se um polícia disser: "vais para o parque de diversões", apontando uma cela, o prisioneiro deve interpretar a mensagem no sentido contrário àquele que é dito.

O **sentido estrutural** ou sintáctico tem a ver com a colocação relativa dos signos no interior de um sintagma. Por exemplo, podemos construir uma frase com três signos: 'o João', 'o cão', e 'mordeu'. Mas é evidente que o sentido da mensagem depende do signo que se coloca em primeiro lugar. E isto porque está convencionado que, na voz activa, o primeiro signo é o sujeito, o agente da acção, sendo o último o objecto dela. O sentido estrutural pode ser bem subtil e pregar algumas partidas, dependendo por exemplo da entoação da voz e das pausas, que na linguagem escrita são indicados pela pontuação. Um exemplo divertido é indicado por David Berlo, com a seguinte frase:

"Os professores dizem os alunos são uns idiotas"

Podemos de facto verificar que o sentido varia completamente de acordo com as entoações que possam corresponder, por um lado, à colocação de dois pontos a seguir a 'dizem' e, por outro lado, à colocação de uma vírgula a seguir a 'professores' e outra a seguir a 'alunos'.

O **sentido contextual** relaciona-se com a totalidade dos signos envolventes da mensagem. De facto, o contexto não é senão um outro texto que contem o primeiro. Para decifrar o sentido de um signo é pois, neste caso, necessário conhecer toda a frase. É assim que não precisamos de ir ao dicionário sempre que uma palavra nova se nos depara numa língua que estamos a aprender: retiramos o sentido do contexto. Mas, na nossa linguagem vulgar, também temos de recorrer com frequência ao sentido contextual.

O contexto pode também ser indicado por outros signos que não pertencem ao texto, mas sim à situação: uma mensagem na oficina ou num exame tem sentido diferente da mesma mensagem usada em casa. O facto é que cada contexto define uma relação (relação profissional, terapêutica, pedagógica ou familiar), e é essa relação que, como veremos noutro capítulo, dá sentido à mensagem. Os sinais não verbais são aqui da maior importância. Mas o contexto também pode ser definido por signos mais subtis, como a moldura de um quadro, o genérico do telejornal ou o formato de uma notícia (Rodrigues, 1993: 141-156).

Finalmente, o **sentido conotativo** depende da predisposição do receptor, e pode, portanto, variar de pessoa para pessoa. Tem a ver com as reacções emocionais e com os valores do auditor. As palavras 'branco' e 'preto' podem ter sentidos conotativos diferentes segundo a cor da pele do ouvinte. O seu uso frequente para designar coisas boas ou más, pode assim suscitar reacções imprevisíveis. O discurso político, religioso e publicitário, bem como as **metáforas**, a que os poetas recorrem com inteira liberdade, estão frequentemente carregados de sentido conotativo. Em todos estes casos, o signo utilizado muda de sentido pela sua referência lateral a objectos ou outros signos com valor emocional, na maior parte das vezes veiculados pelos mitos sociais (Barthes, 1957). Trata-se portanto de um sentido indicativo secundário e devidamente camuflado. Daí o seu perigo, mas também a sua eficácia.

De acordo com Roland Barthes, as conotações são a forma por que se exprimem os mitos sociais (v. J. Fiske, 1990: 120-136), e correspondem a uma segunda ordem de

significação dos signos. Uma terceira ordem de significação, correspondente à simbolização, ocorre quando um signo se torna representativo de um valor. Por exemplo, um Rolls-Royce pode ser símbolo de poder, e uma determinada forma de falar pode ser sinal de erudição. Neste caso toma-se a parte pelo todo (um carro caro pela riqueza total e o poder que dela advém, e certas frases por toda a sabedoria). Em linguística, a figura que toma a parte pelo todo chama-se **metonímia** ("vamos beber uns copos" em vez de "vamos beber uns copos de vinho"). E esta figura é largamente usada em publicidade.

II – Significados e sentidos na actividade médica

Sintomas, sinais e síndromes

Na relação médico-doente, o doente possui os códigos da sua linguagem natural. No entanto, para além destes, o médico recorre também aos códigos da sua comunidade científica, fazendo uma permanente transcrição entre uns e outros. Os signos codificados da linguagem médica são usualmente conhecidos por sintomas, sinais, síndromes e doenças, incluindo algumas variantes ligadas a certas tradições.

Em semiologia geral considera-se o **sintoma** como um signo que está na continuidade espaço-temporal com um referente, pertencendo pois à categoria dos índices. Só que, no caso particular dos sintomas, e ao contrário dos outros índices, esse referente está escondido, ou seja, não é conhecido à partida (Eco, 1973: 59; Barthes, 1972: 193). Veremos adiante como este estatuto semiológico tem importantes consequências no diagnóstico médico. Mas, antes disso, cabe referir as distinções entre sinal e sintoma.

Estes nomes foram estatuídos pela tradição e uso. É assim que, na tradição latina, um **sinal** é ainda um signo que está na continuidade com o seu referente, mas que é suscitado por algum procedimento especial do observador. Assim, o *sinal de Lasègue* consiste na flexão automática dos joelhos quando o observador levanta, pelos pés, as pernas do doente que se conserva deitado. É esta manobra que o poderá distinguir dos sintomas que, sendo subjectivos ou objectivos, se tornam directamente evidentes e ocorrem na ausência de procedimentos especiais (C. Gomes, 1965). Contudo, a tradição anglo-saxónica, hoje dominante, considera como **sinal** todas as manifestações objectivas de doença ou disfunção, reservando o nome de **sintoma** apenas para as manifestações subjectivas, referidas pelo próprio doente. Seja como for, tanto sintomas como sinais conservam, na linguagem médica, o estatuto de índices cujo referente e significado terá de ser, em princípio, "colocado entre parêntesis".

Os sintomas e sinais podem agrupar-se em **síndromes**. Poderia ser suposto tratar-se então de um código taxonómico. No entanto, um sintoma isolado, que pode de facto não pertencer a nenhum síndrome, é visto, em princípio, por si só, acrescentando informação mas não ainda sentido, assim se aproximando dos códigos diacríticos. Por outro lado, um sintoma pode pertencer a mais do que um síndrome, assemelhando-se assim mais aos códigos semânticos do que aos taxonómicos. De facto, e tal como as palavras, eles foram estabelecidos por toda uma história de observações empíricas e usos interactivos, e não por procedimentos dedutivos ou classificações apriorísticas.

Um síndrome corresponde assim a um agrupamento conhecido de sintomas que pode fazer parte de uma ou várias doenças, mas não constitui uma doença; pode-se apontar como exemplo o *síndrome febril* ou o *síndrome vertiginoso*. Em certas circunstâncias, o diagnóstico terá de se manter no nível sindromático (usando-se neste caso, segundo alguns, a palavra **síndromo** [Dic. Porto Editora], em vez de síndrome), esperando-se que, descoberta uma etiologia, ele possa corresponder a uma doença. E, com alguma frequência, ele estabelece-se pelo uso, como foi o caso recente do *Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida*, que manteve o seu nome mesmo após a descoberta do agente etiológico.

Doença, etiologia e tratamento. Diagnóstico.

A actividade médica persegue a identificação, detecção, esclarecimento e tratamento das doenças. Socorre-se de todos os meios, mesmo das ciências não médicas, para o conseguir, mas acaba por elaborar modelos que se tornam consensuais dentro da classe médica. São esses modelos que constituem as doenças. Cada **doença** tem associados a si uma **etiologia**, um **tratamento** e um **prognóstico**, conhecidos quer pela explicação e demonstração dos seus mecanismos fitopatológicos, quer pela observação anátomo-patológica, ou ainda por procedimentos empíricos. A literatura anglo-saxónica introduziu também o conceito de *disorder* (traduzido em português por perturbação, transtorno ou distúrbio) que se refere a situações patológicas de menor gravidade e que não implicam a existência de alterações estruturais do organismo. De qualquer modo, o conceito de doença (incluindo o de *disorder*), no âmbito da actividade clínica, merece alguma reflexão.

A clínica médica é uma arte, mais do que uma ciência. De facto, os médicos sempre tiveram de lidar com muitos fenómenos não esclarecidos pela ciência, ou sem tempo útil para serem esclarecidos, e sobre eles tomar decisões terapêuticas que envolvem sempre algum risco. Se, na actividade ambulatoria isto ocorre com frequência, nas situações de emergência constitui a regra geral. É por isso que, em cada acto médico, não se conclui por uma doença, mas por um **diagnóstico**. Em cada caso concreto, o diagnóstico pode apontar, com uma determinada probabilidade, para uma doença ou grupo de doenças, mas não se pode dizer que a descobre. De facto não existem doenças, mas sim pessoas doentes que sempre apresentam alguma singularidade. Apesar de tudo, o diagnóstico é uma decisão mandatária e a doença uma construção teórica necessária. Veremos porquê.

O objectivo da actividade clínica é aliviar o doente com um mínimo de custo. Consiste em obter informação significativa sobre o doente para transmitir a informação ou informação que o doente necessita para se sentir aliviado. Note-se que usamos aqui o duplo sentido aristotélico para a informação: ou moldar o doente, para que este recupere, apenas à custa da nossa energia (in-formar ou enformar), ou utilizar, da nossa parte, a mínima energia para que o doente possa recuperar à custa da sua própria potência energética (informar). E, embora alguns médicos, deslumbrados com as novas tecnologias cirúrgicas, possam idealizar a primeira opção, o ideal da excelência médica persegue a segunda opção. É por isso que a cada doença está associada uma etiologia.

De facto, o estudo das causas, em Medicina, como em Biologia é muito complexo. Não só as causas são múltiplas e encadeadas, como elas são dotadas de circularidade, ou seja, existem efeitos que se tornam causas, devido ao estabelecimento de retroacções. Mesmo assim não se desiste de procurar a **etiologia**, na esperança de encontrar o ponto sensível do sistema, o ponto significativo onde uma pequena alteração leva a todo o cortejo de manifestações patológicas, e onde uma pequena intervenção terapêutica inverterá este cortejo. Uma simples intervenção em vez de um arsenal de intervenções, um só medicamento em vez de muitos: é este o sentido do tratamento etiológico em vez do sintomático, e é este o ideal que a Clínica persegue. Trata-se do mesmo problema que se colocava a Aladino para descobrir a palavra que lhe dava acesso à lanterna mágica, ou de conhecer, entre vários botões, qual será aquele que, premido, reduzirá a cinzas um prédio onde se inseriram cargas explosivas interligadas. É descobrir a informação significativa e fornecer estímulos e acções significantes (ou seja, informação), cujo significado (ou resposta significativa) é o alívio do doente.

Assim como a etiologia tem um valor funcional, mais do que ontológico, também a doença, no contexto da actividade clínica, se despe do seu valor de existência

concreta. De facto, o médico está perante um indivíduo doente, não de uma doença. A doença é um modelo, uma construção da ciência médica que serve de orientação ao raciocínio clínico perante cada caso individual. Mas o que verdadeiramente ocorre dentro de cada pessoa mantém sempre algum carácter enigmático, do mesmo modo que o sintoma é um signo (um índice) cujo referente se desconhece. Por isso, o clínico não se pronuncia por uma doença, mas sim por um **diagnóstico**. O diagnóstico é assim uma decisão, certamente bem informada, que vai apoiar actuações terapêuticas ou mesmo intervenções laboratoriais mais ou menos invasivas. Mas, mesmo apontando o nome de uma doença, mesmo com amplas confirmações, nunca o diagnóstico se confunde com a doença (Wesiack, 1973). São de natureza diferente: a doença é uma construção teórica, um sintagma que dá sentido aos sintomas e sinais que incorporam o paradigma médico; o diagnóstico é, pelo contrário, uma decisão clínica.

Significantes, significados, sentidos: importância em neurociências

A distinção entre significantes e suas relações - ou seja, o sentido - e significado, pode parecer académica e um ponto de disputa para os linguistas. No entanto, ela tem a maior importância para o entendimento do pensamento humano e sua patologia. Essa importância foi intuída por Saussure, que endossou o significado – o conceito – para as disciplinas psicológicas, enquanto reservou para a linguística o estudo dos significantes e suas relações. Uma das raras respostas dos psicólogos foi dada pelos trabalhos experimentais de Osgood (1953). Mas seria necessário esperar pelos estudos da assimetria funcional dos hemisférios cerebrais, ainda correntes na actualidade, para que a distinção de Saussure atingisse todas as suas consequências explicativas.

A assimetria funcional dos hemisférios cerebrais é conhecida desde 1861. Foi então que Broca pôs em evidência que uma lesão de determinada zona do hemisfério esquerdo, ao mesmo tempo que produzia uma parésia do lado direito, implicava também, nos indivíduos dextros, uma afasia, ou seja, uma incapacidade de nomear objectos e de falar distintamente. Uma lesão da zona homóloga do lado direito poderia ainda produzir uma parésia do lado esquerdo, mas não tinha qualquer efeito no uso da linguagem.

As diversas formas de afasias e as agnosias (incapacidade de reconhecimento e nomeação de objectos), foram especialmente estudadas por Goldstein e mobilizaram, a partir dos anos 40, a atenção de linguistas e filósofos. Mais tarde, este interesse foi ampliado pelos estudos de Gazzanica e Sperry em indivíduos a quem eram cortadas as ligações inter-hemisféricas (cingulectomia) para controlo de epilepsias resistentes. Mas só recentemente, com o advento dos meios imagiológicos computadorizados, o assunto pode ser exaustivamente estudado.

A quantidade de dados sobre a assimetria funcional dos hemisférios cerebrais é hoje enorme mas ainda inconclusiva. O facto é que os aspectos típicos das lesões só existem para indivíduos puramente dextros, o que nem sempre se pode assegurar com clareza, e que a lateralização não se processa em bloco num só hemisfério, mas por módulos que podem pertencer a um ou outro dos hemisferios (Gazzanica, 1985). Tentando contudo simplificar estas questões, e partindo da hipótese de uma dextralidade pura, podemos apontar os aspectos mais relevantes de: (1) as perturbações ligadas à lesão do hemisfério esquerdo (ou *dominante*), como a afasia ; (2) as perturbações ligadas à lesão do hemisfério direito (ou *minor*), em particular a anosognosia; (3) o conjunto das perturbações ligadas à desconexão inter-hemisférica.

1. As lesões do hemisfério esquerdo provocam, tipicamente, as afasias. Nestes casos poderá existir uma incapacidade de usar a fala, não porque os doentes não possam falar, pois podem repetir o que se lhes diz, mas porque não conseguem ligar as palavras entre si, numa estrutura sintáctica, ou porque não as conseguem ligar aos objectos que têm em mente; podem porém compreender o significado do que se lhes diz, bem como dos objectos que não sabem nomear. Frequentemente identificam-nos com a indicação verbal ou motora do seu uso. Por outras palavras, os doentes dextros com lesão do hemisfério esquerdo podem ser incapazes de lidar com os significantes – sejam eles signos ou formas de objectos – bem como a relação entre eles, ou seja, o sentido. Porém, os significados permanecem sem alteração.

2. Os doentes dextros com lesão do hemisfério direito são considerados com sorte por não terem afectadas as capacidades linguísticas. Contudo verificam-se, neles, comportamentos bizarros que têm sido descritos sob o nome de anosognosia. Em geral, são doentes que se manifestam demasiado optimistas quanto ao seu estado. Podem reconhecer, por exemplo, ter uma perna paralisada ou atrofiada, mas continuam convencidos de que ainda ganharão a maratona. Por outras palavras, e ao contrário dos casos anteriores, estes reconhecem os significantes, ou mesmo o seu sentido, mas são incapazes de lhes ligar os seus significados. Um doente de Oliver Sacks (1985: 30) com lesão occipital direita, ao observar uma luva, comentou: "É uma superfície contínua dobrada sobre si mesma ... parece ter cinco extremidades ... pode ser um contentor para conter o que lá quiserem pôr ... um porta moedas para moedas de cinco formatos diferentes, pode ser...". Quando, por mero acaso, a pôs na mão, exclamou finalmente: "Meu Deus! É uma luva!". Outros fenómenos, como a perda do sentido musical e estético, prejuízo emocional, dificuldades na compreensão analógica e perturbação do esquema corporal, podem ser interpretadas do mesmo modo: a perda dos significados, embora se mantenha o uso dos significantes e suas relações de sentido.

3. Os testes realizados após desconexão cirúrgica dos dois hemisférios (ablação do corpo caloso ou comissurectomia) apoiam esta hipótese. Assim, quando estes indivíduos funcionam com a mão e campos visuais esquerdos (que se projectam no hemisfério direito) são extremamente hábeis a completar imagens ou copiá-las nas suas formas gerais, mas incapazes de organizar palavras ou signos elementares com algum sentido. Curiosamente, eles não conseguem descrever o que fizeram e chegam a negar que o tenham feito, tornando-se assim evidente que, na ausência dos significantes, tais experiências não são auto-conscientes. Se funcionarem apenas com o lado direito do corpo, as suas aptidões globais são muito mais frouxas e sempre veiculadas pelas palavras ou signos elementares. Assim, eles não só sabem, como têm necessidade de descrever as suas experiências para que elas tenham êxito, e delas se tornam auto-conscientes.

Para estruturar todo este arsenal de observações, podemos recorrer à distinção originária de Saussure e a partir dela formular as seguintes hipóteses:

1. Um dos hemisférios (habitualmente o esquerdo) especializa-se na produção e apreensão dos significantes, ou seja, da forma concreta dos signos, extensa e durável, bem como da relação entre eles: o seu sentido.

2. O outro hemisfério (habitualmente o direito) especializa-se na apreensão e produção dos significados, ou seja, o resultado dinâmico do uso dos signos que, em última análise, tem a ver com a dinâmica integrada do esquema corporal.

3. Enquanto uma boa adaptação ao mundo requer a integridade do hemisfério (direito) que processa os significados, a auto-consciência depende da integridade do hemisfério (esquerdo) que processa os significantes e sentido.

Assim se torna mais clara a distinção entre significante, significado e sentido. Resta porém a questão do referente, ou objecto concreto que o signo designa. Já vimos que um objecto pode também ser tomado como um significante (a garrafa de cerveja que se mostra ao empregado de mesa), e que um signo, por exemplo, o desenho de um objecto, pode ser ainda o referente de uma palavra. Então, se o referente é intermutável com os significantes, e tem portanto a mesma natureza que os outros signos, incluindo os verbais, em que é que difere deles?

Para esta questão são relevantes os estudos de Karwoski e sua equipa (1944), revistos por Charles Osgood (1953). Estes autores investigaram as respostas verbais a determinados estímulos em amplos grupos de indivíduos. Numa dessas experiências eram apresentados uma palavra escrita que designava um objecto comum, por exemplo 'garfo', o seu desenho ou ainda o próprio objecto. Perante todos estes estímulos, os indivíduos submetidos à experimentação respondiam, quer com uma palavra ligada a um objecto da mesma categoria lógica, por exemplo "faca", quer com uma alusão ao seu uso, por exemplo, "comer". No entanto, a primeira resposta estava tendencialmente mais ligada à apresentação da palavra, enquanto a segunda estava mais ligada ao objecto. O desenho que representava o objecto apresentava um resultado intermédio na tendência às duas respostas.

Na linha que temos defendido, a relação "garfo-faca" é uma relação entre signos ou objectos que pertencem à mesma categoria, portanto uma relação de sentido, enquanto que a relação "garfo-comer" é uma relação entre o objecto e o seu uso, portanto uma relação de significado (embora tal significado seja inevitavelmente expresso pelo signo verbal 'comer'). Podemos então concluir que o signo verbal, antes de chegar ao seu significado, suscita primeiro o seu sentido, ao passo que o objecto enquanto significante suscita directamente o seu significado. Também se constatou genericamente que as respostas do segundo tipo são um pouco mais lentas que as do primeiro. Este facto pode ter várias interpretações, uma vez que a expressão do significado também implica o recurso a um signo verbal. Uma das interpretações possíveis é, no entanto, que a procura do significado implique o acesso ao hemisfério contralateral, enquanto que a descoberta do sentido se processe num só dos hemisférios cerebrais.

Vemos assim que a discussão à volta destes conceitos não é uma simples polémica académica. Mas também não é uma mera curiosidade científica. De facto, ela pode trazer uma profunda mudança das perspectivas psicológicas e filosóficas clássicas que viam o psiquismo humano como um reflexo do mundo exterior que se elaborava a partir dos órgãos sensoriais. Porém, se o reconhecimento consciente dos objectos significantes se especializa através das mesmas estruturas que se habitam a produzir os signos da comunicação interpessoal, o conhecimento da realidade depende da forma como cada um de nós constrói e relaciona esses signos. Esta nova visão que se iniciou, na Europa, com a fenomenologia, sofreu as influências do interaccionismo norte-americano e é hoje explícita no movimento psicológico que se assume com o nome de *construtivismo*.

Sentidos conotativo e referencial no discurso do médico

Podemos assim assentar que, ao contrário do significado, cuja definição é complexa, mas que tem a ver com um comportamento, o sentido implica uma relação dos signos-significantes entre si, seja na sua ordem sintáctica – sentido estrutural – seja com os seus referentes possíveis – sentido referencial (ou denotativo) –, seja com os signos que formam o contexto – sentido contextual –, ou com os signos que exprimem mitos culturais – sentido conotativo. O sentido não é então o significado, mas é um modo de chegar ao significado, ou de o modificar.

Sendo pressuposto que o médico saiba falar a língua do doente, o **sentido estrutural** não oferece problemas de maior. Quanto ao **sentido contextual**, ele está bem definido na relação médico-doente. Estando, porém, ligado à metacomunicação, voltaremos ao assunto noutros capítulos. Já os sentidos conotativo e referencial merecem aqui uma pequena discussão. O primeiro, pela força que poderá ter na relação médico-doente, o segundo pela sua disponibilidade permanente, que pode evitar mal-entendidos.

A cultura popular está plena de mitos no que respeita à doença, à morte e à loucura. De algum modo se trata de assuntos sagrados, que não pertencem à vida profana dos cidadãos. A cultura contemporânea dessacralizada, com os seus ideais de assepsia, fornece ao cidadão comum os meios para que ele evite confrontar-se com estes assuntos. Mas a mesma cultura canaliza diariamente para nossas casas, através dos meios de comunicação social, em particular a televisão, os aspectos mais insólitos desses factos, tratados em geral apressadamente. E isso acaba por amplificar tais mitos, com a característica de serem rapidamente mutáveis de acordo com o "agenda-setting" dos noticiários.

É preciso saber, a cada passo, se o nome de uma doença, de um tratamento ou de um simples medicamento, foi notícia do dia nalgum dos noticiários dos dias anteriores. E isso para já não falar das doenças estigmatizantes: cancro, epilepsia, esquizofrenia e, agora, SIDA. Todo o cuidado é pouco na sua menção, pelos **sentidos conotativos** que despertam.

Pode ainda acontecer que o doente, perante o médico, esteja num estado de tensão emocional. Num tal estado, o doente está mais atento às mensagens que são significativas para esse estado (ou seja, que correspondem à expectativa dessa emoção), e o sentido conotativo será ainda mais explosivo. Com muita frequência, e perante a surpresa do médico, o doente, pressionado pela tensão emocional, retira algumas palavras do contexto e entende-as com um significado que vai alimentar a emoção presente, mas que é completamente diferente daquele que foi intencionado pelo médico. Essa é uma das razões porque o médico deve ser cauteloso nas suas explicações e prescrições e, antes delas, deve dar ao doente mais uma oportunidade para que se exprima, e assim descarregue a sua tensão emocional.

Finalmente, e sempre que o médico não encontre as palavras adequadas, ele pode recorrer aos **sentidos referenciais**. A imagiologia fez tais progressos, que o médico encontra sempre à sua disposição imagens que possa apontar, e com elas descrever o que se passará. O corpo do próprio doente é ainda um objecto referencial, e apontar para ele pode ser o melhor meio de clarificar as descrições mais ambíguas.

Bibliografia complementar

Sobre as teorias dos signos, v. Umberto ECO - *O Signo*, Ed. Presença, Lisboa, 1990. O exemplo de Morris está publicado em NATTIEZ J. J. - *Problemas e Métodos de Semiologia*, Edições 70, Lisboa, 1966, pp.31-41.

