

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA APLICADA
NÍVEL MESTRADO

LUCIANA CATARINA PIRES DA ROCHA

UM OLHAR ENUNCIATIVO PARA INTERLOCUÇÕES ENTRE MÉDICO E PACIENTE
EM CONSULTAS AMBULATORIAIS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SÃO LEOPOLDO

2014

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LINGUÍSTICA APLICADA
NÍVEL MESTRADO

LUCIANA CATARINA PIRES DA ROCHA

UM OLHAR ENUNCIATIVO PARA INTERLOCUÇÕES ENTRE MÉDICO E PACIENTE
EM CONSULTAS AMBULATORIAIS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada.

Orientadora: Professora Doutora Marlene Teixeira

SÃO LEOPOLDO

2014

LUCIANA CATARINA PIRES DA ROCHA

UM OLHAR ENUNCIATIVO PARA INTERLOCUÇÕES ENTRE MÉDICO E PACIENTE
EM CONSULTAS AMBULATORIAIS PELO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Linguística Aplicada.

Orientadora: Professora Doutora Marlene Teixeira

Aprovada em 31 de março de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Luiza Milano Surreaux - UFRGS

Professora Doutora Dorotea Frank Kersch – UNISINOS

Professora Doutora Terezinha Marlene Lopes Teixeira – UNISINOS

A Deus.

AGRADECIMENTOS

Durante o Mestrado em Linguística Aplicada na Unisinos, algumas pessoas e instituições fizeram parte da minha rotina. Assim, quero expressar meus mais profundos agradecimentos:

A Deus, por ter me dado forças suficientes para superar mais esta etapa de minha vida em meio a tantos desafios que passei no decurso dos meus dias, como mãe, professora e pós-graduanda;

À minha mãe, Maria, que já não está mais comigo há tanto tempo, mas deixou profundas marcas de amor e dedicação em meu ser;

Aos meus filhos, queridos, Sarah, Samuel e Manuela que, mais uma vez, se sacrificaram com minha ausência física e mental nesse período;

À Professora Doutora Marlene Teixeira, minha inefável orientadora, que segurou firme na minha mão em momentos que relutei;

À equipe de pesquisadores médicos e doutorandos, que encaminharam e confiaram esta demanda de pesquisa ao GEEP;

À minha amigona, Natália, minha grande parceira de troca, que me permitiu ocupar o lugar de *eu* e de *tu* tantas vezes para falar de *ele*, ele mesmo: Benveniste;

À CAPES, pela bolsa concedida, que tornou possível a realização deste trabalho;

Às Professoras Doutoras Luiza Milano Surreaux e Márcia de Oliveira Del Corona pelas observações feitas na banca de qualificação, o que promoveu um melhor desempenho no desenvolvimento deste estudo;

Ao Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Unisinos, especialmente à Coordenadora Professora Doutora Rove Chishman.

RESUMO

Neste trabalho, buscamos entender o que Benveniste chama de *comunicação intersubjetiva* para, a partir dessa noção, examinar a natureza da interlocução que se estabelece toda vez que, na situação específica de enunciação em consulta ambulatorial, os interlocutores (médico e paciente) assumem a língua. Nesse processo, derivamos dos estudos de Benveniste, os conceitos de *alocução* e *troca*. Entendemos que a alocução resulta da reversibilidade entre *eu* e *tu*, sendo necessária ao estabelecimento do efeito pragmático da comunicação intersubjetiva. No entanto, ela não é suficiente para garantir a comunicação intersubjetiva, que está relacionada ao estabelecimento de troca, definida como a assunção pelos parceiros de uma posição de protagonismo na enunciação. Com base nessa elaboração teórica, analisamos uma consulta ambulatorial para observar se a tomada da palavra pelos interlocutores viabiliza (ou não) a troca entre ambos, capaz de instaurar a comunicação intersubjetiva. Os resultados da análise mostram que o estabelecimento de troca entre médica e paciente, nessa situação, institui-se como um processo descontínuo e contingencial, pois coloca em jogo fatores diversos, nem todos passíveis de ser identificados. Desse modo, podemos dizer que a comunicação intersubjetiva, na consulta examinada, se dá como efeito momentâneo, sempre que, na enunciação, o par *eu* e *tu* realiza movimentos em direção ao estabelecimento de uma troca. Concluímos, então, que a assunção, pelos participantes do diálogo, de um engajamento subjetivo na enunciação está sempre sujeita a oscilar no decorrer do processo.

Palavras-chaves: Enunciação. Comunicação intersubjetiva. Alocação. Troca. Consulta Ambulatorial.