Outros livros úteis e acessíveis são: D. K. BERLO - *O Processo da Comunicação. Introdução à Teoria e Prática*, Martins Fontes, São Paulo, 1960; J. FISKE - *Introdução ao Estudo da Comunicação*, Ed. Asa, Porto, 1993; P. GUIRAUD - *A Semiologia*, Ed. Presença, 4ª. Ed., Lisboa, 1993; A. D. RODRIGUES - *Introdução à Semiótica*, Ed. Presença, Lisboa, 1991. Uma introdução às ideias de Peirce no que se refere aos signos pode encontrar-se em A. D. RODRIGUES - *Dimensões pragmáticas do Sentido*, Ed. Cosmos, Lisboa, 1996.

Sobre a definição de sintomas, sinais e síndromes, v. M. C. GOMES - *Lições de Propedêutica Médica*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1965. O artigo de WESIACK (1973) citado na bibliografia constitui um dos raros estudos sobre as noções de diagnóstico e de doença. Uma obra de referência sobre este tema, é constituída pelo livro de Michel FOUCAULT, *Naissance de la Clinique*, Quadrige / Presses Universitaires de France, 1963. Em apêndice (O Modelo Médico e a História Clínica), expõe-se o nosso ponto de vista sobre o raciocínio médico.

Sobre o conceito de informação, v. Joel de ROSNAY - *O Macroscópio. Para uma Visão Global*, Estratégias Criativas, V.N.Gaia, 1995, pp 159-188.

A literatura sobre o funcionamento assimétrico dos hemisférios cerebrais humanos é abundante. Mas enquanto o problema das afasias se pode encontrar em qualquer livro de texto, as lesões do hemisfério direito foram menosprezadas até muito recentemente. Pode-se contudo encontrar uma boa descrição em O. SAKS - *O Homem que Confundiu a mulher com um chapéu*, em particular a história que dá o título ao livro, pags. 23-64 da edição portuguesa. As anosognosias são também tratadas em A. R. DAMASIO - *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*, Europa América, 1995. As cingulectomias são tratadas em K. R. POPPER, J. C. ECCLES - *The Self and Its Brain - An Argument for Interactionism*. Routledge & Kegan Paul plc, London, 1983 e em M. S. GAZZANICA - *O Cérebro Social: À Descoberta das Redes do Pensamento*, Instituto Piaget, Lisboa, 1995. Sobre os processos de pensamento, v. PIO-ABREU - *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1994, pp. 121-168. Ver também Marvin MINSKY - *The Society of Mind*, Simon and Schuster, New York, 1986.

Exercícios

1. Faça uma colecção de signos diferentes, indicando o paradigma (ou sub-paradigma) a que cada um deles pertence. Tente classificá-los na sua relação com o referente, segundo as propostas de Peirce.

2. Pegue numa palavra, por exemplo 'árvore' e considere o seu significado. Junte-lhe outros significantes de modo a mudar-lhe o sentido. Considere a mudança de significados que assim conseguiu obter.

3. Considere um conjunto de sintomas e sinais e descubra as regras (o sintagma) que lhe podem dar o sentido indicativo de uma doença do quadro nosológico.
4. Considere um esquema diagnóstico, ou seja, um diagnóstico principal e um conjunto de diagnósticos diferenciais. Tente explicitar as regras que lhe permitem confirmar o diagnóstico principal.
5. Repita o exercício anterior, tomando um diagnóstico diferencial como diagnóstico principal, e associe-lhe um novo conjunto de diagnósticos diferenciais. Numa folha de papel pode assim organizar um mapa de esquemas diagnósticos.
6. Considere o nome de uma doença com um forte sentido conotativo e verifique se existe alguma designação alternativa.
7. Enquanto raciocina, verifique as zonas onde se concentra a tensão muscular (lábios, maxilares, mão direita). Carregando sobre os globos oculares, pode ainda verificar como qualquer raciocínio se acompanha de pequenos e irregulares movimentos dos olhos. Verifique quanto o raciocínio se torna difícil se mantiver estas zonas descontraidas e imóveis. Descubra a razão destes factos.

Capítulo 3
Interação e comunicação não verbal

I - Introdução histórica e teórica

A Escola de Palo Alto

Paralelamente aos estudos linguísticos, foi-se desenvolvendo, nos Estados Unidos, a partir dos anos 50, uma corrente que estuda a comunicação em termos globais. A principal referência desse movimento é Gregory Bateson, um biólogo que se iniciou, com Margaret Mead, nos estudos de Antropologia. Em 1942 toma conhecimento dos conceitos nascentes da cibernética e teoria geral dos sistemas, e decide aplicá-los aos seus estudos. Mais tarde dedica-se ao estudo da comunicação patológica em doentes psiquiátricos para, finalmente, aplicar os seus conceitos à comunicação entre golfinhos.

Uma das vantagens, mas também uma das dificuldades desta corrente, foi manter-se à margem das disciplinas académicas reconhecidas pela Universidade. Tal como o percurso de Bateson o mostra, as suas investigações são, eminentemente, interdisciplinares. Tiveram um grande impacto público, mas nem sempre encontraram consenso numa comunidade científica. Outras referências são Ray Birdwistell, Edward Hall e Erwin Goffman pelo lado da Antropologia, e Milton Erickson, Don Jackson e Albert Scheflen pelo lado da Psiquiatria. Um dos pontos altos desta corrente foi a fundação, em 1959, do *Mental Research Institute* de Palo Alto, na Califórnia, que se constituiu precursor das terapias familiares. Um outro foi a publicação, por Paul Watzlawick, Don Jackson e Janet Beavin, em 1967, do livro *Pragmatics of Human Communication - A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, onde as ideias de todo este grupo encontram a sua melhor sistematização.

Ao contrário dos linguistas e semióticos, que partiram do estudo das mensagens já constituídas na forma de obras culturais, esta corrente centrou-se nos próprios processos de comunicação, se possível em estado nascente, fossem eles de povos primitivos, de animais, de grupos marginais ou de pessoas comuns. Trata-se então de uma comunicação não necessariamente auto-consciente⁵, mas que por isso mesmo parece preceder, senão dirigir, a comunicação verbal. O seu objecto é pois um fenómeno complexo, que resulta da interacção entre seres vivos (mas que pode generalizar-se a todos os sistemas abertos) e que inclui a sua relação. As designações de comunicação não verbal, como é frequentemente entendida, ou de comunicação expressiva, como é designada por Lucien Sfez (1991), parecem insuficientes para designar o seu âmbito. De facto, ela foi intencionada para abranger toda uma teoria geral da comunicação. O que está ainda por fazer.

Assim, todo este grupo de investigadores acabou por se aproximar dos estudos linguísticos, tentando, por exemplo, conceber os elementos da comunicação mímica e

⁵A comunicação não verbal põe frequentemente em jogo automatismos condicionados do tipo estímulo-resposta. Alguns teóricos da comunicação, com formação linguística, estariam dispostos a contestar o carácter sógnico dos estímulos não conscientes e, eventualmente, produzidos sem intenção comunicativa. Esta posição é, porém, redutora, uma vez que excluiria numerosos índices e ícones que regulam, de facto, o nosso comportamento. Por outro lado pode-se por em dúvida se a emissão de palavras na conversação normal será sempre auto-consciente e intencional. Como resulta deste capítulo e do anterior, a questão deve ser invertida, considerando-se que a comunicação é prévia à auto-consciência. Em todos os sistemas abertos, o facto comunicativo existe à partida. Da interacção comunicativa nascerá a consensualidade sobre os signos (a sua pontuação consensual), e só depois deles estabelecidos se poderá formar a actividade consciente e intencional.

postural (quinemas) à semelhança da estrutura da língua. Noutros casos foi a teoria dos níveis lógicos que orientou o estudo dos paradoxos e dos diversos níveis (conteúdo e relação) da comunicação. O conceito mais conhecido da escola de Palo Alto – o *double bind* – baseia-se neles. Outras noções nascidas da teoria de Shannon, em particular a de *redundância*, foram também trabalhadas por este grupo de investigadores.

Os axiomas da interacção (Watzlawick).

No livro já citado, Watzlawick expõe as bases desta teoria sob a forma de 5 axiomas. Vamos enunciá-los e esclarecê-los sumariamente, já que adiante voltaremos a falar deles.

1º. axioma: *Não se pode não comunicar.*

Este axioma, assim definido para os seres humanos, estabelece o âmbito alargado dos estudos de Palo Alto, que não se circunscrevem à comunicação linguística ou intencional. De facto, qualquer comportamento que seja apreendido por um receptor pode ser por este entendido com um significado, e é, portanto, uma forma de comunicação. E também a simples presença de uma pessoa pode ser uma forma de comunicação, mas a sua ausência inesperada será ainda uma mensagem com maior significado. No mínimo, uma pessoa terá de comunicar que não quer comunicar, o que constitui um paradoxo que aprisiona quem queira fugir da comunicação. Segundo os estudos iniciais do grupo de Palo Alto, é deste paradoxo que os esquizofrénicos seriam vítimas.

Com efeito, as estratégias de evitamento da comunicação passam por procedimentos que se assemelham ao dos indivíduos psicóticos. **Rejeitar**, em poucas palavras, a comunicação, é difícil e pouco eficaz. Mais eficaz será a **desqualificação** da comunicação (falar uma língua não conhecida, fugir ao tema, dizer coisas laterais) ou então apresentar um **sintoma** (dor de cabeça, sonolência, postura bizarra).

2º. axioma: *Toda a comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto de relação, tais que o segundo classifica o primeiro e é, portanto, uma metacomunicação.* Este segundo axioma coloca a questão da comunicação não constituir um processo linear e sequencial, mas ser uma permuta de mensagens simultâneas em diversos canais a vários níveis. Aqui são definidos, pelo menos, dois níveis: o dos **conteúdos** e o da **relação**. Este último inclui a função metalinguística de Jakobson, mas alarga-a para todo o contexto da relação. De facto, os significados das mensagens, mesmo das palavras bem codificadas nos dicionários, podem ser diferentes quando se muda de um para outro tipo de relação, como por exemplo de uma relação familiar amistosa para uma relação hierarquizada de trabalho.

Do mesmo modo, a prática habitual da comunicação no contexto de uma relação mais próxima, como ocorre numa família ou numa amizade íntima, modifica frequentemente o significado das palavras ou cria novos significantes e significados. É lícito conceber que todos os signos tenham resultado da interacção humana ao longo da sua história, o que constitui, no fim de contas, a relação. É então este nível, alargado ao próprio contexto ambiental da relação, que define e classifica, em cada momento, o nível da troca corrente de mensagens. Nesse sentido se pode falar de um nível superior à comunicação corrente, o nível metacomunicativo.

A consideração destes dois níveis de comunicação coloca alguns problemas interessantes. Um deles é a possível contradição do significado das mensagens veiculadas por cada um dos níveis, caso este em que a comunicação se torna **paradoxal**.

Por outro lado, é ao nível metacomunicativo que o emissor recebe o *feed-back* das mensagens que envia ao nível dos conteúdos. Assim, por gestos, expressões, sussurros ou respostas verbais, o seu interlocutor pode: 1) **confirmar** a locução e o seu direito de emitir opiniões; 2) **rejeitar** as suas opiniões; 3) **desconfirmar** o seu papel de emissor de opiniões. Das três alternativas, é esta última a que tem efeitos mais devastadores sobre o emissor. De facto, mesmo quando as suas opiniões são rejeitadas, o emissor apercebe-se, pelo menos, de que elas foram consideradas, e que portanto ele tem o direito de as emitir. Mas a desconfirmação passa por cima das opiniões do emissor, como se elas não tivessem existido, e ele próprio se sentirá excluído e apagado.

3º.axioma: *A natureza de uma relação está na contingência da pontuação das sequências comunicacionais entre os comunicantes.*

As evidências que levam a este axioma têm a ver com o facto de qualquer sequência comunicacional, ou mensagem, ter significado diverso de acordo com os cortes, ou pontuações, que nela se executarem: a separação entre palavras e frases, a extensão do gesto que se considera significativa, ou o conjunto das imagens que se devem considerar como parte da comunicação. Estas pontuações são geralmente acordadas nos códigos. Mas, por um lado, os códigos podem não prever todas as pontuações necessárias; por outro lado, os interlocutores podem não se submeter aos mesmos códigos. Em caso de conflito, a pontuação, e portanto a interpretação da mensagem, é privilégio de quem a recebe. Se este assunto (que é um tema metacomunicativo) não for discutido, serão goradas todas as intenções do emissor.

Para além da pontuação das próprias mensagens, toda a sequência dos lances comunicativos pode também ser pontuada, de modo a saber qual é o lance comunicativo que precede o outro, e que portanto é a sua causa. Trata-se aqui de um problema semelhante ao de saber quem nasceu primeiro, se o ovo ou a galinha. Por mais que seja óbvia a causalidade circular, num relacionamento inter-pessoal conflituoso, como numa sequência de insultos ou noutra disputa, cada interlocutor pontua a sequência comunicacional à sua maneira, atribuindo a causalidade ao outro. Desta diferente pontuação resultam, naturalmente, diferentes visões dos acontecimentos (Watzlawick, 1981), do mesmo modo que, se taparmos intermitentemente o ouvido, não ouviremos a mesma melodia que o nosso vizinho do lado.

4º. Axioma: *Os seres humanos comunicam digital e analogicamente. A linguagem dígita é uma sintaxe lógica sumamente complexa e poderosa mas carente da adequada semântica no campo das relações, ao passo que a linguagem analógica possui a semântica mas não tem uma sintaxe adequada para a definição não ambígua da natureza das relações.*

O quarto axioma põe em evidência a distinção entre comunicação digital e analógica. Esta distinção usa-se hoje em vários ramos da comunicação e tecnologia informativa. Em termos gerais, podemos considerar como comunicação digital aquela que é veiculada por mensagens discretas, e portanto descontínuas, e como comunicação analógica aquela que é contínua (Bateson, 1987). Numerosos exemplos mostram que só a primeira pode ser submetida a uma reorganização orientada por regras, ou seja, uma codificação, da qual resulta um determinado sentido, enquanto que a segunda tem um significado intuitivo mas que pode ser ambíguo, por dificuldade de codificação consensual. As mensagens digitais correspondem assim aos símbolos, na classificação de Peirce, enquanto as mensagens analógicas se aproximam mais dos ícones e, sobretudo, dos índices.

A oposição entre o digital e o analógico, embora conceptualmente útil, não é absoluta. De facto, todas as mensagens analógicas acabam por ser, de uma maneira ou de outra, pontuadas pelo receptor, convertendo-se portanto em digitais. E também estas podem ser transformadas em analógicas. Na prática da comunicação humana, as mensagens digitais estão mais adaptadas ao nível dos conteúdos, enquanto que as mensagens analógicas são mais importantes na relação. Perante uma ambiguidade da relação, ela pode ser redefinida verbalmente, usando-se então uma linguagem dígita, com a qual, no entanto, a relação perde o significado que possuía. Mas também se podem transmitir conteúdos de um modo analógico, embora assim se perca alguma informação.

5°. Axioma: *As permutas comunicacionais são simétricas ou complementares, segundo se baseiem na igualdade ou na diferença.*

As noções de complementaridade e simetria são conceitos geométricos, ligados a formas espaciais. Seguindo a ideia original de Gregory Bateson, Watzlawick aplicou-os aos comportamentos resultantes da comunicação (que, por sua vez, resulta do comportamento do emissor). Ora, os comportamentos são mudanças de formas, mais ou menos padronizadas, que se desenvolvem em sequência temporal, e onde os conceitos geométricos não se aplicam facilmente. Watzlawick resolveu o problema, recorrendo aos conceitos mais genéricos de igualdade e diferença de comportamentos. No entanto, estas noções requerem definições mais rigorosas (P. Abreu, 1993: 61-63).

Apesar da falta de rigor, compreende-se intuitivamente o que é um comportamento complementar ou simétrico. Assim, se à agressividade de uma pessoa, a outra responder com passividade, ou se à dominância se responder com submissão, tratar-se-á de **complementaridade**. Se à agressividade se responder com agressividade, ou a submissão despertar submissão no interlocutor, tratar-se-á de um comportamento **simétrico**. Assim generalizadas, estas noções podem ser aplicadas a qualquer tipo de comunicação, não só entre seres humanos, mas também entre grupos sociais, entre animais, células, moléculas ou átomos. Elas permitem o estudo da comunicação sem necessidade de conhecer as mensagens trocadas, e explicar diversos fenómenos, entre os quais, o estabelecimento e o rompimento de relações.

Deste modo, enquanto as comunicações simétricas levam à igualdade dos interlocutores, que se relacionam pela partilha de aspectos comuns, mas que tendem a competir, e assim romper a relação, as comunicações complementares levam à cooperação entre os interlocutores que, no entanto, tendem a tornar-se diferentes e a separarem-se por nada mais terem em comum. Os relacionamentos saudáveis e flexíveis tendem a equilibrar a simetria com a complementaridade.

II - Comunicação não-verbal na relação médico-doente

Comunicação analógica e digital

A comunicação verbal processa-se, tipicamente, e tal como num jogo (trata-se, de facto, de um jogo de linguagem), por lances em que os interlocutores se alternam como emissores e receptores. Para além disso, eles devem falar a mesma língua, ou seja, partilham os códigos das suas mensagens e estão de acordo sobre as regras da língua e da conversação. Um dos acordos indispensáveis diz respeito à pontuação das mensagens, ou seja, ao ponto onde uma palavra se separa da outra, ou uma frase de outra frase. E isto quer falem em português, russo ou chinês, ou mesmo numa outra língua inventada, em código morse, em linguagem gestual (de surdos-mudos) ou, se tal fosse praticável, em linguagem-máquina de computadores (emitindo apenas os bits necessários, mas partilhando as regras da sua combinação).

Todas estas formas de comunicação têm a característica de as suas mensagens serem descontínuas ou discretas: os signos são enviados e recebidos um a um, mas o receptor deve-os depois combinar segundo as regras codificadas, para reconstituir o significado intencionado pelo emissor. As múltiplas informações assim emitidas podem depois combinar-se de várias maneiras e segundo regras definidas (as regras sintácticas e semânticas) até chegar à comunicação de conceitos complexos e abstractos, sem ambiguidade na sua interpretação. Por seu turno, os signos são apenas convencionados, ou seja, não necessitam de ter alguma relação com aquilo que designam, nem de incorporar em si qualquer significado para além do que é convencionado: constituem **símbolos**, na acepção de Peirce. Uma condição é porém necessária: que se saiba, exactamente, onde começa e onde acaba qualquer signo dessa comunicação, ou seja, estas mensagens são necessária e consensualmente pontuadas.

Por isso, toda esta comunicação se pode entender como digital, no sentido de Bateson e Watzlawick. E isto é verdade, não só para a linguagem verbal, mas também para um sem número de outros tipos de comunicação, como aquela que as novas tecnologias incorporam na transmissão do som pelos "Compact-DisK", na comunicação interna dos computadores ou nas modernas televisões.

Porém, a comunicação humana não é apenas verbal. A mímica e o olhar, a postura e os gestos, o tom de voz e os silêncios, a distância, o toque e o contacto corporal, o vestuário e arranjo pessoal, os odores e o próprio ambiente, são outras formas de comunicação que se tem descrito genericamente por "comunicação não-verbal". Ela caracteriza-se pelo facto de não existirem, em princípio, regras para a sua codificação. Nem poderiam existir porque, à partida, esta comunicação não é pontuada: não se pode saber onde acaba um signo e começa outro. Por isso se pode dizer que se trata de uma comunicação contínua, sendo esta continuidade que, de acordo com Bateson (1987), a define como analógica.

A comunicação analógica foi também usada nos instrumentos primitivos de comunicação, desde as primeiras calculadoras e computadores, até aos discos de vinílico e instrumentos médicos, como os termómetros de mercúrio. A tecnologia da imagem, embora recentemente evolua para a digitalização, ainda incorpora os elementos analógicos ligados à maior ou menor influência da luz sobre os sais de prata da emulsão fotográfica. Em todos estes casos existe alguma continuidade que não se pode pontuar: o escurecimento dos sais de prata está num contínuo com a luminosidade, as características do som estão ligadas ao relevo dos discos, a intensidade da corrente

eléctrica é proporcional aos seus efeitos, a coluna do termómetro de mercúrio sobe mais quanto maior for a temperatura. Assim, todas estas mensagens se podem captar intuitivamente, e têm um significado imediato, mas pode existir alguma ambiguidade na sua interpretação.

De facto, a interpretação do material analógico depende sempre da disposição do receptor, e em particular do modo como ele pontua as mensagens (3º. axioma de Watzlawick). Olhando para a coluna de mercúrio pode-se dizer se o doente tem muita ou pouca febre, mas não exactamente quanto se tem, nem se pode comparar com o mesmo doente noutra altura ou outros noutras circunstâncias. Estas últimas constatações dependem da experiência que o médico tem do uso do termómetro, e do modo como ele a costuma avaliar. Mas outro médico, com diferente experiência e pré-disposição, poderá fazer outras interpretações. Para evitar as interpretações divergentes, se costuma apor uma escala graduada sobre a coluna de mercúrio. Mas isso já implica estabelecer uma pontuação consensual sobre o material analógico.

Se no termómetro analógico se pode apor a escala graduada, consensual, o mesmo não acontece com outras mensagens analógicas, e muito menos com a comunicação não-verbal. Isso não quer dizer que o receptor não tenha de fazer as suas pontuações, para as poder avaliar. Só que essa pontuação depende em larga medida da sua predisposição. Um determinado gesto, um som mais forte, um toque corporal, pode ter um significado imediato para cada um de nós, mas cada um de nós também o avalia como lhe aprouver. Do mesmo modo, numa fotografia, numa pintura, num filme ou numa cena da vida diária, cada um pode ver nela o que quiser, e deste modo fazer uma interpretação divergente. Embora o significado seja imediato e irrecusável, nas mensagens analógicas, a ambiguidade é sempre possível.

A arbitrariedade da pontuação das mensagens analógicas não é, contudo, absoluta. Este tipo de comunicação, não só é mais eficaz, como precede, na ontogénese e filogénese da comunicação humana, a comunicação verbal. Pode pois existir um acordo implícito, senão um código com suas regras, embora não necessariamente explícito, mas partilhado pelos seres humanos, na comunicação emocional através da expressão mímica e postural, nas trocas de olhares, na gestão das distâncias. Algumas ciências recentes, como a *quinésia* (estudo da comunicação através dos movimentos expressivos e gestuais) ou a *proxémica* (estudo das distâncias inter-individuais) têm tentado explicitar estes códigos e suas variações culturais. Alguns outros códigos, como as regras de comportamento e etiqueta, são explícitos em determinados contextos culturais, e são ensinados durante a educação dos seres mais jovens. Sempre que estes comportamentos se tornam repetitivos na interacção, pode-se falar de um ritual social, e neles encontrar signos cuja pontuação e regras possam ser explicitadas.

Os rituais são pois uma forma de comunicação intermédia entre a analógica e a digital. Muitas outras destas formas intermédias invadiram a comunicação social, desde a publicidade aos filmes, à banda desenhada e às edições iconográficas, que são objecto da semiótica contemporânea. Mas também o resultado da reorganização das mensagens digitais se transforma em mensagens analógicas, como pode ocorrer no ecrã dos nossos computadores ou nos altifalantes que nos transmitem a música inscrita nos "bits" discretos de um "Compact Disk". Certas figuras linguísticas, como as **metáforas** e as **metonímias**, se aproximam também da comunicação analógica. Tal como aquelas figuras, a comunicação analógica está mais perto dos **ícones** e dos **índices**, do que dos símbolos, no sentido definido por Peirce.

A oposição digital/analógico é pois uma referência teórica que na prática actual é transgredida a cada momento. Contudo, ela justifica-se pela sua antinomia funcional: a comunicação analógica tem um significado imediato e inevitável, mas ambíguo e insusceptível de elaboração complexa; a comunicação digital permite uma maior informação que se pode elaborar de um modo complexo e flexível, sem ambiguidade, mas mais distanciada do seu significado. A comunicação moderna, cada vez mais eficaz, balanceia as duas formas de acordo com os seus desígnios. Na comunicação inter-pessoal, esse balanço processa-se através da combinação entre a comunicação verbal e não-verbal.

Signos analógicos e digitais na clínica médica.

A informação de que o médico dispõe para o conhecimento dos seus doentes é, maioritariamente, analógica. Tal como a coluna de mercúrio indica febre elevada, a maior palidez das conjuntivas é um sinal da maior ou menor anemia, as dores cólicas podem indicar espasticidade intestinal, o rubor localizado está na continuidade da inflamação. Se estes sinais e sintomas se aparentam aos índices, os ícones também estão presentes através das radiografias e todos os meios imagiológicos recentes. O significado de todas estas informações pode ser imediato e intuitivo, pelo que qualquer pessoa se sente com capacidade de os entender. Contudo, estes significados podem ser ambíguos, dando origem a múltiplas credices sobre as doenças. No meio destas credices, os nomes que atribuímos a sintomas e diagnósticos (cujo referente, já o sublinhámos, é enigmático), são transformados em coisas concretas que pululam o imaginário leigo.

Todo o esforço da ciência médica é estabelecer a pontuação consensual destes signos, e com eles formar uma linguagem que apoie o raciocínio clínico. *Temperatura sub-febril, febre e hipertermia*, são pontuações sucessivas, mas com diferentes significados médicos, para o calor do corpo, que se podem pôr em relação com a graduação de um termómetro de mercúrio. Tradicionalmente, usavam-se objectos vulgares ou naturais para definir esta pontuação. É assim que se pode falar de uma pápula do tamanho de *uma moeda*, de uma massa quística do tamanho de *um ovo de pomba* ou de uma rigidez *em cano de chumbo*. Os procedimentos laboratoriais e imagiológicos recentes, com tecnologia digital, permitem medidas mais rigorosas; contudo, a validação destes procedimentos consiste exactamente em pontuar estas medidas, ou seja, em definir os valores a partir dos quais um resultado apresenta significado patológico.

Assim, da pontuação das mensagens analógicas, cujo significado é imediato, resultam elementos digitais, a que se dá um nome e, como tal, passam a constituir informação que se pode relacionar e comparar entre si, através de uma sintaxe partilhada pelo raciocínio médico. Os curiosos efeitos desta pontuação podem-se exemplificar no trabalho cirúrgico. Um ferimento grave numa pessoa que encontramos tem um significado imediato e irrecusável, traduzido num efeito emocional que nos dificulta a sua manipulação. Mas basta a introdução de um campo operatório (uma toalha com uma janela a meio) para que a ferida se destaque da pessoa que a sofre, e ela apareça ali, distante das emoções, como um signo já digitalizado e nomeado, de tal modo que a poderemos considerar friamente, e assim proceder à sua exploração, dissecação, limpeza e sutura.

Níveis de conteúdo e relação

A comunicação verbal sempre se refere a alguma coisa, seja ela um referente (função descritiva, que envolve a 3ª. pessoa), o próprio emissor (função expressiva, ligada à primeira pessoa) ou o receptor (função injuntiva, ligada à segunda pessoa). Por isso se diz que ela veicula conteúdos, sendo estes entendidos como os objectos a que ela se refere. Mas vimos já que, para além disso, a comunicação – mesmo a comunicação verbal – também serve a relação entre emissor e receptor, casos estes que envolvem a função fática e metacomunicativa. Podemos então falar num nível de conteúdo e num nível de relação. Só que ao nível da relação está mais adequada a comunicação não verbal, analógica na sua natureza, e metacomunicativa na sua função.

Assim, o receptor da comunicação, por exemplo, um médico que ouve o seu doente, costuma emitir certos sinais confirmantes da recepção e entendimento das mensagens, como o olhar interessado, acenos de cabeça ou vocalizações ("Hum hum" ou "sim"). Estes comportamentos, bem como algumas perguntas a propósito, estão dentro das expectativas do emissor, **confirmam** o seu papel e incitam-no a continuar. São pois recebidos pelo emissor como uma retroacção que mantém o seu comportamento (*feed-back* positivo). Enquanto assim for, existe confirmação da relação presente, que poderá continuar nos mesmos termos.

O médico poderá, no entanto, **rejeitar** a comunicação, com expressões de desconfiança ou verbalizações que ponham em causa as opiniões emitidas. Tal facto não levará a que o doente desista do seu papel. Na melhor das hipóteses desenvolver-se-á uma discussão argumentativa que reforçará as opiniões contraditórias de cada um. Na pior das hipóteses, o doente desistirá da conversa... e do médico. De facto, um modo de relação que se rejeita ou que está mal definido, levará a uma discussão verbal que não tem outro sentido senão definir a relação com menos ambiguidade. Trata-se de um dos casos onde a comunicação digital deixa de servir o nível dos conteúdos para servir o nível da relação. Tal é o sentido da maior parte das discussões conjugais, mas espera-se menos que isso aconteça em relações culturalmente bem definidas, como é a relação médico-doente.

Sempre que se queira alterar o comportamento do doente na relação com o médico, e isso pode ser necessário para desfazer um rosário de queixas irrelevantes ou para desorganizar o papel de "coitadinho" que alguns doentes, com tendência à hipocondria, assumem, será mais eficaz **desconfirmar** essa relação. Este recurso pode obter-se de diversas formas, quer verbalmente (perguntas fora do tema) quer de um modo não verbal (mostrando atenção por outro assunto, eventualmente constante do processo do doente). A desconfirmação pode ser devastadora para a personalidade da sua vítima, quando usada sistematicamente no contexto familiar ou noutra contexto onde ela permaneça. Tal não é o caso de uma consulta médica, onde este procedimento pode ser pontualmente útil para desorganizar uma relação que se tornou inadequada.

Se o receptor emite sinais não verbais, ligados à relação, o mesmo acontece com o emissor. Já vimos que esses sinais conferem sinceridade à função expressiva da linguagem. Mas também podem conferir maior significado às descrições, enquanto que a função injuntiva pressupõe mesmo determinadas entoações da voz. Assim constituída por mensagens analógicas, a comunicação não verbal confere maior significado às informações verbais, e solidifica a relação. Quando, porém, usada em excesso, podendo

então sobrepor-se ou substituir a comunicação verbal, pode tornar-se ambígua ou inconsistente com o nível dos conteúdos.

Comunicação paradoxal

Nalguns casos, a comunicação não verbal, do nível da relação, pode ser contraditória com o nível dos conteúdos verbais, levando então à comunicação paradoxal. O paradoxo ocorre sempre que os dois níveis (relação e conteúdo) são contraditórios entre si. Assim, afirmar um bom prognóstico da doença pode ser desmentido pelo ar preocupado do médico. Reiterar a intenção de apoio pode ser contraditado pelo despacho agressivo do médico hiper-ocupado. Evitando o paradoxo, os doentes podem revelar maior aptidão a descodificar as mensagens não verbais, tomando os conteúdos verbais como mentirosos. Mas se forem apanhados pelo paradoxo, pode seguir-se uma discussão metacomunicativa, feita de conteúdos laterais, que não tem outro sentido senão exprimir a perplexidade impotente do doente, e prolongar a relação até que o paradoxo se desfça.

Os sentimentos contraditórios podem levar à comunicação paradoxal, causando uma tensão perplexa no receptor que não encontra uma saída (uma resposta) para tal comunicação, e assim se tornará prisioneiro dela. É por isso que muitas pessoas neuróticas mantêm colados a si os seus familiares e circunstantes, embora estes se sintam mal em tais relacionamentos. Beck chamou-lhes "personalidades psico-tóxicas". Se o médico se sentir com problemas deste tipo, deve resolvê-los antes de entrar na clínica, ou então desistir de a praticar. Alguma abnegação e crença nas suas capacidades terapêuticas, são requisitos da actividade clínica. Relacionamentos aos quais falta sinceridade, prejudicam-na.

Os efeitos da comunicação paradoxal são um desafio, tanto para os estudiosos da lógica, como para os psicoterapeutas. Por isso, os paradoxos têm levado a numerosos estudos num e noutro campo. Os paradoxos mais conhecidos são aqueles que se podem exprimir de um modo puramente verbal, como o do mentiroso ("Eu minto": **se é verdade** que eu minto, agora não estou a mentir, e **portanto não é verdade** que eu minto; **se não é verdade** que eu minto, agora estou a mentir, e **portanto é verdade** que eu minto). Tal como este, tem-se descoberto que os paradoxos verbais, embora aparentemente pertençam ao nível da comunicação de conteúdos, pertencem, de facto, ao nível metacomunicativo da relação, e daí retiram o seu sentido contraditório. Assim, o mentiroso, enquanto se descreve sinceramente como mentiroso (nível dos conteúdos), está também a definir, no contexto da relação, o modo como as suas palavras devem ser classificadas e interpretadas (que é mentira que ele seja mentiroso).

A linguagem quotidiana está cheia de paradoxos deste tipo. Por exemplo, quando se diz a alguém: "Você deve fazer tal coisa, mas não é a mim que me compete dizê-lo", (Jay Halley, 1966: 109) o emissor (1) define o que deve ser feito no contexto daquela relação e, simultaneamente, (2) nega, ao nível dos conteúdos, que seja ele a definir o que deve ser feito. Do mesmo modo, se se pedir a outra pessoa para ser espontânea, ela nunca o conseguirá ser, porque a sua espontaneidade será forçada pelo pedido. A hipnose moderna, como muitas outras psicoterapias, está repleta de comunicações paradoxais (Malarewicz, 1990). Por exemplo, quando, numa relação em que o poder e o saber estão previamente definidos como pertencentes ao emissor, se diz a um receptor para não fazer com que a sua mão suba no ar, mas depois se diz que a mão vai subir no ar, está-se a fazer um injunção contraditória que aumenta a tensão perplexa do receptor, e cuja resposta não pode ser outra senão a levitação involuntária da mão.

Para além dos usos subtis e complexos da comunicação paradoxal, que são assunto especializado das psicoterapias, uma outra referência pode ser útil. Trata-se de "prescrição do sintoma", que pode ser usada sempre que se suspeite que um doente usa determinado sintoma, que resiste a todas as práticas terapêuticas, para desafiar a competência do médico e assim manter o seu poder sobre ele. Pode tratar-se de uma dor atípica, de gritos ou choros involuntários, de ataques ou desmaios, de consumo compulsivo de alimentos, de um tique, ruborização ou pigarreio persistente. Em qualquer destes casos, o médico pode pedir ao doente que use qualquer estratagema para agravar o seu sintoma (se daqui não resultarem consequências nefastas). Perante isso, o doente tem duas saídas: ou obedece, agravando o seu estado, mas perdendo a relação de poder que tem sobre o médico, e portanto o sentido do seu sintoma (se a avaliação do médico tiver sido judiciosa); ou mantém a desobediência, acabando por melhorar, que é o que se espera da competência do médico.

Proxémia

Já vimos que um dos processos de comunicar sobre a relação tem a ver com a gestão das distâncias entre os interlocutores. Tal processo estende-se à relação entre os animais e, no caso do Homem, está muito ligado à cultura. É pois um assunto da Etologia mas também da Antropologia Cultural, que tem sido estudado numa nova disciplina que dá pelo nome de Proxémica. A partir da proposta de Edward Hall (1959: 133-148), os especialistas estão de acordo na definição de 4 distâncias habituais:

Espaço íntimo: até 40 cm., só tolerado em relação às pessoas com quem se mantém uma relação de intimidade. Sempre que a distância inter-pessoal transgride este espaço, a situação torna-se instável, existindo tendência para a aproximação ou para o afastamento.

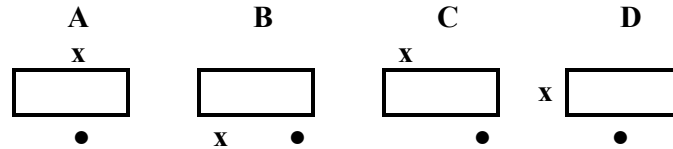
Espaço inter-pessoal: entre 40 cm. e pouco mais de um metro, constituindo o espaço ideal para se ter uma conversa ou trocar impressões amigavelmente e com alguma proximidade, sem no entanto invadir a intimidade. Pode existir ou não uma mesa interposta.

Espaço social: entre 2 e 3 metros, constituindo o espaço ideal para um relacionamento formal, socialmente definido, ou que implique relações de poder entre os interlocutores.

Espaço público: superior a 4 metros, e adequado a um discurso ou conferência para um determinado público.

A relação médico-doente ocorre no espaço inter-pessoal. Contudo, pode acontecer que o médico tenha de transgredir o espaço íntimo, provocando algum desconforto no doente. A interposição de instrumentos médicos pode atenuar o desconforto devido aos procedimentos invasivos. De qualquer modo, é necessário que o médico esteja avisado dos efeitos relacionais que esta transgressão pode implicar.

Outro aspecto relevante tem a ver com a orientação e posição relativa do médico e doente. O sentido etimológico de *clínica* tem a ver com a posição do médico à cabeceira do doente. Contudo, na actividade clínica moderna, centrada na consulta, médico e doente sentam-se geralmente em redor de uma secretária. A sua posição relativa não é porém irrelevante.



A figura junta, retirada de Hargie *et als.* (1995: 56) mostra algumas posições possíveis. Parece óbvio que as posições B e C, a primeira mais adequada a um trabalho cooperativo, a segunda a uma acção de duas pessoas que não querem interferir uma com a outra, não são as usuais na relação médico-doente. Restam as posições A e D. A primeira, frequentemente usada em situações de avaliação ou competição, pode estimular uma interacção competitiva. Resta pois a posição D que, numa situação intermédia entre a avaliação e a cooperação, se adequa à relação médico-doente. De facto, a orientação oblíqua, que faz um ângulo entre 90 e 180 graus, é aquela que mais se aproxima da posição clínica original, e permite uma conversação face a face que mantém algum espaço de liberdade entre os interlocutores. Em instituições hospitalares foi claramente demonstrado que esta posição tinha vantagem, em relação a todas as outras, na facilitação das interacções verbais entre os utentes (Hall, 1959: 128).

Estes exemplos servem apenas para mostrar como se pode tirar partido da gestão do espaço para definir a relação. Há que ter em conta muitos outros elementos ambientais, e não existem regras fixas. São possíveis muitas outras variantes, mas a escolha de qualquer uma delas não é inocente no relacionamento que implica.

Simetria e complementaridade

Quando um pequeno grupo de pessoas, por exemplo uma família ou uma equipe de trabalho, interage sistematicamente, verifica-se, ao fim de algum tempo, que o comportamento de cada um dos seus elementos tende a reorganizar-se em dois sentidos:

Por um lado, cada um deles tende a especializar-se em determinadas funções, que cooperam para os objectivos do grupo, e assim a tornar-se diferente dos outros. É este facto que permite a coesão dos elementos do grupo, que se tornam interdependentes e cooperantes, mas com o risco de acabarem por se desligar em virtude de se tornarem tão diferentes que não partilham já nada de comum.

Por outro lado, eles tendem a tornar-se iguais em determinados aspectos, como nos temas que valorizam ou na aparência exterior, criando um sentimento de identidade grupal e assim se discriminando dos grupos exteriores. O risco deste processo é a competição, que pode levar à luta inter-pessoal por determinadas posições, e assim desfazer a coesão do grupo.

Estes processos, que se têm de equilibrar para manter a relação coesa do grupo, foram designados por Bateson (1987) como **complementaridade** e **simetria**. Eles ocorrem em qualquer relação, nem que seja apenas de duas pessoas. E também se podem aplicar, não só à interacção entre pessoas, mas ainda à interacção entre grupos, organizações e comunidades, ou mesmo à interacção entre células e moléculas. Tanto a complementaridade como a simetria estimulam o comportamento de cada um dos interlocutores, e portanto a comunicação, até que ocorra desinteresse ou luta. Podem pois considerar-se como retroacções positivas (que correspondem respectivamente à confirmação ou à rejeição da relação). Contudo, quer a desconfirmação da relação, como a transformação de uma relação simétrica em complementar e vice-versa,

funcionarão como retroacções negativas que travam a escalada do comportamento interactivo mútuo, antes que o desinteresse ou a luta o façam cessar.

É também possível que a complementaridade e a simetria correspondam aos primórdios de toda a comunicação. Assim, o desenvolvimento comunicativo da criança passa, segundo Piaget (1964), pelo jogo-assimilação, que se pode entender como uma forma de complementaridade, e pela imitação-acomodação, uma forma de simetria. O estabelecimento de uma linguagem comum, em pessoas de diferentes culturas, pode passar pela cooperação, ou uso mútuo e complementar de cada um dos interlocutores, e pela imitação simétrica. As moléculas relacionam-se entre si, e dão origem a células, através das complementaridades e simetrias das suas formas e valências químicas. O sistema genético leva à produção de células idênticas, ou simétricas, enquanto as células do sistema imunológico se reproduzem diferencialmente e se estabilizam por complementaridades. O significado dos signos pode ser apreendido, quer pelo seu uso (complementaridade, no caso dos signos discretos), quer pela sua imitação (relação simétrica, no caso dos ícones e mensagens analógicas).

Simetria e complementaridade na relação médico-doente

A relação médico-doente é assimétrica e complementar; os interlocutores não estão ao mesmo nível (a "posição superior" está predefinida como sendo a do médico), e os seus comportamentos são diferentes. Ao doente compete exprimir as suas queixas, deixar-se observar e ser objecto da actuação terapêutica. Ao médico compete atender às queixas, observar o doente, avaliá-lo e ser um actuante terapêutico. Comportamentos estes que se completam e confirmam mutuamente, o que se traduz também nas suas posturas, na organização do espaço e do vestuário.

Esta complementaridade na relação equilibra-se contudo com uma simetria no nível dos conteúdos. De facto, enquanto o doente se exprime, o médico descodifica as suas palavras, tentando "sentir" as suas queixas. Tentando assim compreender o doente, o médico tende a partilhar as suas opiniões. Porém, se o médico for de tal forma empático que se identifique com o doente, acabe por sofrer com ele e exteriorize emocionalmente este sofrimento, a simetria passa também para o nível da relação, o médico deixa de ter eficácia, e a relação terapêutica acaba por se desfazer

Numa relação argumentativa acontece exactamente o contrário. Os contendores discutem um tema, sobre o qual exprimem pontos de vista contraditórios. É improvável que cada um ouça realmente o outro porque está apenas preparando o seu próximo lance de argumentação. Os seus conteúdos são pois complementares e, no final, as opiniões divergirão ainda mais. Contudo, a sua relação é simétrica: eles tendem a imitar-se e a tornarem-se semelhantes (a competir) no que respeita aos aspectos exteriores: a posição e postura, a mímica, o tom de voz. Aqui será a complementaridade nos conteúdos que se tende a equilibrar com a simetria na relação.

A relação argumentativa pode ser adequada às actividades políticas, ou mesmo às discussões ideológicas e científicas, mas não faz parte, evidentemente, da relação médico-doente. Contudo, já vimos como sempre se corre o risco de entrar nesta relação, bastando para isso que alguém rejeite o papel do outro. Se a iniciativa for do próprio doente (por exemplo, tentando dirigir o acto terapêutico e pondo implicitamente em causa a competência do médico) uma estratégia possível é restabelecer a

complementaridade na relação, passando o médico à "posição baixa"⁶, e assim aceitar, provisoriamente a orientação do doente. Para manter a simetria, o doente baixará o tom da discussão, mas a iniciativa passa a pertencer ao médico, que a partir de então poderá manejar a relação.

As noções de complementaridade e simetria são assim de uma utilidade extrema no manejo da relação. A sua eficácia deve-se ao facto de os seus efeitos serem automáticos e mal consciencializados, mas largamente intuitivos. Genericamente pode-se afirmar que a simetria tem sempre a ver com a imitação, identificação e compreensão, enquanto que a complementaridade tem a ver com a adequação aos outros, e o recurso a outrem pare se completar a si próprio. Todas as relações humanas têm algo de complementar e de simétrico, que sempre se equilibram para tornar a relação saudável.

⁶Posição alta (*one up position*) e baixa (*one down position*) são temas recorrentes da escola de Palo Alto. Elas referem-se ao facto de que numa relação complementar dual, seja ela de agressividade-passividade, domínio-submissão ou qualquer outra, a iniciativa compete geralmente a um dos elementos, que é o mais activo e dotado de maior poder. A simetria ocorre geralmente através da competição por este lugar, cujos indicadores são não-verbais (tom de voz, postura, mímica). É no entanto possível adoptar os indicadores da posição baixa, e assim renunciar à competição aberta, para retomar o controlo da relação. Grande parte dos sucessos terapêuticos de Milton Erikson, analisados por Jay Haley (1966) assentavam nesta estratégia.

Bibliografia complementar

Os aspectos teóricos deste capítulo vêm expostos no livro de WATZLAWICK, BEAVIN & JACKSON – *Pragmática da Comunicação Humana*, Cultrix, São Paulo, 1967.

Sobre comunicação não verbal, v. Yves WINKIN, *La Nueva Comunicación*, Ed. Kairós, Barcelona, 1984. Este livro contém artigos e depoimentos de vários autores, entre os quais Bateson (pp. 120-150 e 303-310), Ray Birdwhistell (Quinésia, pp. 166-197 e 311-322) e Edward Hall (Proxémia, pp. 198-230 e 323-336). Uma boa introdução à Proxémia é ainda o livro de Edward HALL - *A Linguagem Silenciosa*, Relógio d'Água, Lisboa, 1994. Ligado a aspectos mais práticos, pode consultar-se o livro já recomendado de HARGIE, SAUNDERS & DICKSON - *Social Skills in Interpersonal Communication*, 3rd. Ed., Routledge, London and New York, 1994, em especial o Cap. 3 (Nonverbal Communication), pp. 37-62.

Sobre comunicação paradoxal e suas utilizações terapêuticas, v. J. HALEY - *Estratégias en Psicoterapia*, Ed. Toray, Barcelona, 1966. Com edição mais recente, pode ver-se G. R. WEEKS - *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Revised Ed, Brunner/Mazel Publ., New York, 1991.

Exercícios:

1. Peça a duas pessoas para se aproximarem uma da outra até encontrarem a distância entre elas em que se sintam confortáveis. A não ser que se trate de duas pessoas íntimas, essa distância situar-se-á entre 40 cm. e pouco mais de 1 metro.
2. Peça-se a duas pessoas para imaginarem que são de culturas completamente diferentes e que não partilham de qualquer código de comunicação, verbal ou gestual. Peça-se que se imaginem perdidos e, encontrando-se, reconheçam apenas que são idênticos e com necessidade de comunicar. Peça-se-lhes ainda para tentarem comunicar. (Verificar-se-á que imitam, repetitivamente e alternadamente os movimentos ou posturas um do outro - simetria - ou se usam um ao outro como complemento dos seus movimentos e posturas - complementaridade. Destas mudanças de formas, assim repetidas e confirmadas, começará a nascer um código de comunicação partilhado, através do qual os desconhecidos se começam a entender.)
3. Peça-se a outras pessoas para designarem, de um modo não verbal, um objecto ou animal. Verifique-se que só existem dois modos de o conseguir: ou se representa gestualmente o próprio objecto – simetria – ou se representa o seu uso ou interacção com ele – complementaridade.
4. Observe-se, em vídeo sem som, as posturas e movimentos do médico e doente numa consulta. Detectem-se as posturas simétricas e complementares. O efeito da câmara acelerada pode ser mais esclarecedor. Este procedimento pode ser também usado noutro tipo de relação (conversa, entrevista, discussão, persuasão).
5. Numa conversa entre dois interlocutores, observe e registe as direcções do olhar de cada um. Compare com outras conversas. Mais uma vez, o uso do vídeo pode ser útil.

Capítulo 4
Comunicação por desempenho de papéis

I - Introdução histórica e teórica

Os papéis sociais: posição e comportamento

A noção de "papel" aplicada às actividades humanas nasceu nos anos 30, simultaneamente das mãos de um sociólogo, George Herbert Mead, e de um psicoterapeuta, Jacob Levy Moreno. Retirado do jargão teatral, este conceito parecia indicado para estabelecer a ligação entre os indivíduos e a sociedade, do mesmo modo que é o papel teatral que liga o actor à peça que ele representa. A partir dos anos 50, o conceito difundiu-se largamente no plano da sociologia, bem como da psicologia social. Talcott Parsons considerou o sistema social como um conjunto de papéis interligados, que os diversos actores sociais vão desempenhando à medida que a eles acedem. Com maior resistência, a noção de papel vai progressivamente entrando na psicologia. Inevitavelmente, ela acaba por se ligar a esse conceito mais antigo, que é o de personalidade, cuja origem etimológica remonta também ao teatro grego. Para além do psicodrama de Moreno, a Análise Transaccional estuda os diversos papéis familiares, cuja transposição para a personalidade se apresenta sob o nome de "estados do eu".

Ao papel está ainda ligado o conceito de *status*. Enquanto o papel se costuma entender como um conjunto de comportamentos, prescritivos ou proibitivos, que um indivíduo deve desempenhar em cada contexto da sua actividade, o *status* é entendido como a posição que o indivíduo ocupa no desempenho de cada papel. Assim, sendo o papel um conceito dinâmico, ou temporal, o *status* é o seu correspondente estrutural, ou espacial. O termo adquiriu no entanto conotações ligadas à hierarquização social, pelo que, para evitar confusões, preferimos a designação de **posição-papel**, em contraste com o **comportamento-papel** (D. Berlo, 1960: 138) para indicar, respectivamente, o aspecto estrutural e dinâmico do papel.

Assim, a posição-papel refere-se ao lugar, ou lugares, onde cada papel é desempenhado. A sua dimensão vertical (existência de um estrado, andar do gabinete ou altura da cadeira) pode indicar a posição hierárquica de poder, enquanto que a dimensão horizontal (por exemplo, a orientação da secretária, em relação a outras posições) pode facilitar o comportamento na interacção com outros papéis. De facto, em qualquer sala de aula, ou em qualquer consultório, professor, alunos e empregados, ou médico, doente e enfermeiro, têm os seus lugares previamente definidos, e posicionados de um modo funcional. Estes papéis estão institucionalizados, e fazem parte da cultura das sociedades.

As razões de assim ser têm a ver com as necessidades sociais. É um assunto que cabe aos estudos sociológicos, na esteira do trabalho de Talcott Parsons (1956). Mas os papéis foram instituídos como resultado da interacção humana, tal como a língua e outros produtos culturais. Nesse sentido, os papéis sociais são da mesma natureza dos signos da comunicação. E, tal como estes, eles possuem uma dupla face: a sua parte concretizável em termos espaciais, a posição-papel, corresponde ao significante dos signos, conforme as definições de Saussure; a parte dinâmica, o comportamento-papel, corresponde ao seu significado.

O facto de a sociedade ser composta de múltiplos papéis inter-relacionados, ajuda-nos a desempenhar, sem quebra da continuidade social, a actividade interactiva de um modo previsível. Toda a educação consiste no treino de diversos papéis, de tal modo

que seja possível, ao desempenhar um deles, conhecer os comportamentos adequados ao papel que o próprio (o *ego*) desempenha, bem como os comportamentos adequados aos papéis complementarmente desempenhados pelos outros (o *alter*). Quando uma pessoa interage com outra num determinado contexto, com papéis bem definidos, ela pode assim saber o que se espera do seu papel, bem como o que pode esperar em função do papel dos outros. Quando pratica uma acção ou locução dentro dos comportamentos adequados ao seu papel (ou às expectativas dos outros) naquele contexto, ela pode também ter expectativas ligadas à resposta dos outros. E enquanto os comportamentos interactivos se mantiverem dentro das expectativas mútuas, eles são reforçados e a comunicação pode continuar. Se o comportamento de um dos interlocutores cair fora dessas expectativas, a comunicação interrompe-se, a menos que se mude de contexto e de papel.

Os papéis e a personalidade

Para Jacob Levy Moreno, que fundou o modelo psicoterapêutico do psicodrama, todas as actividades humanas, a começar pela satisfação das necessidades fisiológicas, são culturalmente moldadas, e portanto orientadas por papéis definidos pela cultura de cada sociedade. Nesse sentido, para além dos papéis claramente institucionalizados, um sem número de outros papéis povoam o imaginário dos povos, de acordo com a sua cultura e as narrativas que ela veicula. As brincadeiras e fantasias infantis não fazem senão desempenhar e treinar esses papéis na forma de jogos, durante os quais eles se representam sucessivamente, com maior ou menor sucesso, chegando-se à inversão ou troca de papéis no decorrer da mesma actividade. Deste modo, a actividade interactiva das crianças se torna mutuamente previsível. Mas, na representação de papéis, é a própria pessoa em formação que se vai tornando previsível, uma vez que, assim, vai formando a sua personalidade.

A noção de personalidade, embora de uso corrente, é um assunto polémico em psicologia e que só recentemente parece ter concitado o interesse geral. Provavelmente, a existência de uma personalidade específica de cada pessoa deve-se à necessidade de o comportamento inter-pessoal ter alguma margem de previsibilidade mútua (P. Abreu, 1993: 83). E, para tal, podem bem contribuir os papéis que a cultura fornece a cada ser em formação. Assim, o conjunto dos papéis que um indivíduo treina na sua infância, acrescentados àqueles para que é preparado na sua educação e aos que vem a desempenhar na vida adulta, se conjugam para a formação de uma personalidade. Dela dependerá o seu desempenho em cada situação da vida, bem como a facilidade com que se pode adaptar às várias contingências. É como se os diversos papéis se pudessem enraizar no seu ser, de tal modo que os respectivos comportamentos e competências se activem em cada contexto, ou seja, em cada posicionamento de um papel que ele tenha de desempenhar. Sendo a mesma pessoa a desempenhar os diversos papéis, cada um deles pode corresponder a um estado, de espírito ou comportamental, por outras palavras, a um estado do eu.

A Análise Transaccional (AT)

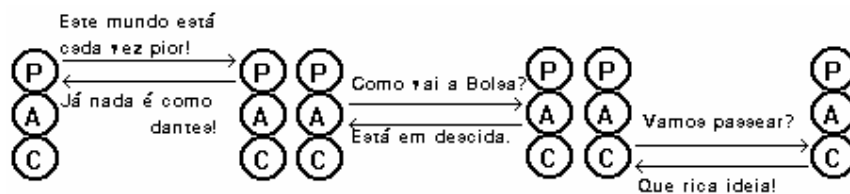
A Análise Transaccional (AT) consiste num modelo psicológico proposto por Eric Berne e Thomas Harris, a partir dos anos 60, numa tentativa de simplificar o modelo psicanalítico e adaptá-lo à prática interactiva humana. Assim, em vez das instâncias tópicas freudianas, Berne e Harris propuseram que, em cada ser humano, se

considerasse a existência de três estados do eu, subdivisíveis em 5, que se relacionam com os papéis familiares. O estado de "criança", em particular a "**criança espontânea**", estaria virado para o prazer e para o jogo gratuito mas gratificante e vitalizador do eu. Mas, dentro da criança, podemos ainda distinguir a "**criança adaptada**", ou seja, um estado do eu que sempre deseja agradar e portar-se bem aos olhos dos outros, mas que o faz de um modo ingénuo e extremamente vulnerável. O estado de "pai" corresponderá, por sua vez, às noções do dever. Dentro dele podemos ainda distinguir o "**pai crítico**", que tem a ver com os juízos de valor, com as normas sociais, os castigos e as recompensas, e o "**pai dedicado**" (correspondendo ao estereotipo cultural da mãe), que tem a ver com as atitudes de protecção, entrega e aceitação. Finalmente, o estado de "**adulto**" está virado para a realidade. Compete-lhe prospectar o ambiente e fazer previsões, gerindo ainda os comportamentos adequados ao sucesso nos cenários previstos. Deste modo, ele estabelece o equilíbrio dos outros estados, sabendo em que contextos e até que ponto pode dar largas ao prazer da criança ou ao dever do pai.

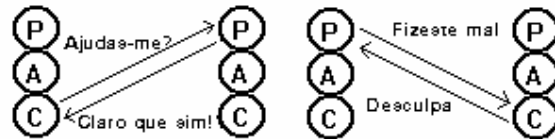
Na prática, basta-nos considerar a existência de três estados – "pai" (P), "adulto" (A) e "criança" (C) - que se alternam no decurso de qualquer actividade. Assim, enquanto dois interlocutores antecipam o seu divertimento nas férias, eles recorrem ao seu estado de "criança". Se porém começarem a falar dos seus filhos, das suas exigências mas também do sacrifício que terão de fazer para que as crianças também possam desfrutar das férias, eles já terão entrado no estado de "pai". Mas quando planearem as férias de acordo com as possibilidades existentes e os orçamentos disponíveis, estarão a funcionar com o estado "adulto".

A AT faz uma espécie de contabilidade das **transacções**, ou seja, do conjunto de estímulos que em cada lance comunicativo se podem trocar entre as pessoas. A unidade mínima de estimulação – uma **carícia** (*stroke* em inglês) – pode corresponder, por exemplo, a um "olá!". Se alguém disser "olá, como vai isso, então adeus", e o outro responder com um simples "olá", gera-se alguma tensão nos interlocutores, porque às 3 carícias do primeiro, o segundo respondeu apenas com uma. E no próximo encontro é natural que o primeiro interlocutor se sinta compelido a dizer apenas "olá", enquanto o segundo sinta que, respondendo com as três carícias, ficam as contas liquidadas. Tratar a pessoa pelo nome próprio vale bem mais do que um simples "olá". Vale, por assim dizer, 10 carícias nesta contabilidade. E um abraço sentido vale ainda mais. Mas também podem existir carícias negativas, que vão desde um ar de desprezo até uma ladainha de insultos ou uma sova humilhante. Também nestes casos se costuma contabilizar o deve e o haver, dando lugar a um verdadeiro estudo económico das carícias e transacções.

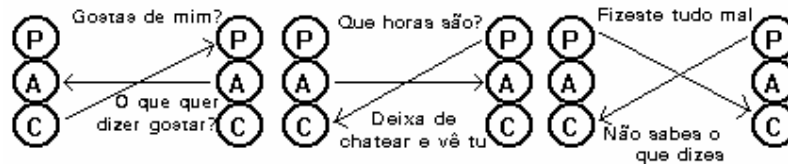
Para além do seu valor de estimulação, cada transacção revela também o estado do eu do emissor, e tenta promover um determinado estado do receptor. Por sua vez, este pode ou não aceitar os estados propostos, o que irá revelar quando emitir a sua transacção. Se o aceitar, confirma a comunicação, que prossegue facilmente. Se o rejeitar, gera-se alguma tensão entre os interlocutores. Os exemplos seguintes podem ser esclarecedores:



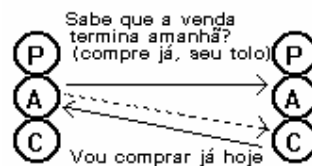
Nas transacções anteriores, cada um dos interlocutores dirige-se ao mesmo estado do outro que, por sua vez, o aceita. As transacções são assim paralelas e mutuamente confirmantes, podendo continuar, sem prejuízo da comunicação, enquanto nenhum dos interlocutores necessitar de mudar de estado. Acontece também nos 3 casos que o estado solicitado no receptor é idêntico ao do emissor. Este é um caso especial das transacções paralelas. Mas elas também podem ocorrer com estados diferentes em cada um dos interlocutores:



Nestes casos, embora o primeiro interlocutor solicite um estado diferente do segundo, este aceita-o, e por isso as transacções são ainda paralelas e mutuamente confirmantes, podendo continuar a conversação sem problemas. No entanto, o segundo interlocutor pode não aceitar o estado que o primeiro solicita, acabando por cruzar a transacção. A comunicação pode ficar tensa, e o efeito perturbador, obrigando a mudanças de estado ou originando uma disputa. Podemos apontar alguns exemplos:



As transacções podem, finalmente, ser duplas, quando uma mensagem tem duplo sentido. Nesse caso existe uma mensagem explícita, que envolve determinados estados do eu, e uma mensagem implícita, ou "psicológica", que envolve outros estados. Esta última é, no entanto, a mais importante, e a que acaba por produzir efeitos no receptor. No exemplo seguinte, o vendedor dá uma simples informação ao "adulto" do cliente; contudo, ela constitui também uma ordem camuflada ao seu estado de "criança" para que ele compre a mercadoria. E é, de facto, a partir deste estado que o cliente se compromete a comprar quanto antes.



Este tipo de mensagens envolve pois uma armadilha que leva o receptor a envolver-se ingénuo e involuntariamente num estado que, aparentemente, o interlocutor não solicitou. A comunicação humana estabelece com frequência transacções deste tipo, levando a mal-entendidos cujo desfecho é previsivelmente ingrato, mas durante os quais o primeiro interlocutor pode obter os estímulos de que necessita para satisfazer desígnios ocultos. Segundo Eric Berne, estas transacções correspondem aos **jogos** e **trapaças**, um dos modos de estruturar as transacções, em que os actores oscilam entre os papéis de vítima, perseguidor e salvador.

Outros modos de estruturar as transacções são o **alheamento**, em que o indivíduo apenas comunica consigo próprio, as **actividades** que implicam transacções com materiais inanimados, os **rituais** comunicativos, onde a troca é culturalmente previsível, os **passatempos** que correspondem às conversas banais sobre temas comuns,

e a **intimidade**. Em cada uma destas formas se pode revelar a preferência por um estado do eu, que assim é treinado e desenvolvido.

Segundo as suas preferências ou a solicitação de outrem, cada pessoa pode desenvolver melhor um determinado estado ou atrofiar qualquer um dos outros. Daqui resulta, compreensivelmente, alguma rigidez na sua maneira de ser, que acaba por corresponder a alterações da personalidade. O seu tratamento consiste em estimular os estados menos desenvolvidos, de modo a dotá-lo de maior flexibilidade. Contudo, uma vez que se pretende que seja o próprio indivíduo a controlar a manifestação equilibrada dos seus estados em função de cada contexto, os terapeutas da AT dirigem-se, essencialmente, ao estado "adulto". Ao contrário de outras terapias, que se baseiam na relação "pai-criança", a AT insiste na relação "adulto-adulto". Nesse sentido, o respeito pelo cliente pode traduzir-se numa frase típica: "Eu sou O.K. tu és O.K., nenhum de nós fica a dever nada ao outro".

Os papéis familiares como matriz dos papéis sociais.

O modelo da AT especifica melhor algumas constatações da escola de Palo Alto, e constitui uma ponte de união entre os estados da personalidade e os papéis que a cultura social nos transmite. Sem dúvida que o modelo simplificou demasiado toda a complexidade dos papéis de que a cultura dispõe, e que não nos podemos cingir em exclusivo aos papéis familiares. Mas resta saber até que ponto os papéis familiares não são a matriz de todos os papéis sociais, que deles se podem derivar. Por outro lado, também se compreende que sejam os papéis familiares aqueles com que, mais precocemente, a criança contacta, e que por isso se radiquem mais profundamente na sua personalidade.

Na impossibilidade de estudar toda a complexidade dos papéis que a sociedade contemporânea nos oferece, é pois adequado pensá-los a partir da matriz dos papéis familiares. Como veremos, é fácil derivar deles um conjunto de comportamentos ligados a diversos papéis. Neste sentido, o modelo da AT permite estudar a comunicação no interior dos papéis, e os efeitos que esta comunicação pode ter sobre a própria personalidade. E isto, apesar da simplicidade teórica do modelo, que nasceu da adaptação da psicanálise ao pragmatismo e ao interaccionismo norte-americanos.

II – Papéis e atitudes na relação médico-doente

Diferenciação complementar e formação de papéis

Quando um grupo de pessoas se junta e interage, quer para o desempenho de tarefas específicas, quer apenas para garantir a sobrevivência comum, começa a desenhar-se, no interior do grupo, um conjunto de interações simétricas e complementares. Como vimos, estas levam, por um lado, à identificação e à competição entre os seus elementos e, por outro lado, à diferenciação e cooperação entre eles. Se este processo for bem sucedido, o grupo, no seu conjunto, acaba por se organizar melhor e funcionar com uma eficácia notável.

O processo de interação e da diferenciação de papéis tem sido estudado pela dinâmica de grupos, cabendo uma referência aos trabalhos *princeps* de Bales (1950) e Benne & Sheats (1948). Estes últimos autores constataram a diferenciação entre os papéis ligados à execução específica das tarefas grupais, e aqueles que se ligam à manutenção do próprio grupo. Se esta é, de facto, a diferenciação mínima de funções compatível com a sobrevivência do grupo, pode-se aceitar que, na proporção do tamanho e complexidade do grupo, estas funções se dividam por seu turno. Em grupos pequenos, de 5 a 7 elementos, é frequente que se observem as seguintes funções diferenciadas:

1. A função **crítica**, que permite controlar o grupo e definir os seus limites, pronta a valorizar o desempenho individual, apreciando e depreciando.
2. A função **protectora**, que implica ajuda e solidariedade aos elementos em dificuldades, contribuindo para a segurança e nivelção dos membros individuais do grupo.
3. Funções relacionadas com a **informação** adquirida e depositada, de modo a fazer previsões e dar opiniões, assim contribuindo para a orientação estratégica do grupo.
4. Funções **executivas**, envolvendo a especialização em tarefas adequadas aos interesses do grupo.
5. Funções de **animação**, centrando à sua volta a atenção de todo o grupo, contribuindo assim para a sua coesão e manutenção.

Qualquer destas funções pode ser desempenhada, concomitante ou alternadamente, por cada um dos elementos do grupo. Contudo, sempre que a diferenciação ocorre e a cooperação aumenta, cada elemento do grupo pode especializar-se numa ou mais destas funções. Quer isto dizer que ele começa a desempenhar um papel. Se esse elemento faltasse ao grupo, qualquer outro, quer pertencente ao grupo, quer exterior a ele, poderia ocupar o seu lugar. No caso de se recorrer a um elemento do grupo, o mais provável sucessor seria aquele que, por um processo de interação simétrica, com ele competisse. No caso de ser exterior ao grupo, o novo elemento teria de ser iniciado, ou seja, de aprender o seu papel. Em qualquer dos casos ele já teria à sua disposição, quer o lugar que deveria ocupar nos vários contextos em que o grupo funciona (**posição-papel**), quer o tipo de comportamento que deveria desempenhar (**comportamento-papel**).

Este exemplo serve para mostrar como os papéis podem surgir espontaneamente da interação de quaisquer elementos que formem um grupo humano, desde uma

simples família, grupo de trabalho ou de auto-sobrevivência, até às sociedades complexas. De facto, tanto uma comunidade, como uma organização social, ou mesmo a sociedade global de hoje, podem ser vistas como um conjunto de papéis interligados e prontos a serem desempenhados por qualquer elemento que a eles tenha acesso. Contudo, qualquer pessoa pode pertencer simultaneamente a vários grupos, e em cada um deles desempenhar um papel diferente.

O papel que hoje se define como o de médico é um dos mais antigos da humanidade. Não é difícil perceber que ele se ajusta à segunda função definida anteriormente, contribuindo para dar segurança às pessoas que constituem uma comunidade. Contudo, tal como todos os papéis tradicionais, ele evoluiu consideravelmente e sofreu mesmo diferenciações. A parte posicional deste papel tem a ver com todos os lugares onde se prestam cuidados de saúde, bem como com os instrumentos que hoje podemos utilizar para esta prestação. Da sua posição fazem ainda parte alguns símbolos culturais que vão desde os ícones que acompanham o médico até ao seu próprio vestuário. Eles representam, de algum modo, a definição do seu poder e das suas funções. A parte comportamental do papel é aprendida e treinada nas disciplinas técnicas, clínicas e éticas da medicina.

Papéis familiares, "estados do eu" (AT) e personalidade.

O treino para o desempenho de papéis é executado durante todo o tempo da educação e formação do ser humano. Inicia-se no seio da família e é importante na génese da personalidade. Na impossibilidade de nos determos aqui no estudo da personalidade, podemos recorrer à heurística simples e compreensível da Análise Transaccional de Eric Berne e Thomas Harris, baseada nos papéis familiares.

De facto, as famílias bem organizadas estão diferenciadas em papéis, e os papéis familiares são aqueles com que, desde a infância mais precoce, o ser humano contacta. As famílias, quaisquer que sejam os seus tipos, são ainda os grupos humanos mais elementares e primordiais, porque necessários à sobrevivência, pelo menos dos elementos mais jovens. Não custa pois a entender que os seus papéis constituam a matriz de todos os papéis sociais.

Uma família nuclear diferencia-se, pelo menos, nos papéis de pai, de mãe e de filho, independentemente do facto dos dois primeiros poderem ser desempenhados pela mesma pessoa, como nas famílias monoparentais. A função crítica e reguladora é atribuída tradicionalmente ao pai, e a função protectora é atribuída à mãe, mesmo que estas funções se possam inverter ou partilhar em certas famílias. Os filhos, sobretudo os mais pequenos, a que não se pede mais do que exercer espontaneamente a sua actividade lúdica, têm funções importantes para a coesão familiar (e são, tantas vezes, a fonte dessa coesão), atraindo para elas todas as atenções dos restantes membros. No entanto, quando crescem, é-lhes exigido que se tornem "bons filhos", respeitadores das ordens dos pais e executivos diligentes das tarefas que estes lhes ordenem.

Enfim, em qualquer família viável, todos os seus membros poderão desempenhar (ou vir a desempenhar), mas pelo menos um deles terá de o fazer, aquilo que se espera de um adulto: que organize informações, que faça previsões e que emita opiniões sobre comportamentos estratégicos. Pode ser o pai ou a mãe, um avô, um tio, ou um filho mais velho. Podem ainda ser vários, levando a discussões, consensos ou iniciativas decididas ou coordenadas por alguém. Mas nestes casos já outros papéis se tornam necessários e a família será mais complexa.

De qualquer modo poderemos recorrer, como fez Eric Berne, aos estereótipos culturais, para acentuar os papéis básicos que um ser humano pode desempenhar, e que correspondem àqueles que se desenvolvem no seio de um grupo (v. pág. anterior).

Assim:

1. Ao pai, ou parente **crítico**, corresponde a função de regular o grupo e definir os seus limites, recompensando e castigando.
2. À mãe, ou parente **dedicado**, corresponde o apoio e solidariedade aos membros do grupo em maiores dificuldades.
3. Ao **adulto** compete a organização de informações e emissão de opiniões com vista ao comportamento futuro, tomando como base as suas previsões.
4. À criança educada ou **adaptada**, ao bom filho, ou simplesmente ao filho, compete obedecer a ordens e diligenciar no cumprimento de tarefas, embora se aceite alguma ingenuidade nos seus comportamentos.
5. À criança pequena, **espontânea**, compete apenas brincar, tirar disso prazer, mas assim animar a família e centrar as atenções de todos à sua volta.

A cada uma destas funções pode corresponder um papel em que um dos elementos se especializa. Isso acontece de facto nas famílias fechadas e com um funcionamento rígido, que assim se tornam patológicas. Mas, como vimos, todos estes papéis podem ser desempenhados sucessiva, alternada ou simultaneamente por cada um dos elementos da família. E isto sem prejuízo das situações, contextos ou profissões em que seja mais adequado desempenhar um deles. Por isso Eric Berne não lhes chama *papéis* mas sim *estados do eu*. Coexistem em cada um de nós e formam a nossa personalidade. Mas, em cada momento é um ou outro destes estados que está activo (e a ser treinado), enquanto os outros estão inactivos.

A relação destes estados com a personalidade torna-se mais evidente quando os ligamos à tónica Freudiana, a quem Eric Berne foi buscar a sua inspiração. Se bem que os 5 estados sejam mantidos nas aplicações teóricas e clínicas da A.T., podemos simplificar, como sugerem os seus próprios autores, agrupando as duas primeiras e duas últimas funções. Deste modo:

O "**Pai**" (**P**), tanto nos aspectos reguladores como protectores, lida com as funções ligadas ao dever, mediando entre o indivíduo e a sociedade. Corresponde ao *Super-ego* de Freud.

A "**Criança**" (**C**) lida com os assuntos ligados ao prazer mas também aos temores infantis e à defesa da sua fragilidade. Corresponde ao *Id* de Freud.

O "**Adulto**" (**A**) lida com a apreciação do contexto e a previsão de consequências. Por outras palavras, modula a libertação do prazer e do dever em função da realidade. Corresponde ao *Ego* de Freud.

Segundo o modelo da A.T. cada um destes estados pode ser usado, quer por iniciativa própria, quer por solicitação de outrem, dependendo dos contextos da relação inter-pessoal, e da previsão que o "Adulto" faz das consequências do comportamento. Em certos contextos se pode dar largas ao **prazer** da "criança", noutras impõe-se o **dever** do "pai", enquanto que noutras situações se torna necessária uma complexa previsão elaborada pelo "adulto" em confronto com a **realidade**. Uma pessoa saudável sabe dosear estas actuações. No entanto, o fraco desempenho de alguns destes estados leva à sua inibição, em círculo vicioso (quanto menos treinados menos eficazes, menos usados, e portanto menos treinados), enquanto que outros tomam o seu lugar e se

hipertrofiar. E é este mecanismo que pode explicar a génese de algumas perturbações da personalidade.

Assim, uma **personalidade paranóide** tem a ver com o abuso do estado de "pai", em particular de "pai crítico", que sempre vive na esfera do dever, não avaliada pelo adulto nem moderada pelo prazer da criança. Os outros, para os quais não existe tolerância, são tratados como crianças, no caso de os apoiarem, ou de inimigos, no caso de os contestarem através dos seus próprios "pais críticos".

Uma **personalidade obsessiva** debate-se incansavelmente com as previsões estratégicas do "adulto" que não se vitaliza pelo prazer da "criança" nem se detém pelo dever do "pai". Não existirão senão as previsões alternativas do "adulto" que, na impossibilidade de controlar todos os factores em jogo, se esgotam por si próprias. Na falta de motivação íntima ou social, nunca se chegará a uma decisão.

Uma **personalidade histriónica** funcionará em qualquer contexto como centro das atenções, usando todos os expedientes para manter a imprevisibilidade da "criança espontânea", sem atender ao dever nem à noção da realidade.

Uma alternativa para a "criança adaptada", sem treino dos outros papéis, é debater-se com o cumprimento das suas funções no meio das suas fragilidades, dos seus temores e das expectativas de punição. Corresponde às **personalidades evitantes** (ou fóbicas).

O papel de protector em todas as circunstâncias é muito apreciado socialmente e não se definiu uma patologia compatível com a sua hipertrofia. Contudo, se não souberem usar outros estados do eu, ou se não estiverem bem integradas numa instituição que as recompense, essas pessoas serão facilmente exploradas e, mais tarde ou mais cedo, cairão no insucesso, na perda, no ressentimento e na **depressão**.

O papel de doente

Um doente pode apresentar-se ao médico em qualquer um destes papéis, não sendo raro que ele se apresente como crítico ou protector do médico, que o tente animar, seduzir ou, pelo menos, ser alvo das suas atenções, ou ainda para o confrontar com teorias e previsões alternativas às que o médico indica com os seus diagnósticos, prognósticos e terapias. Estas atitudes revelam, no entanto, perturbações da personalidade do doente, e são estudadas no âmbito da psiquiatria. No entanto, o médico deve estar avisado para não ser ele próprio, por dificuldades também inerentes à sua personalidade, a solicitar e reforçar tais comportamentos. E sobretudo, a não confirmar estes papéis por adopção dos estados complementares respectivos, acabando assim por entrar no "jogo" patológico do doente.

De qualquer modo, o papel tradicional do doente, com as suas vulnerabilidades, os seus temores, e, ao mesmo tempo, com a vontade de cumprir as indicações terapêuticas do médico, aproxima-se do da "criança adaptada". De facto, a presença de uma doença implica, da parte do doente, um conjunto de atitudes que têm sido estudadas e descritas. De acordo com S. Pacheco (1988: 89), podemos destacar:

1. **Redução dos horizontes** temporo-espaciais. Incapaz, pelas suas limitações e pelo desconhecimento do seu futuro, de organizar ou prosseguir um projecto de vida, o doente vê-se confinado à exploração do presente e do imediato. O futuro não faz para ele qualquer sentido, como não faz sentido o que se passa longe de si próprio. Todo o seu mundo é constituído pelas coisas, pessoas e acontecimentos que o rodeiam naquele momento.

2. **Egocentrismo** e ensimesmamento. Demasiado preocupado consigo e com o seu sofrimento, o doente tem pouca disponibilidade para olhar para fora de si e para as outras pessoas. Não pode, por exemplo, compreender que existam doentes mais graves e com prioridade de tratamento, nem que os profissionais necessitem de defender a sua própria saúde.

3. **Dependência**. Perdida a sua autonomia, o doente tende a ficar inteiramente à mercê dos outros, e pode reivindicar a presença deles para satisfazer as suas necessidades mais elementares, mas também para chegar às satisfações mais banais. O mínimo descuido dos circunstantes pode então levar à frustração e à agressividade contra as pessoas de que estão dependentes.

Todas estas atitudes levam à infantilização do doente. É então a sua "criança" que solicita o "pai" do médico, tanto na vertente protectora como crítica. Isso pode ser adequado em certos contextos clínicos, como numa emergência ou num contexto cirúrgico. Mas é claramente inadequado em quase todos os outros contextos, onde este comportamento não pode, então, ser confirmado, mesmo que o médico tenha de perder o gosto de se ver reforçado na sua onipotência patriarcal.

De facto, tirando a rara situação em que o doente está anestesiado ou em coma, a sua recuperação depende em larga medida dos recursos e iniciativas de que ele ainda disponha. Deste modo, para além dos cuidados prestados, a comunicação do médico pode-se dirigir também a outros estados do eu, nomeadamente:

1. Dar **informações** fiáveis sobre o seu estado, as possibilidades terapêuticas e o que delas se pode esperar (mobilização do "adulto").

2. Solicitar a **auto-ajuda** do próprio doente, e a possibilidade de, através da sua experiência, ajudar doentes que, como ele, possam vir a passar pela mesma experiência (mobilização do "pai dedicado").

3. Atribuir-lhe a sua quota de **responsabilidade** pela possibilidade de recuperação (mobilização do "pai crítico")

4. Solicitar a possibilidade de, através das capacidades que lhe restam, poder obter algum **prazer** independentemente das suas limitações (mobilização da "criança espontânea").

Todas estas iniciativas correspondem a transacções que, para além de tornarem mais saudável a personalidade do doente, lhe permitem desempenhar papéis activos na sua vida, na sociedade e no próprio sistema de saúde. Os grupos de auto-ajuda ou associações centradas à volta de certas patologias nasceram do desempenho destes papéis e constituem, nas sociedades contemporâneas, um importante factor de desenvolvimento e humanização dos cuidados clínicos.

O papel de médico

Tradicionalmente, o papel do médico mobiliza o estado de "pai dedicado". É esse papel que o doente solicita, e uma personalidade pouco segura de si não deixará de se sentir confortada com esta solicitação. Sentir-se-á onipotente, e em favor deste sentimento pode deixar-se resvalar para um papel exclusivo de pai. Acaba por confirmar a "criança" do doente, e assim infantilizá-lo ainda mais. Deixará de olhar a si próprio, deixará que os outros fiquem em dívida sem se aperceber que isso aumenta a culpa do doente; acabará por se desleixar, perderá a distância suficiente para ser eficaz, dedicar-se-á mais à compaixão do que ao tratamento adequado. Com o tempo virão os

ressentimentos e a frustração, as recriminações e o azedume. Do "pai dedicado" passará facilmente ao "pai crítico". Não é raro que a defesa pelo alcoolismo ou pela adição a drogas façam dele uma "criança frustrada".

De facto, um adequado papel de médico implica todos os recursos da sua personalidade.

Como um "pai crítico", ele poderá avaliar o comportamento do doente e fornecer-lhe orientações para o seu restabelecimento. Mas, em exclusivo, este conjunto de atitudes poderia transformar o médico num **juiz**, o que seria desastroso para a relação com o doente.

Como um "pai dedicado", o médico deve ser capaz de compreender o doente, no seu sofrimento, problemas e dificuldades, fornecendo-lhe ainda as condições para que eles se resolvam. Contudo, estas atitudes devem ser limitadas ao contexto clínico, sob risco do médico se transformar num **assistente social**. Estes profissionais dispõem de competências e recursos que não são os do médico, e a tentativa de usar meios clínicos para resolver problemas sociais redundam em complicações e fracasso.

Como um "adulto", o médico tem de explorar as informações clínicas, interpretá-las segundo as regras da sua ciência, de modo a organizar planos de acção terapêutica, e prever os seus resultados no contexto da evolução clínica do doente. No entanto, o médico não é um **inquiridor da polícia**, nem é da sua competência apurar a "verdade dos factos". O doente tem direito aos seus segredos e omissões, e a sua verdade é aquela que ele manifesta. A arte clínica é suficientemente rica para que o médico possa decidir (ou decidir pela abstenção terapêutica) sem submeter o doente a um inquérito exaustivo. Em qualquer caso, as informações a explorar são apenas as que são clinicamente relevantes.

Como uma "criança adaptada", ao médico compete ser diligente, guardar respeito pela individualidade do doente e, sobretudo, pelo seu sofrimento. Tal não quer dizer que o médico seja um **criado** ao serviço do doente, e muito menos sua vítima. Se essa questão não estiver completamente esclarecida, será melhor estabelecer um contrato que defina os limites do apoio prestado.

Como uma "criança espontânea", o médico tem de arranjar recursos, dentro da clínica ou fora dela, para manter a sua boa disposição. Terá de saber estabelecer alguma cumplicidade e intimidade prazenteira com o doente, apoiá-lo e com ele se identificar, pelo menos, nos seus sucessos. Há porém limites para estas atitudes, não vá o médico transformar-se num **brincalhão** para os seus doentes, nem corra ele o risco de se envolver afectiva ou fisicamente com eles.

Diremos, para finalizar, que estas atitudes devem ser cuidadosamente ponderadas em cada contexto. Como ideia geral, a interacção "pai-criança", tradicionalmente valorizada, e eventualmente adequada no contexto cirúrgico, tende a ser cada vez mais substituída pela interacção "adulto-adulto". A alternativa, no primeiro caso, é *fazer algo ao doente*. No segundo caso é *fazer algo com o doente*.

Atitudes de comunicação

Os tipos de interacção que antes descrevemos relacionam-se com as atitudes da comunicação, descritas por Soares Pacheco (1989) a partir das categorias de Porter (1950). Segundo aquele autor, são 6 as atitudes que o médico pode adoptar em interacção com o doente, e que se manifestam explicitamente na resposta a dar aos seus lances verbais:

1. Atitude de **avaliação**. Inclui juízos críticos sobre o passado do doente, com vista a induzir sentimentos de culpa e assim controlar o comportamento futuro. Consiste em respostas do tipo "fez mal", "não devia ter feito isso", "é um desastrado". É a atitude típica de quem se sente detentor das regras de conduta, que apenas pode ser útil para que o auditor se defina como fiel servidor ou inimigo declarado. Em geral, é de evitar, pois, mesmo que seja eficaz, infantiliza o doente e induz nele sentimentos negativos.

2. Atitude de **orientação**. Corresponde à tendência para controlar directamente o comportamento do doente, através de injunções do tipo "deve fazer assim", "a solução é esta". Tem o seu lugar na fase final da consulta médica, mas quando usada no decorrer da entrevista, prejudica a comunicação e torna o doente mais dependente.

3. Atitude de **apoio**. Consiste numa identificação com o doente, através de expressões como "ótimo!", "parabéns!", "que desgraça...", "deixe lá, eu também já passei por isso", enquanto se mostra uma atitude emocional correspondente. Sem implicar uma posição autoritária, esta atitude pode ser adequada à confirmação de sucessos. Porém, a identificação e aproximação no sofrimento prejudica o discernimento do médico, induz dependência e desencoraja o tratamento. Quando não sincera, esta atitude corresponde a uma imitação simpática mas superficial, rapidamente descodificada e desvalorizada pelo doente.

4. Atitude de **interpretação**. Consiste em explicitar o sentido das informações dadas, segundo um código do próprio médico, mas que não é partilhado pelo doente. O pior de tudo são as interpretações depreciativas – "você é um parvo", "um vaidoso", "o que sente é inveja" – que muitas vezes não são senão projecções dos nossos sentimentos. Mas também existem as interpretações psicológicas – "você tem um complexo de culpa" – ou mesmo médicas – "isso é um síndrome febril". Claro que o médico pode e deve fazer interpretações ligadas aos códigos da sua ciência. Mas não as deve fazer apressadamente, nem explicitá-las no decorrer da entrevista, e sem que o doente o solicite. Se o fizer, a sua atitude é ofensiva, perigosa, ou pelo menos carente de qualquer sentido que não seja demonstrar a ignorância do doente. Mas é uma atitude muito frequente nos médicos recém-iniciados.

5. Atitude de **exploração**. Trata-se, neste caso, de recolher mais informações, exprimindo directamente a necessidade de saber ou a curiosidade do médico, através de perguntas como "diga-me mais sobre isso", "conte como foi". É, como vimos, uma atitude adequada, mas não sem limites. Em exagero, pode prolongar indefinidamente uma comunicação, distanciar-se dos assuntos relevantes, gorar a expectativa do doente e exprimir a insegurança do médico.

6. Atitude de **compreensão** empática. Ao contrário da simpatia superficial, e diferentemente do apoio, a atitude de compreensão empática implica uma partilha genuína com os sentimentos do doente, mas sem efusivas manifestações exteriores. A

neutralidade exterior exprime-se nas próprias respostas verbais que podem apenas reflectir, de um modo conciso, e com um enquadramento mais desejável, o que o doente comunicou: "vejo que sofre com essa dor e que às vezes não tem disposição para trabalhar". Esta atitude facilita a comunicação sem grandes percalços (S. Pacheco, 1989: 43) e é fortemente aconselhada como treino inicial da entrevista. A Psicoterapia Centrada no Cliente, com preocupações humanistas, baseia-se nesta atitude (Rogers, 1951, 1961).

Bibliografia complementar

Sobre dinâmica de grupos e diferenciação de papéis e funções, v. J. MAISONNEUVE – *A Dinâmica dos Grupos*, Livros do Brasil, Lisboa, 1967, pp. 65-78, e ainda S. W. LITTLEJOHN – *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*, Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988, pp. 253-286.

Sobre a noção de papel, v. D. K. BERLO - *O Processo da Comunicação. Introdução à Teoria e Prática*, Martins Fontes, São Paulo, 1960, pags. 135-164. Pode-se também consultar J. L. PIO ABREU – *O modelo do psicodrama Moreniano*, Ed. Psiquiatria Clínica, Coimbra, 1992. O papel de médico foi extensamente analisado por Talcott PARSONS - *El Sistema Social*, Alianza Ed., Madrid, 1982.

Sobre Análise Transaccional podem-se consultar os livros de Eric BERNE: - *Qué Dice Usted Después de Decir "Hola"?*, Grijalbo, Barcelona, 1994; - *Os Jogos da Vida*, Artenova, Brasil, 1974. Existem também alguns livros razoáveis de divulgação: S. WOOLAMS & M. BROWN – *Manual Completo de Análise Transaccional*, Cultrix, São Paulo, 1979, e M. KRACK, S. NASIELSKI & J. Van de GRAAF – *Introdução à Análise Transaccional*, Ed. Manole, São Paulo, 1984.

Sobre as atitudes de comunicação, ver o interessante texto de J. C. SOARES PACHECO - *Bases psicoterapêuticas na Prática Clínica*, Prémio Bial de Medicina Clínica 1988, em especial as pags. 39-64 que incluem numerosos exercícios para treino e auto-avaliação.

Exercícios

1. Peça-se a duas pessoas para representarem duas mães, amigas de infância, combinando as próximas férias. A conversa deve desenrolar-se à volta do prazer e descanso vislumbrado, dos orçamentos e da necessidade de dar férias aos filhos, supostamente pequenos. Peça-se contudo a essas pessoas para se sentarem no chão quando se sentirem no papel de "criança", para se sentarem numa cadeira quando se sentirem no papel de "adulto" e para se porem de pé quando se sentirem no papel de "pai" (ou "mãe"). Cada uma destas posições tenderá a acompanhar, respectivamente, os temas assinalados.

2. Construa um "ergograma", ou seja, um gráfico de cinco barras que indique, comparativamente, a sua disposição a desempenhar cada um dos cinco "estados do eu". A soma das cinco barras deve dar 100%. Peça a outra pessoa que o conheça bem, que desenhe o seu "ergograma". Compare as duas versões.

3. Tente detectar qual é a sua atitude de comunicação mais frequente na relação com doentes. Faça o exercício indicado nas págs. 49-60 de *Bases psicoterapêuticas na Prática Clínica*.

Capítulo 5
Teorias da Argumentação

I - Introdução histórica e teórica

A filosofia contemporânea da linguagem

Reflectindo o "boom" comunicativo da sociedade, a filosofia contemporânea dedica grande importância aos problemas da comunicação e, em particular, à linguagem verbal. Toda a história começou quando, no início do século, os positivistas lógicos tentaram reduzir a lógica e a própria linguística à matemática, procurando encontrar uma linguagem formal que pudesse exprimir o mundo na sua totalidade e sem ambiguidades. Ficou célebre o modo como Wittgenstein (1961 :142) terminou o seu *Tractatus Logico-Philosophicus*: "Acerca daquilo de que se não pode falar, tem que se ficar em silêncio".

É certo que, logo de imediato, Wittgenstein inviabilizou esta pretensão no livro que escreveu a seguir (*Investigações Filosóficas*), onde a linguagem é apresentada como se tratasse de um jogo, ou de "jogos de linguagem". Começa aqui a renúncia à pretensão de uma verdade absoluta. Descobriam-se entretanto outras funções da linguagem, para além dela constatar factos do mundo. O certo é que uma frase, pelo facto de ser pronunciada, passa a fazer parte do mundo (Austin, 1986) e assim contribuir para a sua mudança, tal como todos os resultados da actividade humana.

Os interesses da filosofia deslocam-se então da procura das verdades teóricas, distantes das pessoas, para a sua utilização na prática social inter-comunicativa. Um passo mais na desorganização da racionalidade absoluta seria dado pela valorização da acção comunicativa (Habermas, 1981) e da argumentação, como forma viva da linguagem que permite chegar ao consenso. Mas a argumentação remete-nos finalmente para a prática argumentativa, para os diversos modos ou estratégias para promover o acordo com as ideias argumentadas. Foi isso que Aristóteles designou como Retórica, a arte de bem dizer.

Desprezada durante séculos como eloquência improdutiva, eis que a retórica é reabilitada no fim do Século XX. Esta visão tem, pelo menos, a vantagem de tornar claro que não existe verdade aceite fora de alguma estratégia para a sua imposição, do mesmo modo que não existem acções desinteressadas. No fim deste século, podemos de facto perguntar quantas verdades absolutas e quantas acções para o bem comum não escondiam, na realidade, interesses ocultos e imposições camufladas. E basta olhar para os meios de comunicação social para ver como, de facto, a retórica orienta as nossas verdades do dia a dia. De qualquer modo, apenas terão alguma perenidade aquelas opiniões que sobreviverem aos múltiplos jogos retóricos em conflito, ou seja, à discussão argumentativa.

Segundo Aristóteles, a oratória, de que a Retórica se ocupa, incluía 3 géneros baseados na prática ateniense. Em primeiro lugar teríamos o género **deliberativo**, próprio dos contextos políticos, que tem a ver com acontecimentos futuros; o orador terá de convencer uma assembleia a tomar uma decisão, que geralmente se baseia nos seus critérios de utilidade. Depois vem o **judiciário**, próprio dos tribunais, que tem a ver com acontecimentos passados; o orador terá aqui de convencer o juiz, ou o grupo de jurados, sobre a existência dos factos e da sua justiça. Finalmente temos o género **epidíctico**, próprio dos concursos oratórios que se pronunciavam sobre o presente, mas em que o orador teria de convencer os espectadores de que ele era o mais talentoso de todos os concorrentes.

A Nova Retórica

Este último género, cuja função não se vislumbrava, foi desprezado como exercício de eloquência e retórica vã. Contudo sobreviveu, e podemos reencontrá-lo nos discursos fúnebres, nas aberturas e tomadas de posse e em todos os actos institucionais. Os novos adeptos da retórica (Chaim Perelman, 1977) consideram-no mesmo fundamental, na medida em que ele, sem implicar uma decisão imediata, tende a reforçar, no auditório, as crenças que levam a decisões futuras. As crenças não têm o estatuto de verdades lógicas, mas são partilhadas por uma comunidade, do mesmo modo que os lugares comuns, ou *topoi* – convicções meramente prováveis ou plausíveis, mas mesmo assim partilhadas e geralmente aceites. Uma e outras formam as bases de todos os raciocínios e decisões, e é através delas que se podem distinguir os diversos auditórios: cada um deles manifesta, à partida, maior adesão a certas premissas do que a outras.

Ora, o que caracteriza a nova retórica, é exactamente a relação do orador com o seu auditório. Sempre que se comunica ou argumenta, tem-se em vista um auditório, e o que se diz não é independente dele, sob pena de falta de sentido. O orador tem de se adaptar ao auditório, e isso significa conhecer as premissas que ele aceita à partida, para elaborar uma estratégia de exposição que o leve a aceitar como suas as premissas do orador. A eficácia retórica consiste neste grau de adesão às novas premissas.

Este critério pode estender-se a qualquer tipo de comunicação informativa, embora nem sempre os auditórios sejam concretos e actuais. Um escritor, quando escreve, tem em vista um determinado público, que se pode concretizar ou não. O político que se dirige a uma assembleia sabe que os órgãos de comunicação irão difundir a sua mensagem pelo público, e provavelmente será este último o auditório visado. Um agente de publicidade sabe a fatia de audiência televisiva que quer influenciar, e colocará o seu produto nas horas mais adequadas a tal audiência. Mas o auditório pode ser uma só pessoa, ou mesmo o próprio orador, o que generaliza as teorias da argumentação ao próprio diálogo íntimo, ao pensamento que precede as nossas decisões, aviva a nossa memória e reforça as nossas crenças. Finalmente, o auditório pode ser real ou virtual e, neste último caso, pode ser o auditório universal. Se o auditório visado for constituído virtualmente por todas as pessoas competentes na matéria argumentada, a eficácia retórica corresponde à noção de validade, tal como é entendida pelo racionalismo.

Em qualquer destes casos, nunca o orador apenas emite as suas opiniões, dado que assim perderia toda a eficácia. Pelo contrário, ele deve, antes de mais, partir das premissas que o seu auditório aceita. E procedendo por passos argumentativos, fará com que o auditório se aproxime, progressivamente, das que lhe quer impor. A Retórica consiste no estudo dos meios de obter esta aproximação, bem como da estratégia da sua utilização.

Crenças e lugares comuns

Se são as crenças e lugares comuns que caracterizam os diversos auditórios, vale a pena uma rápida análise destes conceitos antes de entrarmos nas aplicações práticas da Retórica. Deve-se, em primeiro lugar, distinguir as crenças dos dogmas, que eram as verdades impostas e inatacáveis que caracterizaram a filosofia medieval. Os dogmas, que impunham, mas também correspondiam a crenças comuns, foram contestados pela filosofia e pela ciência quando se adaptavam mal à vida de então. Mesmo assim

permaneceram muitas crenças, enquanto que outras se criavam. Uma das mais recentes é a crença na superioridade da ciência.

As crenças mais conhecidas e difundidas, como a da existência de Deus, da vida para além da morte, das origens remotas do universo, ou da bondade do progresso social, são dificilmente falsificáveis, já que se dirigem a factos muito distantes do nosso alcance. Ainda que o fossem, elas distinguem-se das simples ideias, erradas ou certas, por serem partilhadas por vários membros de uma comunidade. Ora, nas sociedades ocidentais de hoje, elas são consideradas do foro privado, como se tivessem de ser clandestinas e não partilhadas. Contudo, elas existem, insuspeitadamente, e nunca se viu uma tal profusão de seitas e religiões cimentadas por fortes e surpreendentes crenças, como nos nossos tempos caracterizados pelo pensamento crítico e iconoclástico. É pois bem plausível que necessitemos delas para viver, ao contrário do que é proposto pelos adeptos do fim das ideologias.

Para o pragmatismo americano, iniciado por William James e Charles Peirce, todo o pensamento humano se move da dúvida para a crença (*belief*), mesmo depois da nova crença ser posta em dúvida. A dúvida é o desequilíbrio e a crença o equilíbrio, ou adequação (Murphy, 1990: 35). Mas, mais do que isso, as crenças precedem e determinam a acção, que não existe fora delas. Sendo assim, "as crenças são regras para a acção, e toda a função do pensar não é senão um passo na produção de hábitos de acção" (*ibidem*:61). O valor das crenças, ou sua verdade, pode assim ser medido pela vantagem que as acções delas decorrentes nos trazem. As verdades comuns são assim crenças que se baseiam na experiência de uma dada comunidade. As verdades, mesmo as verdades científicas, que não sejam baseadas na experiência comum, terão de ser ensinadas. Mas o ensino não é senão uma variante da retórica apodíctica.

O conceito de crença, assim definido, generaliza-se então a todas as convicções assumidas no dia a dia, tanto adequadas (crenças "verdadeiras" ou "racionalis") como inadequadas (crenças "falsas" ou "irracionalis"). Foi sobre estas bases que os psicólogos cognitivistas (Ellis, 1973; Beck *et al.*, 1985, 1990) elaboraram as suas psicoterapias. Para estes, todo o comportamento inadequado tem subjacente uma assunção irracional. Alguns exemplos são a crença de que *se deve ser sempre perfeito*, de que *a vida é demasiado difícil para nós*, de que *a maior parte das outras pessoas são mal intencionadas*. A terapia consiste então em evidenciar estas assunções (muitas vezes apenas tácitas, pelo automatismo do seu uso) e argumentá-las com vista a transformá-las em crenças racionais. Uma questão que é vagamente abordada por Beck (*et al.* 1985), mas deixada em aberto, é saber até que ponto as crenças estão submetidas ao presente estado emocional, e até que ponto cada estado emocional implica um diferente pacote de crenças, como diz José António Marina (1995).

Mas as crenças são também estudadas em teoria da comunicação sob o nome de profecias auto-realizáveis (*self-fulfilling prophecies*). Elas consistem em convicções que se auto-confirmam, devido às acções que delas decorrem (Deaux *et al.*, 1994: 137-140). O exemplo típico é o da rapariga que, acreditando que os outros não gostam dela, se torna antipática e leva a que, de facto, os outros não gostem dela. O comportamento destrutivo está cheio de profecias deste tipo: pode-se imaginar o que aconteceria se todos os países acreditassem na inevitabilidade da guerra atómica ou todas as pessoas acreditassem no fim do mundo a curto prazo. As crenças pertencem, assim, tanto ao comportamento patológico como normal. A crença na cura ou no agravamento de uma doença vai certamente influenciar o seu curso para bem ou para mal.

Significa isso que, ainda que não acreditemos em crenças (o que já é uma forma de crença), estamos sempre a assumi-las no dia a dia. A acção dirige-se para o futuro, e nunca se pode orientar pela "verdade científica" (se é que ela existe) porque existe

sempre um grau de incerteza no futuro. Temos então essas verdades probabilísticas, ou apenas plausíveis, a que podemos chamar crenças, mesmo que elas tenham apenas o estatuto de **lugares comuns**, como lhes chamou Aristóteles. Esse assunto foi por ele tratado nos Tópicos. Os lugares comuns, ou *topoi*, são convicções vulgares, mais ou menos partilhadas, que implicam juízos valorativos e assim orientam as nossas escolhas. Estão neste caso, por exemplo, as noções de que "*o mais durável e estável é preferível ao que for menos*", ou de que "*o bem mais evidente é preferível ao bem menos evidente, e o mais difícil ao que é menos difícil*" (Tópicos: 94).

Todas estas crenças, que são de facto argumentáveis, mas não plenamente demonstráveis, estão na base dos nossos juízos de valor e das escolhas que fazemos. A adesão a elas pode ser reforçada pela retórica epidíctica. Com isso se pode, não propriamente determinar uma acção, mas reforçar persistentemente a tendência para a acção. E toda a argumentação terá que ser feita no conhecimento do tipo de crenças e lugares comuns que o auditório partilha.

Pressupostos e implicações

Outro aspecto importante no que respeita ao auditório é conhecer os seus pressupostos. E isto pela evidência de que um discurso audível, para além de ter de ser relevante e claro, deve ser tão informativo quanto necessário, mas não mais do que isso. De facto, uma informação pode ser dita em poucas palavras; mas se quiséssemos ser completos e exaustivos teríamos sempre de empregar o dobro ou o triplo das palavras que habitualmente usamos, o que seria cansativo e desinteressante para o auditor. Existem, portanto, em todos os discursos, afirmações que não são expressas, ou porque estão implícitas nas afirmações expressas, ou porque são pressupostas por ambos os interlocutores.

O problema das implicações e pressuposições envolve numerosas questões lógicas e pragmáticas (para revisão, v. A. D. Rodrigues, 1996: 103-128). Uma das mais interessantes tem a ver com a intersubjectividade e a distinção entre "mundo cognitivo comum" e "mundo cognitivo mútuo". Se eu disser a uma pessoa "Vamos lá então", e ela responder "Vamos", podemos estar a entender sobre alguma coisa que está pressuposta. Pode ser, por exemplo, a saída para o cinema, se partirmos do princípio que tanto ela como eu sabemos que corre um filme X no cinema Y. Trata-se aqui de um **saber comum**. No entanto, a conversa não terá ainda qualquer consequência, 1) se eu não souber que ela sabe que corre o filme X no cinema Y, 2) se ela não souber que eu também o sei, 3) se eu não souber que ela sabe que eu também o sei, e assim sucessivamente. Este é o campo do **saber mútuo**, que se pode definir na progressão infinita de "eu sei", "tu sabes que eu sei", "eu sei que tu sabes que eu sei", "tu sabes que eu sei que tu sabes que eu sei",

O saber mútuo ou inter-subjectivo, depende das trocas comunicacionais anteriores e da partilha de experiências comuns. Depende portanto do relacionamento prévio, e aumenta na medida em que aumentar a intimidade e aquilo a que podemos chamar cumplicidade. Duas pessoas cúmplices reservam para elas o seu saber mútuo, de tal modo que uma pequena troca de sinais, verbais ou não, pode ter um enorme valor informativo com base nos pressupostos comuns. Costuma assim ser nas relações de amizade em que o saber mútuo está equilibrado. No entanto, quando esse saber se desequilibra, ou seja, quando um sabe mais do outro do que o outro do primeiro, este último mantém sobre o interlocutor uma relação de poder. Tal desequilíbrio ocorre frequentemente nas relações entre pais e filhos, mas é também um problema na relação médico-doente.

II - A Retórica na prática dos médicos

Os médicos e a Retórica

A retórica, depois de ter sido considerada vazia de utilidade, corre, na sua nova versão, o risco de se considerar como poderosa técnica manipulativa. Como qualquer tecnologia, ela pode ter boas e más utilizações. Mas quanto mais generalizado for o seu conhecimento, mais efeitos perversos se podem anular pelo jogo de argumentações.

O médico, ao contrário de um advogado ou de um técnico de *marketing*, não tem de ser perito em retórica. Não pode, contudo, deixar-se submergir perante a retórica dos interesses económicos ou de poder, que cada vez mais invadem a actividade científica. Sobretudo aos clínicos, que partilham a relação diária com os seus doentes – objectivo último da medicina – compete-lhes defenderem, com eficácia, os interesses deles, perante os diversos auditórios que frequentam. De facto, a ciência oficial é, cada vez mais, proposta por mestres da retórica que dispõem de cada vez menos tempo para fazerem clínica, e portanto para conhecerem os doentes reais.

Por outro lado, os médicos exercem, junto dos seus doentes, uma actividade persuasiva. Muitas vezes terão de modificar as suas crenças. E nada é mais desgastante do que, utilizando procedimentos tecnicamente correctos, registar o seu fracasso por ineficácia da comunicação com os doentes. Vale portanto a pena uma breve introdução aos procedimentos argumentativos.

Abertura e enquadramentos

Todo o discurso começa pelo *exórdio* – um conjunto de cumprimentos, mais ou menos ritualizados, que têm por objectivo suscitar a benevolência dos auditores, mas também podem definir um conjunto de valores comuns que identificam o orador com o seu auditório. Sem este passo (que corresponde à fase metacomunicativa da consulta médica) seria improvável que se pudesse estabelecer uma relação adequada. Mas trata-se, de facto, da aceitação, por parte do orador, das premissas mais gerais que o auditório pressupõe.

Estabelecida, porém, a relação, o passo seguinte é crucial. Ele consiste em fazer com que o auditório, para além de ouvir benevolentemente o orador, se prepare para a mudança, ou seja, crie alguma tensão motivadora para a audição das suas palavras. Em psicologia chama-se a isto induzir expectativa. E todo o orador sabe que a eficácia do seu discurso resulta da expectativa que conseguiu induzir nos primeiros minutos, ao que corresponde, como vulgarmente se diz, "ter o público nas mãos".

O método para induzir expectativa pode variar. Trata-se de despertar emoções, para o que não existem regras fixas. Em geral, corresponde a uma mistura de sedução e de surpresa. Pode ser uma história, uma afirmação controversa ou uma anedota surpreendente, mas suficientemente trivial para que não induza resistências. De qualquer modo, esta abertura deve apontar de algum modo para os passos da argumentação, senão enunciar mnemonicamente o seu conjunto. O prefácio de um livro ou o sumário de um artigo cumprem este desígnio, contando que sejam suficientemente curtos e agradáveis de ler.

Dado que se trata de uma estimulação emocional, o acompanhamento não verbal é importante na abertura. Pode tratar-se dos gestos expressivos, do olhar, da ênfase colocada nas questões, ou do tom de voz. Um aspecto importante é saber jogar com as

pausas e o silêncio. Um silêncio um pouco mais prolongado do que o habitual, é sempre um bom processo de induzir atenção e expectativa no auditório.

Durante a argumentação, podem existir momentos em que se muda de assunto ou de direcção, para o que se terá de fazer uma nova abertura, como se se tratasse de um novo capítulo ou de um subtítulo. Tal como os espaços nas mensagens escritas, os silêncios são separadores nas mensagens orais. Uma nova abertura, nestes casos, tem o nome de enquadramento (*frame*). Mais curtas do que a abertura principal, elas são geralmente acentuadas por expressões conhecidas: "Vamos lá agora falar disto...", "Agora vamos considerar as questões seguintes...". As regras enunciadas para a abertura também se podem aplicar aos enquadramentos.

Tanto as aberturas como os enquadramentos desempenham, afinal, a mesma função que as molduras dos quadros ou os genéricos dos programas televisivos: são referências ao contexto, definem o sentido contextual (cf. A. D. Rodrigues, 1993: 141-156).

Questões e respostas

Já vimos que o ponto de partida do orador não pode estar muito distante das teses admitidas pelo auditório. De entre o seu conjunto, trata-se de escolher as que sejam mais relevantes no sentido da expectativa do auditório, e simultaneamente adequadas às premissas que se introduzirão a seguir. Todo o orador sabe quanto é útil, para essa escolha, colocar-se previamente no auditório, falar com os seus elementos, sentir o clima emocional do momento. Se possível, tratar-se-á de indagar sobre as suas crenças, pressupostos e expectativas, o que implica algumas perguntas.

Em condições muito especiais, essas perguntas podem ser feitas, de facto, ao conjunto do auditório. Em discursos políticos ou religiosos, esta técnica pode parecer demagógica, mas é bastante eficaz, sobretudo se se está seguro de que o auditório seja bastante homogéneo e esteja emocionalmente predisposto a responder em coro. Mas as perguntas também podem dispensar uma resposta efectiva, admitindo que o orador conhece a resposta (o que, de facto, ocorrerá se ele conhecer os seus pressupostos) enquanto põe o auditório a pensar nela. A observação do comportamento não-verbal do auditório dará ao orador um *feed-back* ligado à obtenção dos seus desígnios; se eles forem conseguidos, a premissa seguinte deverá estar muito perto dessa resposta.

Se o auditório for constituído por uma só pessoa, como na relação médico-doente, a técnica do questionamento pode ser prosseguida sem limites, tal como Sócrates fazia com os seus interlocutores. Não se trata porém de demonstrar o erro, mas sim de fazer o auditor passar, progressivamente, das suas próprias teses, àquelas que o orador deseja propor. Através de um questionário bem elaborado não é impossível fazê-lo, e esse é mesmo o melhor método para persuadir auditores imprevisíveis e tendentes ao desacordo. A persuasão terminará quando, dada a resposta que corresponde à conclusão do orador, este não tem mais do que repeti-la em eco.

A relação médico-doente, onde é aceite que o doente se deve dar a conhecer ao médico, mas não o médico ao doente, é um dos casos em que o saber mútuo se pode tornar assimétrico e susceptível de determinar relações de poder⁷. Saber de mais sobre o

⁷A possibilidade de o médico também se dar a conhecer (*self-disclosure*), é um assunto discutido (Hargie *et al.*, 1994: 219-244), mas que pode reduzir essa assimetria. Pode, ocasionalmente, consistir numa

doente, sem contrapartidas, aumenta o poder do médico. Um questionamento clinicamente pouco relevante e que se oriente neste sentido, pode assim despertar resistências do doente e criar problemas na relação. Trata-se pois de uma questão delicada, que apela ao bom senso e ética irrepreensível. Mas o problema agrava-se especialmente quando a relação se transporta, do contexto clínico, para outros contextos sociais, o que, em geral, se deve evitar.

Exemplo, ilustração e modelo

Com as notícias televisivas todos ficámos a saber quanto o presenciar de um facto ou acontecimento influencia as nossas crenças. Fazer o auditor presenciar factos pode ser um recurso da oratória, mas o seu uso corre o risco de distrair o auditório ou de levar as suas premissas para longe do caminho pretendido. Mais frequentemente, a presença impõe-se através de descrições verbais do orador que constituem, quer exemplos, quer ilustrações, ou ainda modelos.

Os **exemplos** servem geralmente para deles retirar uma regra. Trata-se portanto de inferir por generalização, o que o auditório pode contestar. Contudo, se usarmos vários exemplos e eles forem relevantes e já admitidos pelo auditório, este pode aceitar a regra. Se o exemplo constituir um **precedente**, como a cura de um determinado doente, ele pode, só por si, apoiar uma crença. Pelo contrário, se quisermos desfazer uma regra estabelecida, bastará apenas apresentar um exemplo relevante – o **contra exemplo** – que não seja coberto por essa regra, e ela desvanecer-se-á. Ao auditório que queira manter a regra só lhe resta contestar o contra-exemplo, o que será difícil se ele for relevante e bem escolhido.

Ao contrário do exemplo, a **ilustração** segue-se a uma regra que já foi admitida, e tem o objectivo de permitir a sua melhor compreensão. Como tal, basta uma descrição bem elaborada para ilustrar a regra já proposta. Uma boa técnica de exposição é fazer seguir qualquer explicação da sua ilustração descritiva, antes de se entrar na explicação seguinte.

Finalmente, se o exemplo for referente a uma pessoa com prestígio, ela pode servir de **modelo** ao auditório, que não deixará de a imitar. Mas também se podem usar contra-modelos: neste caso, pode-se descrever o comportamento de uma pessoa desvalorizada, eventualmente sob forma de anedota, para induzir o auditório em crenças e comportamentos contrários àqueles que se descreveram.

Argumento de autoridade

O auditório reconhece geralmente a autoridade de determinadas pessoas em certos assuntos, e aceita como válidas as premissas que elas pronunciaram. Torna-se eficaz e fica sempre bem citá-los: é uma prova de conhecimentos, de humildade e de apoio ao que se diz. Porém, o abuso que se tem feito do argumento da autoridade, leva os auditórios mais críticos a desconfiarem dele.

O *marketing* abusa frequentemente do argumento de autoridade, colocando pessoas de prestígio a falarem de assuntos que não eram do seu domínio. E sabe do

concessão do médico ao doente que se encontra fragilizado por uma exposição excessiva, mas corre o risco de transformar a relação médico-doente numa relação íntima. Deve-se ainda evitar ceder à tentação de responder à curiosidade do doente, algumas vezes motivada pela necessidade que este tem, por problemas da sua personalidade, de inverter a relação de poder.

prestígio que, junto de uma determinada classe profissional, pode ter um autor ou uma equipe de autores estrangeiros, mesmo desconhecidos. Por outro lado, o pressionamento académico do argumento de autoridade leva a que muitos autores conhecidos sejam citados de memória, em segunda mão (citações de citações de outros autores), ou retirados do contexto.

Há pois que ser honesto com as citações, definindo o âmbito da autoridade em causa e o contexto das suas premissas, referindo os livros (e, dentro do possível, as páginas) onde podem ser encontradas, ou mesmo as transcrições originais. Claro que todo este trabalho depende dos nossos objectivos e do auditório que queiramos atingir. Se queremos apenas reforçar, perante um auditor pouco exigente, uma premissa já admitida, basta um aforismo de um pensador mais conhecido, ou apenas desse pensador que é o povo: um provérbio popular.

Indução de medo

Embora a indução de medo não seja uma boa técnica retórica, cabe aqui uma referência porque, aparentemente, será um modo cómodo de persuadir. É uma tentação de todos os demagogos, mas também um método abusado por alguns médicos: "você pode morrer, ou ficar incapacitado, se não fizer isto e aquilo". O problema está em saber se, de facto, se está a induzir medo, ou apenas a modificar as crenças (Hargie et als., 1995: 263); só neste último caso existirá alguma eficácia. Contudo, a diversidade de efeitos é dificilmente controlável e os resultados podem ser imprevisíveis. No caso da relação médico-doente, pelos sentimentos negativos que acarreta, e pela dependência que provoca, se a indução de medo for eficaz, ela acaba por ter um efeito mais patogénico que persuasivo.

Analogia, metáfora e metonímia

Não existe diferença substancial entre uma metáfora e uma analogia, já que a primeira subentende a segunda. Quando se fala da *Primavera da vida* está-se implicitamente a comparar o ciclo da vida ao decorrer do ano, e a plenitude do sol à plenitude do viver. No entanto, é a própria metáfora que, quando usada, sugere a analogia, e assim flexibiliza o pensamento e enriquece a imaginação. Por essa razão elas se usam em poesia. Daí que os lógicos as achem pouco rigorosas e menos adequadas ao raciocínio rigoroso. No entanto, uma breve análise dar-nos-á conta do enorme número de metáforas usadas no raciocínio comum e científico. Por exemplo, enquanto o francês tende a procurar neologismos de raiz greco-latina para as suas palavras técnicas, a língua inglesa socorre-se de metáforas para o mesmo efeito (Yaguello, 1981: 151)

Existe assim o risco de tomar a analogia pelo conceito original (tomar o foro pelo tema) e inventar, na sua base, uma nova coisa, ou coisificar ("reificar") um nome. O conceito popular de medicina está cheio destas analogias coisificantes. O mais frequente é entender qualquer doença como se fosse um bicho (um "cancro" ou uma "cancra") que vive dentro do corpo. Existem porém factos complexos que não se podem descrever senão por analogias. Por isso nos é lícito usá-las, sobretudo quando queremos aproximar do auditor, ou fazê-lo compreender, um tema que de outro modo seria de difícil explicação. Mas, para que o foro não seja tomado pelo tema, há que ressaltar claramente de que se trata de uma imagem, ou que é "como se".

A retórica vulgar, sobretudo a argumentação política, está cheia de metáforas e analogias. É muito frequente comparar um grupo político com uma equipa de futebol, e

um político desastrado com o jogador que mete golos na própria baliza. Tal como neste caso, o foro da analogia deve ser então um assunto muito comum e do dia a dia, sobre o qual o auditor está habituado a fazer juízos de valor e a exprimir emoções fortes.

A **analogia** tem assim o efeito de compreensão rápida e estimulação emocional. A **metáfora**, para além desta estimulação, pode ter um efeito surpreendente e estimular a imaginação. Mas uma outra forma de provocar reacções é o uso da **metonímia**.

Já vimos que a metonímia consiste em tomar a parte pelo todo, usando a primeira para sugerir o segundo. Dizer que alguém se apresentou num Mercedes pode ser uma descrição aparentemente inofensiva e sempre desculpável, mas que diz muito sobre esse alguém. É um modo de dizer algo sem assumir a responsabilidade. É mais uma técnica de sugestão do que de persuasão. Por isso se usa muito em publicidade, mas cria mal-entendidos numa relação inter-pessoal consciente.

Dissociação de conceitos

Chaim Perelman chama a atenção para o pouco interesse que a dissociação de conceitos tem tido na Retórica. No entanto, foi através deste procedimento que as grandes ideias se impuseram à humanidade. É o caso da distinção nómeno/fenómeno, essência/existência, língua/fala, significado/significante, sujeito/objecto. Feita a distinção, após uma dificuldade irresolúvel, pode tomar-se como substância da argumentação qualquer um dos termos. A filosofia terá porventura evoluído através desta estratégia.

A dissociação está assim mais perto das estratégias da retórica filosófica do que da retórica comum. Mas isso não exprime senão o facto dela ter de se elaborar cuidadosamente, com argumentos e exemplificação. E, tal como as metáforas em qualquer língua, as dissociações de conceitos são um património adquirido pela cultura.

O pensamento menos desenvolvido, como o infantil, o primitivo e o sub-cultural, caracteriza-se pela condensação sincrética de vários conceitos. Argumentar a sua dissociação, do modo aceite pela cultura, é uma forma de ajudar a desenvolver o pensamento. Mas é também uma forma de melhor entender o outro e de melhor fazer o outro entender-se a si próprio. Na relação médico-doente faz-se amplo recurso à argumentação por dissociação de conceitos. É assim que se pode distinguir entre dor e moedoiro, entre prurido e ardor, entre doença e indisposição, entre suspirar e respirar, entre culpa e vergonha, entre ansiedade e angústia.

Fecho

Um aspecto importante na argumentação, ou num exercício retórico, é o modo de acabar. O bom senso dirá que se deve terminar quando existe acordo: os contendores abraçam-se ou a assembleia, entusiasticamente, bate palmas ao orador. E assim poderá ser, idealmente. O abraço, e os seus sucedâneos, bem simbolizam o encontro para que os homens tendem... fugazmente. Mas, numa argumentação bilateral, não se exclui que alguém se convença por se sentir derrotado, ou por não ter qualquer outro argumento... até ver. E também pode acontecer que a discussão apenas termine por cansaço, deixando os argumentadores mais distantes do que se encontravam no início. Todos estes casos pertencem porém à retórica ineficaz.

Na retórica que procura ser eficaz, orador e auditório ficarão mais aproximados no fim da interacção do que anteriormente. Daí que Meyer (1994: 42) a defina como a negociação da distância entre os sujeitos. Uma distância que se encurta

progressivamente, pelo que os mais importantes argumentos (mas nem sempre a conclusão definitiva) devem estar no fim. E também no final, tal como no princípio, se torna conveniente um novo ritual de comunhão com o auditório. Pode ser um elogio, um agradecimento, uma esperança comum. E isto, independentemente de o auditório estar plenamente convencido.

De facto, exceptuando situações raras de oratória apodíctica (como o elogio fúnebre), nunca a eficácia retórica é plena. Essa pretensão poderia mais facilmente afastar o auditório, criando resistências à partida. O orador pode ter as suas teses. Mas ele não tem que dizer a verdade (a *sua* verdade, que é sempre relativa), ele tem que aproximar o auditório das suas teses. E, para isso, é muitas vezes melhor deixar as teses sugeridas mas não concluídas, dando tempo ao auditório para pensar, submeter as novas ideias à experiência e concluir por si. Muitas vezes terá que ficar apenas por parte da exposição, deixando a continuação para ocasiões futuras. Os bons psicoterapeutas sabem bem deste assunto, pois que nunca emitem, à partida, a sua opinião sobre o cliente. Chegam a levar anos, em sessões semanais, para que o cliente se torne capaz de admitir opiniões a seu próprio respeito que são evidentes para a maioria dos observadores, e também para o psicoterapeuta desde a primeira observação. O mais difícil não é dizer as coisas, é colocar o cliente num estado em que as possa admitir.

Do doente aos outros auditórios

A opinião pública atribui ao médico conhecimentos invulgares que poderiam resolver os principais problemas da vida. Daí que quando o auditório do médico é constituído por um doente ou alguém que espera obter os benefícios de tais segredos, está criado o clima de expectativa que facilita a actividade retórica do médico. Se a retórica é eficaz, ou seja, se o auditor interpreta adequadamente o orador, e se no fim as suas ideias se aproximam, ou se, pelo contrário, as suas ideias se afastam por mau entendimento do auditor, essa é outra questão. De qualquer modo, o auditor manter-se-á atento, dando ao médico uma sensação de que as suas palavras são importantes.

Quando a retórica dos médicos passa, porém, aos outros auditórios, nem sempre lhe é prestada a mesma atenção, suscitando curiosas reacções da sua parte. Uma delas é o silêncio que esconde, de facto, uma atitude de superioridade e uma recusa da discussão. Outra é o obstinado apego a aspectos teóricos mal elucidados, ocasionalmente apresentados de um modo fastidioso e incompreensível, mas que são insusceptíveis de discussão por parte do auditório leigo.

De facto, a palavra do médico que faça clínica é socialmente importante. Não o é, contudo, pelos seus conhecimentos teóricos, que estão em constante mudança, mas pela sua vivência perto do sofrimento humano e dos problemas básicos que se colocam às pessoas. Talvez por isso, muitos clínicos enveredaram pela literatura, contribuindo decisivamente para o enriquecimento cultural da sociedade a que pertencem. Estes são porém casos extremos que aliaram a riqueza da sua vivência a um domínio intuitivo das artes da comunicação e da aproximação aos auditórios.

Nem sempre isso acontece com a generalidade dos médicos, que não têm formação específica nesta área. Assim, não só a sociedade deixa de partilhar a sua experiência humana, mas também o campo da actividade médica se deixa facilmente invadir pelas retóricas de poder ligadas a interesses políticos, económicos ou comerciais. As regras seguintes, que se relacionam com este capítulo e lhe servem de conclusão, parecem-nos úteis para corrigir alguma tendência para a ineficácia retórica dos médicos, quer em comunicações orais, quer escritas.

1. *Não se coíba de usar a palavra, mas não seja fastidioso* nesse uso. Só em circunstâncias excepcionais um ouvinte consegue prestar atenção a uma só pessoa a falar por mais de quinze minutos. Quanto à comunicação escrita, a sua profusão actual faz com que o leitor, na sua pré-selecção, tenha em atenção os aspectos mais ligados ao formato (e, conseqüentemente, ao *marketing*), do que ao conteúdo. Mas um texto redundante ou demasiadamente longo será rapidamente descartado, tanto pelos gestores editoriais, como pelo próprio leitor.

2. *Não exponha muitos temas de uma só vez.* Muitos estudiosos empíricos da comunicação estão de acordo que três assuntos correspondem ao limite que cada auditor pode apreender de uma só vez. De um modo anedótico, mas não irrelevante, corre nos meios de comunicação que uma boa intervenção oral deverá: 1) enunciar as 3 coisas que se vão dizer; 2) dizer e argumentar a primeira, a segunda e a terceira; 3) concluir, dizendo as 3 coisas que se disseram.

3. *Estruture a sua comunicação.* Destaque as ideias essenciais, se possível no início e no fim. Comece do geral para o particular. Não se esqueça de enquadrar cada nova ideia, e apresente os argumentos por ordem de força progressiva. Use os articuladores de enunciação e ligação (v. exercícios 4 e 5). Se for possível, faça com que cada assunto suscite uma questão relacionada com o assunto seguinte.

4. *Preocupe-se em manter o auditório curioso, atento e benevolente.* Uma história ou uma graça inicial podem ter este efeito. Ao longo da comunicação, as perguntas claramente expressas predisõem os auditores a aceitarem melhor os assuntos que se relacionam com elas. Os exemplos ou ilustrações, bem como analogias ou metáforas adequadas, são muito mais eficazes do que as habituais tabelas cheias de números incompreensíveis.

5. *Tenha a noção da complementaridade entre os vários suportes da comunicação.* Uma comunicação oral não é igual a uma comunicação escrita. A primeira, se for oportuna e bem aceite, pode chamar a atenção para a segunda, e assim livrá-la da sorte da maior parte dos textos actuais: a de não serem lidos. Ao contrário da prática habitual, seria mais adequado que cada comunicação oral pudesse fazer referência a uma comunicação escrita que a suportasse (e onde se possam encontrar as tabelas numéricas que as comunicações orais deveriam omitir).

6. *Não tenha medo de ser controverso, mas não seja radical.* Em ciência não há verdades eternas, e os consensos são sempre provisórios. Uma opinião controversa tem, pelo menos, o efeito de criar expectativa, senão suscitar uma discussão e assim fazer progredir o conhecimento. Se a sua comunicação não suscitou discussão, pode estar seguro que o auditório ficou tal como estava, ou seja, que não existiu eficácia retórica (a não ser que a sua comunicação fosse um mero ritual iniciático que, tal como o elogio fúnebre, apenas se destinasse a reforçar as crenças do auditório). No entanto, uma posição radicalmente divergente do auditório coloca-o numa situação difícil e ineficaz. Tenha então o cuidado de vincar os pontos consensuais e, se possível, partir deles para argumentar as suas divergências.

Bibliografia complementar

Sobre a filosofia contemporânea v. M. M. CARRILHO – *O que é a Filosofia*, Difusão Cultural, Lisboa, em particular o Cap. 7, pags. 69-79. Ver também, do mesmo autor, *Verdade, Suspeita e Argumentação*, Ed. Presença, Lisboa, 1990.

O livro de S. W. LITTLEJOHN - *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*, Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988, contém várias referências ao Interaccionismo Simbólico, de raiz norte americana, e uma apresentação de várias teorias relacionadas com a formação de crenças e sua mudança (pp. 162-201). Um excelente estudo sobre o Pragmatismo filosófico é constituído pelo livro de J. MURPHY - *O Pragmatismo, de Peirce a Davidson*, Ed. Asa, 1992

O livro de Chaim PERELMAN – *O Império Retórico*, Ed. Asa, Porto, 1993, é acessível em qualquer livraria. Na mesma editora e colecção podem-se encontrar vários autores conceituados no campo da filosofia da linguagem. Existem, em tradução portuguesa, alguns manuais de argumentação: A. WESTON – *A Arte de Argumentar*, Gradiva, 1996; P. OLÉRON - *A Argumentação*, Publ. Europa América, Lisboa, 1983.

Existe uma vasta bibliografia sobre o tema da persuasão, embora muita dela esteja virada para o *marketing* e se reduza a instruções empíricas e elementares, mas mesmo assim úteis. Apenas um exemplo: Malcom PEEL - *A Comunicação com Sucesso*, Ed. Presença, 1993. Com aplicação à relação de ajuda, o livro já citado de O. HARGIE, C. SAUNDERS & D. DICKSON - *Social Skills in Interpersonal Communication*, 3rd. Ed., Routledge, London and New York, 1994, contém indicações de extrema utilidade, em particular nos caps. 7 (Set Induction and Closure, pp. 142-174), 8 (Explanation, pp.175-193), 10 (Self-disclosure, pp. 219-245) e 11 (Influencing, pp. 246-267).

O livro *How to Do It*, editado pela British Medical Association, consiste numa série de pequenos artigos publicados pelo British Medical Journal, com instruções bastante úteis sobre as várias actividades de comunicação a que os médicos se podem dedicar, desde a preparação de uma conferência até à gestão de uma revista ou o uso de retroprojectores, o modo de atrair o leitor ou aparecer na televisão. O primeiro volume foi publicado em 1979 (2ª. Ed. em 1985), o segundo volume em 1987, e o terceiro em 1990.

Exercícios:

1. Tente encontrar uma analogia para vários conceitos médicos. Sugerimos os seguintes: conceito de ansiedade; riscos da hipertensão arterial (e incomodidade temporária do seu tratamento); aquisição de imunidade.

2. Depois de uma comunicação oral, imagine uma réplica de 3 minutos. Escreva num papel um ponto de concordância, um ponto de divergência, e um a três argumentos que suportem a divergência. Se quiser um argumento forte, utilize um contra-exemplo.

3. Considere um discurso forte, com impacto reconhecido (sugestões: o discurso de Martin Luther King pelos direitos dos negros, em 1963, ou o discurso de Marco António na peça *Julius Caesar* de Shakespeare). Analise a estrutura do discurso, e o recurso aos procedimentos retóricos indicados no texto.

4. Complete a lista das expressões verbais a seguir, que se podem usar para iniciar enquadramentos (articuladores de enunciação): "Para começar..."; "No que respeita a..."; "Vejam os casos de..."; "Convém notar que...";

5. Imagine uma ideia para expôr e escreva-a num só parágrafo. Comece por uma frase curta que exponha a ideia geral. Use a seguir algumas frases para argumentar. Nestas últimas faça uso dos articuladores de ligação ("De facto"; "Com efeito"; "Note-se que"; "Além disso"; "Por conseguinte"; "No entanto"; "Pelo contrário"; "Aliás"; "De resto"). Note a direcção do raciocínio que cada uma destas expressões induz no auditor. Pode terminar por um articulador de conclusão ("Em suma"; "Em conclusão"). Procure frases curtas em que se distingam claramente o sujeito, o verbo e os complementos. Pode no entanto imprimir algum ritmo, intercalando algumas frases longas.

**Apêndices
e bibliografia geral**

O modelo médico e a história clínica

Ponto prévio 1

Desde há alguns anos que se tem constatado, depois de inquiridos a clínicos experientes, que, três minutos em média depois do início da entrevista, o médico já tem um diagnóstico hipotético formulado (Sandifer *et als.*, 1970; Bourgeois, 1994). Ao não iniciado pode parecer que se trata aqui da proverbial pressa dos médicos, tanto mais que os clínicos inquiridos eram psiquiatras e o diagnóstico que procuravam não estava chapado na cara dos seus doentes. Mas é também proverbial dizer que o ponto alto da sagacidade médica está no "olho clínico" que mais não é do que a capacidade de fazer um diagnóstico à primeira vista. Para sermos honestos, porque não constatar que, pese embora os manuais académicos, o primeiro olhar de um clínico experiente vai mesmo directo ao diagnóstico que estará na sua cabeça tão depressa quanto possível? Ao fim de três minutos. Mesmo que depois se infirme.

Ponto prévio 2

Numa entrevista para o livro de Michel Salomon, *O Amanhã da Vida*, John Osborn cita outro inquirido. A vários clínicos foi enviada uma lista com um conjunto de sintomas que variavam de três a vinte. Perante os sintomas disponíveis na sua lista, os médicos eram convidados a fazer um diagnóstico. Como se poderia esperar, os diagnósticos eram incorrectos quando se dispunha de três ou quatro sintomas, mas iam melhorando até chegar aos oito sintomas. Mas quando se chegava aos doze, os diagnósticos eram de novo incorrectos, atingindo uma confusão total com um número de vinte sintomas. Osborn conclui que a mente humana é falível e que só o computador pode acertar.

Com a devida vénia, permito-me discordar. Dez anos passados sobre esta entrevista, o computador fornece aos clínicos humanos preciosas ajudas, em particular as imagiológicas, mas ainda não os conseguiu substituir. As extraordinárias criações da mente humana foram feitas com um "span" (ou seja, o número de elementos que a mente humana pode apreender de uma só vez, que se pode medir por testes e corresponde ao "buffer" do computador) de apenas 7 a 9 dígitos. Convenhamos que este é o número ideal de elementos a partir do qual o clínico formula o seu diagnóstico.

Ponto prévio 3

Quem conhece a análise factorial sabe as preciosas informações que este procedimento matemático, bem como os processos multivariados dele derivados, nos pode dar. Toda a estatística moderna assenta neles. Basicamente, a análise factorial parte da matriz de correlações calculadas entre um dado número de variáveis diferentes (Comrey, 1973). A correlação consiste num valor que varia de -1 a +1, o qual nos dá a conhecer o âmbito em que duas variáveis diferentes sofrem variações simultâneas no sentido inverso (valores negativos) ou directo (valores positivos), ou são independentes (quando os valores se aproximam de 0). A partir da correlação de cada variável com todas as outras, dispostas numa tabela quadrada simétrica, esta análise permite encontrar grupos de variáveis ponderadas, chamados factores, que se definem com uma

certa independência uns dos outros, e nos orientam para as influências que subjazem por detrás da aparência multifacetada das variações medidas.

A análise factorial é um procedimento complexo que sofre, à partida, de um problema que tem motivado as maiores discussões: trata-se do valor a colocar na diagonal, ou seja, o grau em que cada variável se correlaciona consigo própria no contexto da experimentação realizada. Não há solução satisfatória para o problema, uma vez que este valor só se pode conhecer depois da análise completa e esta, por sua vez, depende dos valores lá colocados inicialmente. A solução mais razoável tem consistido na atribuição inicial de um valor convencional (que pode ser 0, 1, ou um valor intermédio, segundo o método escolhido), encontrar os valores depois da primeira análise e colocá-los na diagonal, para se fazer nova análise e encontrar novos valores que lá se colocarão, e assim sucessivamente, voltando-se ao princípio tantas vezes quantas as que se convencionarem necessárias.

Os procedimentos iterativos que acabámos de descrever foram viabilizados pelos computadores. Hoje, eles fazem parte de qualquer pacote de "software" estatístico, mas invadiram rapidamente outros procedimentos computadorizados, incluindo a inteligência artificial. De facto, eles fazem-nos assumir que não existem verdades mas sim suas aproximações, e que estas melhoram sempre que, depois de uma descoberta, se volta ao princípio. É muito provável que a mente humana funcione desta maneira, e que a procura clínica do diagnóstico seja, ela também, um processo iterativo.

Diagnóstico

O modelo médico parte da pesquisa de **sintomas** e **sinais**, para decidir, em tempo útil, um **diagnóstico**, um **prognóstico** e uma **terapêutica**. A base deste edifício é o diagnóstico clínico, que permite, em cada tempo, estruturar as decisões terapêuticas e as expectativas prognósticas. Ele é, ainda, a base da transmissão dos conhecimentos médicos.

Existem diagnósticos com vários níveis de precisão, cada um destes níveis necessários em cada tempo. O facto é que as decisões médicas têm um tempo útil que não pode esperar pela maior precisão obtida por processos morosos. Assim é numa emergência: o diagnóstico simples de anemia grave é suficiente para decidir uma transfusão, embora depois disso se possa precisar melhor o diagnóstico etiológico. De qualquer modo, nenhuma decisão terapêutica é lícita na ausência de um diagnóstico, mesmo que pouco preciso e com os riscos inerentes, mesmo que não seja explícito, mesmo que só exista na cabeça do médico que decide. Aqui, como em tudo, o óptimo é inimigo do bom.

História clínica

Um diagnóstico tem associado o diagnóstico diferencial, e ambos se procuram no percurso da história clínica. Esta história tem uma ordenação que, com uma ou outra variante segundo as especialidades ou escolas, está mais ou menos estabelecida e obedece a uma consensualidade no seio da classe médica. Na nossa opinião, ela é o melhor meio de chegar (e aprofundar) ao diagnóstico principal (*Dp*), sempre confrontado com os diagnósticos diferenciais (*Dd1*, *Dd2*, ... ,*Ddn*), de acordo com um raciocínio iterativo, no decorrer do qual um dos diagnósticos diferenciais se pode tornar *Dp* com um novo grupo de *Ddns*.

Escrever uma história clínica pode parecer ao estudante uma tarefa fastidiosa. Sê-lo-á, de facto, se ela for ensinada sem entender o processo de raciocínio que lhe está subjacente, substituindo-o por uma exaustão impossível de dados a colher. Se o raciocínio iterativo for claramente assumido (porque supomos que ele está implícito no raciocínio de qualquer clínico razoável), ela é o processo mais económico de atingir uma realidade complexa. A sua execução tem uma função disciplinadora, e é à conta de tantas vezes a repetir, que o médico se habitua a uma metodologia de observação que, interiorizada na sua mente, usará em cada gesto da actividade clínica.

A história clínica começa pela identificação, dados demográficos e motivo da procura. Continua-se pela história da doença actual, eventualmente seguida dos antecedentes médicos mais relevantes. Abordam-se então os antecedentes familiares e, depois, a história pessoal. Finalmente, faz-se um exame objectivo, depois do qual se formula o diagnóstico e se prescrevem exames complementares ou, caso seja necessário, decisões terapêuticas imediatas. Na posse destes novos dados pode-se reformular o diagnóstico e, eventualmente, voltar ao princípio.

Identificação, dados demográficos e motivo da procura

Este conjunto de elementos fornece o contexto da observação, um pouco como a rápida olhadela que os clínicos rurais davam à casa e ao ambiente nas suas visitas domiciliárias. Apoiado pelos dados epidemiológicos que conhece e pela sua própria experiência, o clínico é desde logo encaminhado para um conjunto de patologias e exclusão de algumas outras. Na ausência destes dados, ele estaria pura e simplesmente perdido na sua orientação.

História da doença actual

Este é o ponto fulcral da história clínica, onde se descrevem dados da observação (dados sincrónicos ou espaciais) e também da cronologia dos acontecimentos (dados diacrónicos ou temporais), sem grande preocupação em separar estes dois aspectos. O essencial é que se obtenha, com o rigor possível, o número de elementos independentes que permitam formular um diagnóstico inicial (ou hipótese diagnóstica) – que será *Dp* – e alguns diagnósticos diferenciais – *Ddn*. E esse número, para o caso vertente da mente humana, não é, como vimos, superior a 10.

A história da doença actual – ou nota de admissão, ou história pregressa – conforme lhe queiram chamar, não necessita portanto de ser exaustiva. Se o fosse, poderia chegar a muitos diagnósticos, que significa o mesmo que não chegar a nenhum. Isso não quer dizer que seja fácil. Pelo contrário, só com muito treino se consegue fazer, do mesmo modo que só a longa experiência permite o "olho clínico" fulgurante: o diagnóstico em menos de três minutos.

É necessário tomar um tempo de referência para o início da história actual. A natureza ajuda-nos a detectar o tempo a partir do qual os acontecimentos patológicos se precipitaram até ao estado presente, incluindo alguns antecedentes próximos. Para os objectivos que enunciámos, este tempo não deverá ser demasiado afastado. No caso de uma doença crónica antiga, é ainda possível detectar o início próximo dos acontecimentos que precipitaram a descompensação actual. No caso de situações recorrentes ou episódicas, é o último episódio que nos interessa.

Nestes últimos casos, e eventualmente em muitos outros, há que relacionar a história actual com patologias antigas. Há então que fazer outro recuo no tempo e

descrever sucintamente os antecedentes médicos. No espírito do clínico já existe porém um esquema diagnóstico que filtra a relevância destas novas informações. Trata-se então de uma nova oportunidade para confirmar ou reformular este esquema, ou seja, manter o *Dp* ou, pelo contrário, passar um *Ddn* para o seu lugar.

Antecedentes familiares

Os antecedentes familiares constituem uma saga com grande recuo no tempo. Descrevê-los num acto clínico pode parecer uma tarefa tão árdua que desencoraja qualquer mortal, mesmo que dado à literatura. Tanto mais que não só se procuram antecedentes hereditários, mas também vias de contaminação, proximidades, estilos, hábitos transmitidos. Seria na verdade assim se o médico não estivesse já munido de um diagnóstico principal e dos diagnósticos diferenciais, que constituem o filtro das informações recolhidas.

A história familiar é assim uma nova oportunidade de voltar, iterativamente, ao princípio: confirmar ou reformular o esquema diagnóstico. Mais do que isso, ela é também uma nova oportunidade para reapreciar o contexto da situação, confirmando ou corrigindo a orientação proporcionada pelos dados demográficos iniciais.

História pessoal

Se a história familiar é uma saga, a história pessoal não caberia num romance de vários volumes. Trata-se de um estudo através do tempo que se inicia com a gravidez e nascimento. O que vale, de novo, é o diagnóstico principal e diagnósticos diferenciais, agora claramente definidos, que vão filtrar a relevância dos acontecimentos colhidos e descritos. E enquanto os filtram, eles vão ser testados na sequência desses acontecimentos, obtendo assim, iterativamente, uma nova precisão.

Após a história pessoal, a precisão do esquema diagnóstico torna-se maior, podendo-se mesmo aprofundar o nível diagnóstico até às etiologias. Mas o modelo médico obriga a que este esquema esteja sempre em causa até novas provas e novas iterações. Há pois que avançar para outras etapas.

Exame objectivo

A etapa seguinte é o exame objectivo. Cada especialidade ou ramo da medicina tem o seu esquema próprio de pesquisa de sinais e sintomas através de áreas, sistemas ou órgãos. Seja como for, trata-se sempre de uma pesquisa sincrónica, espacial, filtrada pelo esquema diagnóstico e que lhe serve de prova ou ocasião de aprofundamento. Findo ele, existem iterações suficientes para que se possa argumentar a inclusão do diagnóstico e a exclusão dos diagnósticos diferenciais. Existem também elementos suficientes para orientação prognóstica e decisões terapêuticas que se podem pesar.

Mesmo assim, há que esperar novas precisões e aprofundamentos pelos exames complementares ou resultados terapêuticos, em qualquer caso segundo critérios clínicos. E estes critérios não são senão o resultado da filtragem de informações, através do esquema diagnóstico, que por sua vez se foi sucessivamente aperfeiçoando. Se o processo foi bem executado, tanto os resultados dos exames complementares como os resultados terapêuticos são previsíveis com uma certa margem. Se eles caírem dentro desta margem, pode-se prosseguir com alguma segurança e manter o mesmo esquema diagnóstico. Mais frequentemente, pode-se partir para um aprofundamento do

diagnóstico (diagnóstico etiológico), começando uma nova colheita de informações. Noutros casos, os exames complementares obrigam-nos a considerar como *Dp* um dos *Ddn*, reformular o esquema diagnóstico e partir para uma nova história.

Em qualquer dos casos, a necessidade de voltar, iterativamente, ao princípio, está sempre em aberto.

A observação médica do dia a dia

Seria estultícia pensar que cada médico, no seu dia a dia da observação dos doentes, executa a história clínica que aprendeu na universidade e nos internatos. Pode, quanto muito, fazê-lo mentalmente e registar dados sumários. O importante, porém, é não perder a metodologia de observação que ela lhe ensinou. E, mais do que isso, ele deve conservar a prática do raciocínio iterativo que está na base do modelo médico.

A medicina clínica é uma praxis. Não se trata de mero conhecimento nem de actuação técnica. Não é uma filosofia, como sugerem alguns velhos professores, nem uma engenharia à moda dos ultra-especialistas dos modernos hospitais. É antes a arte da decisão iminente em compromisso com o conhecimento possível.

Este compromisso é assegurado pelo diagnóstico, que não é assim, nem especulação arbitrária, nem verdade absoluta. Tal como as decisões que ele implica, o diagnóstico resulta de uma opinião ponderada e responsável. Mas, como manda o modelo médico, ele é sempre provisório, porque susceptível a novas reformulações em raciocínios iterativos. Cada nova observação é sempre um ponto de partida e um ponto de chegada, tal como os valores da diagonal da análise de factores.

A perenidade do modelo médico

A realidade pode ser abordada e modificada de diversos modos. O próprio modelo médico tem sido contestado por algumas escolas ou ramos do conhecimento, mesmo no âmbito da medicina. No entanto, sobrevive há 25 séculos, desde o tempo de Hipócrates. É porém possível que ele corresponda ao modelo que a mente humana utiliza na sua permanente mas sempre inacabada procura da verdade. Modelo este que só há pouco tempo foi balbuciado pela inteligência artificial. Finalmente, ela proporcionou-nos um espelho, ainda que tosco, onde o nosso funcionamento se pode reflectir e reconhecer-se.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV - *Cibernética e Comunicação*, Ed. Cultrix, São Paulo, 1973.
- AAVV - *Formas de Comunicação*, Ed. Teorema, Lisboa, 1995. (Orig.: *Ways of Communicating*, Cambridge University Press, 1990)
- AMADO G, GUITTET A (1993) - *Dynamique des Communications dans les Groupes*, 2me. Ed., Armand Colin Ed., Paris.
- ARISTÓTELES - *Rhetoric and Poetics*, Modern Library, New York, 1954.
- ARISTÓTELES - *Organon V - Tópicos*, Guimarães Eds., Lisboa, 1987.
- AUSTIN J L (1986) - *How to do Things with Words*, Oxford University Press.
- BALES R F (1950) - *Interaction Process Analysis: A Method for the Study of Small Groups*, Addison-Wesley, Cambridge.
- BARKER L (1984) - *Communication*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- BARTHES R (1953) - *Elementos de Semiologia*, Edições 70, 1989. (Orig.: *Éléments de Sémiologie*, Ed. du Seuil, Paris).
- BARTHES R (1957) - *Mitologias*, Círculo de Leitores, , Lisboa, 1987. (Orig.: *Mythologies*).
- BARTHES R (1972) - *Sémiologie et Médecine*, in R. Bastide, *Science de la Folie*, Ed. Mouton. Repr. in R. Barthes, *A Aventura Semiológica*, Edições 70, Lisboa, 1987, pp. 191-200.
- BARTHES R (1985) - *A Aventura Semiológica*, Edições 70, Lisboa, 1987. (Orig.: *L'Aventure Sémiologique*, Ed. du Seuil, Paris).
- BATESON G (1971) - *Communication*, in N. Mac Quown, *The Natural History on an Interview*, Biblioteca da Universidade de Chicago. Trad. Esp. in Yves Winkin, *La Nueva Comunicación*, Ed. Kairós, Barcelona, 1984, pp. 120-150.
- BATESON G (1987) - *Natureza e Espírito*, Publ. Dom Quixote, Lda., Lisboa. (Orig.: *Mind and Nature*, E. P. Dutton, New York).
- BATESON P (1990) - *Comunicação animal*, in *Formas de Comunicação*, Ed. Teorema, Lisboa, 1995. (Orig.: *Ways of Communicating*, Cambridge University Press), pp. 38-58.
- BEAUREGARD O C (1967) - *A Grandeza Física Tempo*, in J.Piaget, *Lógica e Conhecimento Científico*, L. Civilização, Porto, 1980, pp. 112-132, II vol. (Orig.: *Logique et Connaissance Scientifique*, Ed. Gallimard).
- BECK A T, EMERY G, GREENBERG R L (1985) - *Anxiety Disorders and Phobias. A Cognitive Perspective*, Basic Books, New York.
- BECK A T, FREEMAN et al. (1990) - *Cognitive Therapy of Personality Disorders*, Guilford Press, New York.
- BENNE K, SHEATS P (1958) - *Functional Roles of the Group Members*, *Journal of Social Issues*, 4: 41-49.
- BERGSON H (1907) - *L'Évolution Créatrice*, 12e. ed., Alcan, Paris.
- BERGSON H (1927) - *Ensaio sobre os Dados Imediatos da Consciência*, Edições 70, Lisboa, 1988. (Orig.: *Essai sur les Données Immédiates de la Conscience*, P.U.F.).
- BERLO D K (1960) - *O Processo da Comunicação. Introdução à Teoria e Prática*, Martins Fontes, São Paulo. (Orig.: *The Process of Communication*, Holt, Rinehart and Winston, New York)
- BERNE E (1973) - *Qué Dice Usted Después de Decir "Hola"?*, Grijalbo, Barcelona, 1994. (Orig.: *What do You Say After You Say Hello?*, Groove Press Inc., New York).
- BERNE E (1974) - *Os Jogos da Vida*, Artenova, Brasil. (Orig.: *Games People Play*, Penguin Books, London, 1974).

- BERTALANFFY L V (1973) - *Théorie Générale des Systèmes*, Bordas, Paris.
- BITTI P R, ZANI B (1983) - *A Comunicação como Processo Social*, Ed. Estampa, Lisboa, 1993. (Orig.: *La Comunicazione come Processo Sociale*, Società Editrice il Mulino, Bologna).
- BOURGEOIS M (1994) - The First Few Minutes: Original Contact and the Speed of Psychiatric Diagnosis, in P. Pichot and Werner Rein (Eds.), *The Clinical Approach in Psychiatry*, Synthélabo, France.
- British Medical Journal (1979) - *How to Do It*, Vol. 1, British Medical Association (2nd. Ed., 1985, Vol. 2, 1987, Vol. 3, 1990).
- CARRILHO M M (1990) - *Verdade, Suspeita e Argumentação*, Ed. Presença, Lisboa.
- CARRILHO M M (1994) - *O que é a Filosofia*, Difusão Cultural, Lisboa.
- COMREY A L (1973) - *A First Course in Factor Analysis*, Academic Press, New York.
- CORNEY R (1996) - *Desenvolvimento das Perícias de Comunicação e Aconselhamento na Medicina*, Climepsi Ed., Lisboa, 1996 (Orig.: *Developing Communication and Counselling Skills in Medicine*, Routledge, 1991).
- DAMASIO A R (1994) - *O Erro de Descartes: Emoção, Razão e Cérebro Humano*, Europa América, 1995. (Orig.: *Descartes'Error: Emotion, Reason and the Human Brain*).
- DEAUX K, DANE PC, WRIGHTSMAN L S, SIGELMAN C K (1994) - *Social Psychology in the 90's*, Brooks/Cole Publishing Comp., Pacific Grove, California.
- DE GOWIN R (1994) - *Exame Clínico*, 6ª. Ed., McGraw-Hill de Portugal, 1996. (Orig.: *Diagnostic Examination*, 6th. Ed., McGraw-Hill Companies, Inc., New York).
- DOBBELAERE G, SARAGOSSI P (1973) - *Techniques de Expression*, Presses d'Ile de France.
- ECO U (1973) - *O Signo*, Ed. Presença, Lisboa, 1990. (Orig.: *Segno*, ISEDI, Istituto Editoriale Internazionale, Milão. Trad. port. de M.F.Marinho).
- ECO U (1986) - *Sobre os espelhos e Outros Ensaios*, Difel, Lisboa, 1989, (trad. do original italiano, 1986).
- ELLIS A (1973) - *Humanistic Psychotherapy: The Rational-Emotive Approach*, McGraw-Hill, New-York.
- FELDMAN R (1985) - *Social Psychology*, Mc Graw Hill, New York.
- FISKE J (1990) - *Introdução ao Estudo da Comunicação*, Ed. Asa, Porto, 1993. (Orig.: *Introduction to Communication Studies*, Routledge, 1990. Trad. portuguesa de M. G. R. Alves).
- FOUCAULT M (1963) - *Naissance de la Clinique*, Quadrige / Presses Universitaires de France, 1963. (5e. Ed.: 1997).
- FREUD S (1920) - Mas Alla del Principio del Placer, in S. Freud, *Obras Completas*, vol. 1, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, pp. 1111-1139.
- FREUD S (1923) - El "Yo" y el "Ello", in S. Freud, *Obras Completas*, vol. 1, Ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 1948, pp. 1213-1234.
- GAZZANICA M S (1985) - *O Cérebro Social: À Descoberta das Redes do Pensamento*, Instituto Piaget, Lisboa, 1995. (Orig.: *The Social Brain: Discovering the Networks of The Mind*, Basic Books).
- GOFFMAN E (1959) - *A Apresentação do Eu na Vida de Todos os Dias*, Relógio d'Água, 1993. (Orig.: *The Presentation of Self in Everiday Life*, Doubleday).
- GOFFMAN E (1963) - *Estigma*, Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988. (Orig.: *Stigma - Notes on the Management of Spoiled Identity*, Prentice-Hall, New Jersey).
- GOLDSTEIN K (1948) - *Language and Language Disturbances. Aphasic Symptom Complexes and their Significance fo Medicine and Theory of Language*, Grunne & Stratton, New York.

- GOMES M C (1965) - *Lições de Propedêutica Médica*, Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- GRACIO R A (1993) - *Racionalidade Argumentativa*, Ed. Asa, Porto.
- GUIRAUD P (1993) - *A Semiologia*, Ed. Presença, 4ª. Ed., Lisboa. (Orig.: *La Sémiologie*, P.U.F.).
- HABERMAS J (1981) - *Théorie de l'Agir Communicationnel*, 2 Tomes, Fayard, Paris, 1987 (Orig.: *Theorie des Kommunikativen Handels*, Suhrkamp Verlag, Francfort)
- HADLEY J & STAUDACHER C (1984) - *Hypnosis and Change: A Practical Manual of Proven Hypnotic Techniques*, New Harbinger Publ., Oakland, U.S.A.
- HALEY J (1966) - *Estratégias en Psicoterapia*, Ed. Toray, Barcelona. (Orig.: *Strategies of Psychotherapy*, Grune & Stratton, New York).
- HALL E T (1959) - *A Linguagem Silenciosa*, Relógio d'Água, Lisboa, 1994. (Orig.: *The Silent Language*, Doubleday).
- HALL E T (1966) - *A Dimensão Oculta*, Relógio d'Água, Lisboa, 1986. (orig.: *The Hidden Dimension*).
- HARGIE O, SAUNDERS C & DICKSON D (1994) - *Social Skills in Interpersonal Communication*, 3rd. Ed., Routledge, London and New York. (1st. Ed. in 1981)
- JAKOBSON R (1960) - Closing Statements: Linguistics and Poetics, in Sebeok, *Stile in Language*. Reprint: R. Jakobson, *Essais de Linguistique Générale*, Les Editions de Minuit, Paris, 1963, pp.209-248.
- KLINEBERG O (1957) - *Psicologia Social* (2 vols.), Ed. Fundo de Cultura, Rio de Janeiro, 1963. (Orig.: *Social Psychology*, Henry Holt and Company, Inc., New York. Trad. port. de M.L.Silva, J.B.Lopes da Cruz, O. O.Silva).
- LITTLEJOHN S W (1978) - *Fundamentos Teóricos da Comunicação Humana*, Ed. Guanabara, Rio de Janeiro, 1988. (Orig.: *Theories of Human Communication*, Charles E. Merrill Publishing Company, Columbus, Ohio, USA).
- LUSSATO B (1991) - *Informação, Comunicação e Sistemas*, Dinalivro, Lisboa, 1995. (Orig.: *La Théorie de l'Empreinte*, ESF Ed., Paris).
- LUSSATO B (1992) - *O Desafio Informático*, Publ. Dom Quixote, Lisboa.
- MAISONNEUVE J (1967) - *A Dinâmica dos Grupos*, Livros do Brasil, Lisboa, 1967. (Orig.: *La Dynamique des Groupes*, P.U.F.).
- MALAREWICZ J A (1990) - *Cours d'Hypnose Clinique: Études Éricksoniennes*, ESF Éditeur, Paris.
- MALINOWSKI B (1953) - The Problem of Meaning in Primitive Languages, in C K Odgen e I A Richards, *The Meaning of Meaning*, 9ª. Ed., New York.
- MARINA J A (1995) - *Teoria da Inteligência Criadora*, Ed. Caminho, Lisboa, 1995. (Orig.: *Teoria de la Inteligencia Creadora*, Ed. Anagrama).
- MEAD G H (1934) - *Self, Mind and Society*, University of Chicago Press.
- MEYER M (1994) - As Bases da Retórica, in M.M.Carrilho (org.): *Retórica e Comunicação*, Ed. Asa, Porto, pp. 31-70.
- MEYER PH, TRIADOU P (1996) - *Leçons d'Histoire de la Pensée Médicale*, Ed. Odile Jacob, Paris.
- MINSKY M (1986) - *The Society of Mind*, Simon and Schuster, New York.
- MINICUCCI A (1993) - *Dinâmica de Grupo: Teorias e Sistemas*, 3ª. Ed., Ed. Atlas, São Paulo, Brasil.
- MORENO J L (1946) - *Psicodrama*, Ed. Cultrix, São Paulo, 1978. (Orig.: *Psychodrama - First Volume*, Beacon House, New York).
- MORENO J L (1954) - *Psicoterapia de Grupo e Psicodrama*, Edit. Mestre Jou, São Paulo. (Orig.: *Gruppenspsychoterapie und Psychodrama Einleitung in die Theorie*

- und Praxis*, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1954. Trad. port. de A. C. Cesarini Filho).
- MORIN E (1977) - *O Método I - A Natureza da Natureza*. Europa-América.
- MORRIS C (1938) - Foundations of the Theory of Signs, *International Encyclopedia of Unified Science*, I, 2, University of Chicago Press. Reprinted in Nattiez, *Problemas e Métodos de Semiologia*, Edições 70, Lisboa, 1966, pp.31-41.
- MURPHY J (1990) - *O Pragmatismo*, de Peirce a Davidson, Ed. Asa, 1992. (Orig.: *Pragmatism*, Westview Press).
- NATTIEZ J J (1966) - *Problemas e Métodos de Semiologia*, Edições 70, Lisboa. (Orig.: *Problèmes et Méthodes de la Sémiologie*, L. Didier et Larousse. Trad. port. de L. Rebelo).
- NIREMBERG G I, CALERO H H (1971) *Como Observar as Pessoas*, Livros do Brasil, Lisboa. (Orig.: *How to Read a Person Like a Book*. Trad. Port. De P. Sampaio).
- OLÉRON P (1983) - *A Argumentação*, Publ. Europa América, Lisboa. (Orig.: *L'Argumentation*, P.U.F., 1983).
- OLIVEIRA G (1996) - O Fim da "Arte Silenciosa": O Dever de Informação dos Médicos, *Interacções*, 3: 55-62.
- OLIVEIRA H J C (1993) - *Elementos de Gramática da Comunicação*, I vol., Fedrave, Aveiro.
- OSGOOD C E (1953) - *Método e Teoria na Psicologia Experimental*, 2ª. Ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1982. (Orig.: *Method and Theory in Experimental Psychology*, Oxford University Press, New York. Trad. port. de E. Ramalho).
- PACHECO J C S (1989) - *Bases psicoterapêuticas na Prática Clínica*, Prémio Bial de Medicina Clínica 1988. Bial.
- PARSONS T (1951) - *El Sistema Social*, Alianza Ed., Madrid, 1982. (Orig.: *The Social System*, The Free Press of Glencoe, New York).
- PEIRCE C S (1931-1958) - *Collected Papers*, 8 vols., Harvard University Press, Cambridge.
- PERELMAN C (1977) - *O Império Retórico*, Ed. Asa, Porto, 1993. (Orig.: *L'Empire Rhétorique*, Librairie Philosophique J. Vrin. Trad. port. de F. Trindade e R. A. Gracio).
- PIAGET J (1964) - *A Formação do Símbolo na Criança*, 3ª. Ed., Zahar Ed., Rio de Janeiro, 1978. (Orig.: *La Formation du Symbole Chez l'Enfant. Imitation, Jeu et Réve, Image et Représentation*. Ed. Delachax et Niestlé, Neuchatel, Suíça).
- PINTO F C (1992) - *Leituras de Habermas, Modernidade e Emancipação*, Fora do Texto, Coimbra.
- PIO-ABREU J L (1992) - *O Modelo do Psicodrama Moreniano*, Ed. Psiquiatria Clínica, Coimbra.
- PIO-ABREU J L (1993) - *O Comportamento como Sistema de Estados - A Acção, a Interação e a Comunicação dos Sistemas Abertos*, Lilly, Coimbra.
- PIO-ABREU J L (1994) - *Introdução à Psicopatologia Compreensiva*. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa.
- POPPER K R (1956) - *O Universo Aberto - Pós-Escrito à Lógica da Descoberta Científica*, vol.II, Dom Quixote, Lisboa. (Orig.: *The Open Universe*, 1956, 1982; trad. port. de N.F.Fonseca).
- POPPER K R (1982) - *Sociedade Aberta, Universo Aberto*, Publ. Dom Quixote, Lisboa, 1987. (Orig.: *Offene Gesellschaft, offenes Universum*).
- POPPER K R, ECCLES J C (1977) - *The Self and Its Brain - An Argument for Interactionism*. Routledge & Kegan Paul plc, London, 1983; (1st. ed. in 1977).

- PORTER E H Jr. (1950) - *An Introduction to Therapeutic Counseling*, Houghton Mifflin, Boston.
- PREMACK D (1987) - Capacidade de Representação e acessibilidade do Saber. O caso dos Chimpanzés, in *Teorias da Linguagem, Teorias da Aprendizagem*, Edições 70, Lisboa, 1987, pp. 293-314. (Orig.: *Théories du Langage, Théories de l'Apprentissage*, Ed. du Seuil, trad. port. de Rui Pacheco).
- PRIGOGINE I, STENGERS I (1990) - *Entre o Tempo e a Eternidade*, Gradiva, Lisboa.
- RODRIGUES A D (1990) - *Estratégias de Comunicação*, Ed. Presença.
- RODRIGUES A D (1991) - *Introdução à Semiótica*, Ed. Presença, Lisboa.
- RODRIGUES A D (1993) - *Comunicação e Cultura. A Experiência Cultural na Era da Informação*, Ed. Presença, Lisboa.
- RODRIGUES A D (1996) - *Dimensões Pragmáticas do Sentido*, Ed. Cosmos, Lisboa, 1996.
- ROGERS C R (1951) - *Terapia Centrada no Paciente*, Moraes Ed., Lisboa, 1974. (Orig.: *Client Centered Therapy*. Trad. port. de M. C. Ferreira).
- ROGERS C R (1961) - *Tornar-se Pessoa*, 7ª. Ed., Moraes Editores, Lisboa, 1984. (Orig.: *On Becoming a Person*).
- ROSNAY J (1977) - *O Macroscópio. Para uma Visão Global*, Arcádia Ed.
- SACKS O (1985) - *O Homem que Confundiu a Mulher com um Chapéu*, Relógio d'Água, Lisboa. (Orig.: *The Man Who Mistook his Wife for a Hat*).
- SALOMON M (1982) - *O Amanhã da Vida*, L. Bertrand, 1982. (Orig.: *L'Avenir de la Vie*, Ed. Seghers, Paris. Trad. port. de C. Franco).
- SAMPAIO D GAMEIRO J (1985) - *Terapia Familiar*, Afrontamento, Porto.
- SANDIFER M G, HORDERN A, GREEN L M (1970) - The Psychiatric Interview: The Impact of the First Three Minutes, *American Journal of Psychiatry*, 126: 968-973.
- SANTOS J R (1992) - *O que é a Comunicação*, Difusão Cultural, Lisboa.
- SAUSSURE F (1915) - *Cours de Linguistique Générale*. Édition critique préparée par Tullio de Mauro, Ed. Payot, Paris, 1985.
- SFEZ L (1991) - *A Comunicação*, Instituto Piaget, Lisboa, 1991. (Orig.: *La Communication*, P.U.F.. Trad. port. de J. Paz).
- SHANNON C E, WEAVER W (1949) - *Teoria Matemática de la Comunicacion*, Ed. Forja, Madrid, 1981. (Orig.: *The Mathematical Theory of Communication*. Trad. esp. de T B Machado).
- TOUSSAIN B (1978) - *Introdução à Semiologia*, Europa-América. (Orig.: *Qu'Est-ce que la Sémiologie?*, Edouard Privat, 1978. Trad. port. de M. Quintela).
- VIEIRA A B (1995) - *Ensaio Sobre a Evolução do Homem e da Linguagem*, Fim de Século Ed., Lisboa.
- WATZLAWICK P (1981) - *A Realidade é Real?* Relógio D'Água, Lisboa, 1991 (orig.: *How Real is Real*).
- WATZLAWICK P, BEAVIN J H, JACKSON D D (1967) - *Pragmática da Comunicação Humana*, Cultrix, São Paulo. (Orig.: *Pragmatics of Human Communication. A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*, W.W.Norton & Company, Inc., 1967. Trad. port. de Alvaro Cabral).
- WEEKS G R (1991) - *Promoting Change Through Paradoxical Therapy*, Revised Ed, Brunner/Mazel Publ., New York.
- WESIACK W (1973) - Consideraciones Epistemológicas Sobre el Diagnóstico Médico, *Munchener Medizinische Wochenschrift*, Ed. Espan., Out. 1973: 617-625.
- WESTON A (1992) - *A Arte de Argumentar*, Gradiva, 1996. (Orig.: *A Rulebook for Arguments*, 2nd. Ed. Trad. port. de D. Murcho).

- WINKIN Y (1984) - *La Nueva Comunicación*, Ed. Kairós, Barcelona.
- WITGENSTEIN L (1961, 1985) - *Tratado Lógico-Filosófico e Investigações Filosóficas*, 2ª. ed., Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, 1995. (Orig.: *Tractatus Logico-Philosophicus*, Routledge and Kegan Paul, 1961. *Philosophical Investigations*, Basil, Blackwell and Mott, 1985).
- WOLF M (1985) - *Teorias da Comunicação*, Ed. Presença, Lisboa, 1991. (Orig.: *Teorie delle Comunicazione di Massa*, Gruppo Ed. Fabri, Bompiani, Sonzono, Etas S.p.A., Millan).
- WOOLAMS S & BROWN M (1979) - *Manual Completo de Análise Transaccional*, Cultrix, São Paulo. 1979. (Orig.: *TA: The Total Handbook of Transactional Analysis*, Prentice-Hall, Inc.. Trad. port. de O. M. Cajado).
- WULFF H R, PEDERSEN S A, ROSENBERG R (1990) - *Philosophy of Medicine*, 2nd. Ed., Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- YAGUELLO M (1981) - *Alice no País da Linguagem: Para Compreender a Linguística*, Ed. Estampa, Lisboa, 1991. (Orig.: *Alice au Pays du Langage: Pour Comprendre la Linguistique*, Ed. du Seuil).

ÍNDICE

<i>Introdução</i>	1
CAPÍTULO 1	4
MODELOS DA COMUNICAÇÃO E FUNÇÕES DA LINGUAGEM	4
I - INTRODUÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA.....	5
<i>O modelo da comunicação informativa de Shannon e Weaver</i>	5
<i>Os modelos da comunicação social</i>	5
<i>Modelos linguísticos e funções da linguagem</i>	6
<i>Filogénese da linguagem</i>	10
II - FUNÇÕES DA LINGUAGEM NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE	12
<i>A consulta médica</i>	12
1. <i>Função fática e metacomunicativa</i>	12
2. <i>Função expressiva e descritiva (por parte do doente)</i>	13
3. <i>Função descritiva e injuntiva (por parte do médico)</i>	14
<i>Como tomar notas</i>	15
<i>Bibliografia complementar</i>	17
<i>Exercícios</i>	17
CAPÍTULO 2	19
INFORMAÇÃO, SIGNOS, SIGNIFICADOS E SENTIDOS	19
I. INTRODUÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA.....	20
<i>In-formação (ou enformação) e informação</i>	20
<i>Informação transmitida e adquirida: sua reciprocidade e medição</i>	21
<i>Signos: ícones, índices e símbolos</i>	22
<i>Significante e significado</i>	23
<i>Códigos: paradigma e sintagma</i>	25
<i>Sentidos da linguagem</i>	26
II – SIGNIFICADOS E SENTIDOS NA ACTIVIDADE MÉDICA.....	29
<i>Sintomas, sinais e síndromes</i>	29
<i>Doença, etiologia e tratamento. Diagnóstico</i>	29
<i>Significantes, significados, sentidos: importância em neurociências</i>	31
<i>Sentidos conotativo e referencial no discurso do médico</i>	33
<i>Bibliografia complementar</i>	35
<i>Exercícios</i>	35
CAPÍTULO 3	37
INTERACÇÃO E COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL	37
I - INTRODUÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA.....	38
<i>A Escola de Palo Alto</i>	38
<i>Os axiomas da interação (Watzlawick)</i>	39
II - COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE	42
<i>Comunicação analógica e digital</i>	42
<i>Signos analógicos e digitais na clínica médica</i>	44
<i>Níveis de conteúdo e relação</i>	45
<i>Comunicação paradoxal</i>	46
<i>Proxémia</i>	47
<i>Simetria e complementaridade</i>	48
<i>Simetria e complementaridade na relação médico-doente</i>	49
<i>Bibliografia complementar</i>	51
<i>Exercícios:</i>	51
CAPÍTULO 4	52
COMUNICAÇÃO POR DESEMPENHO DE PAPÉIS	52
I - INTRODUÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA.....	53
<i>Os papéis sociais: posição e comportamento</i>	53
<i>Os papéis e a personalidade</i>	54
<i>A Análise Transaccional (AT)</i>	54
<i>Os papéis familiares como matriz dos papéis sociais</i>	57
II – PAPÉIS E ATITUDES NA RELAÇÃO MÉDICO-DOENTE	58
<i>Diferenciação complementar e formação de papéis</i>	58
<i>Papéis familiares, "estados do eu" (AT) e personalidade</i>	59
<i>O papel de doente</i>	61
<i>O papel de médico</i>	62

<i>Atitudes de comunicação</i>	64
<i>Bibliografia complementar</i>	66
<i>Exercícios</i>	66
CAPÍTULO 5	67
TEORIAS DA ARGUMENTAÇÃO	67
I - INTRODUÇÃO HISTÓRICA E TEÓRICA	68
<i>A filosofia contemporânea da linguagem</i>	68
<i>A Nova Retórica</i>	69
<i>Crenças e lugares comuns</i>	69
<i>Pressupostos e implicações</i>	71
II - A RETÓRICA NA PRÁTICA DOS MÉDICOS	72
<i>Os médicos e a Retórica</i>	72
<i>Abertura e enquadramentos</i>	72
<i>Questões e respostas</i>	73
<i>Exemplo, ilustração e modelo</i>	74
<i>Argumento de autoridade</i>	74
<i>Indução de medo</i>	75
<i>Analogia, metáfora e metonímia</i>	75
<i>Dissociação de conceitos</i>	76
<i>Fecho</i>	76
<i>Do doente aos outros auditórios</i>	77
<i>Bibliografia complementar</i>	78
<i>Exercícios:</i>	79
APÊNDICES	81
O MODELO MÉDICO E A HISTÓRIA CLÍNICA	82
<i>Ponto prévio 1</i>	82
<i>Ponto prévio 2</i>	82
<i>Ponto prévio 3</i>	82
<i>Diagnóstico</i>	83
<i>História clínica</i>	83
<i>Identificação, dados demográficos e motivo da procura</i>	84
<i>História da doença actual</i>	84
<i>Antecedentes familiares</i>	85
<i>História pessoal</i>	85
<i>Exame objectivo</i>	85
<i>A observação médica do dia a dia</i>	86
<i>A perenidade do modelo médico</i>	86
BIBLIOGRAFIA	87