ABSTRACT

In this work, we seek to understand what Benveniste calls *intersubjective communication*, to examine, from this notion, the nature of the interlocution that establishes itself every time that, in the specific situation of enunciation in outpatient visit, the interlocutors (doctor and patient) take on the language. In the process, we derive from studies of Benveniste, the concepts of *allocution* and *exchange*. We understand that allocution results from the reversibility between *I* and *you*, being necessary to establish the pragmatic effect of intersubjective communication. However, this is not sufficient to ensure intersubjective communication, which is related to the establishment of exchange, defined as the taking of a position of prominence in the enunciation by the partners. Based on this theoretical work, we analyze an outpatient visit to see if the taking of the word by the interlocutors enables (or not) the exchange between the two, being able to establish intersubjective communication. The analysis results show that the establishment of an exchange between doctor and patient, in this situation, establish itself as a discontinuous and contingent process because it puts at stake a number of factors, not all likely to be identified. Thus, we can say that intersubjective communication, in an outpatient visit, occurs as a momentary effect always that, in the enunciation, the pair *I* and *you* makes movements towards establishing an exchange. We conclude that the taking of a subjective engagement in the enunciation by the participants of the dialogue is always subject to oscillating in the process.

Keywords: Enunciation. Intersubjective communication. Allocution. Exchange. Outpatient consultation.

Toda a recusa dum linguagem é uma morte.

Roland Barthes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 A COMUNICAÇÃO INTERSUBJETIVA COMO EFEITO DA TROCA ENTRE INTERLOCUTORES.....	18
2.1 Émile Benveniste: um teórico da comunicação?.....	18
2.2 Benveniste e a teoria da enunciação: um impacto na linguística.....	20
2.3 Comunicação Intersubjetiva.....	23
2.3.1 Linguagem ou código de sinais?.....	24
2.3.2 Linguagem: instrumento de comunicação?.....	26
2.3.3 A re-produção da realidade.....	29
2.3.4 Da instauração da experiência na e pela linguagem.....	32
2.3.5 A troca verbal como instauradora da sociedade.....	33
2.3.6 O quadro figurativo da enunciação e os limites do diálogo.....	35
2.4 Uma visão trinitária da enunciação.....	43
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 Constituição dos dados.....	46
3.2 Do estatuto da transcrição.....	47
3.3 Da unidade de análise.....	48
3.4 Indicação de procedimentos de análise.....	49
4 COMUNICAÇÃO INTERSUBJETIVA EM CONSULTAS AMBULATORIAIS ..	50
4.1 Consulta 1.....	51
4.1.1 Anamnese.....	51
4.1.2 Exame físico.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXO I - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO.....	89
ANEXO II – CONSULTA I.....	90

1 INTRODUÇÃO

Desafiadores e instigantes, os estudos de Émile Benveniste estimulam a linguística desde o início do século XX. A leitura de seu pensamento tem trazido à tona ideias inovadoras que possibilitam novos rumos para as pesquisas voltadas à linguagem, assim como recursos para outros estudos desenvolvidos a partir de conceitos apresentados por ele, inclusive em outras áreas de conhecimento como psicanálise, filosofia, literatura e, atualmente, também no campo da saúde.

A Teoria da Enunciação¹ de Émile Benveniste apresenta o “homem na língua”, problematizando antigos paradigmas, especialmente em sua obra *Problemas de Linguística Geral I e II* (em dois volumes) – doravante, PLG I e PLG II –, que carrega no título, não fortuitamente, a palavra “problemas”. Essa escolha parece sugerir parcimônia aos leitores no desbravamento das ideias que Benveniste formula. De fato, os artigos de Benveniste provocam questionamentos constantes, sem respostas prontas.

No momento presente, estamos vivendo uma espécie de redimensionamento do legado de Benveniste. Segundo Flores e Teixeira (2013), esse movimento deve-se ao aparecimento de recentes trabalhos do autor, tais como a transcrição de notas manuscritas feita por Chloé Laplantine, publicada sob o título de *Baudelaire* em 2011, e a organização de Irène Fenoglio e Jean-Claude Coquet de anotações das últimas aulas de Benveniste no Collège de France, publicada em 2012 sob o título de *Dernières Leçons: Collège de France 1968-1969*². O interesse crescente por formulações de Benveniste em áreas como a filosofia³ e a antropologia⁴ também é apontado por Flores e Teixeira (2013) como um indicativo de que o pensamento de Benveniste sobre a linguagem ultrapassa interpretações já consolidadas da obra do autor, alargando o alcance de sua contribuição.

Este trabalho aceita o desafio de seguir essa abertura, integrando-se à proposta do Grupo de Estudos Enunciação em Perspectiva⁵ (GEEP) de desenvolver, com base nos estudos

¹ De acordo com Flores (2012, p. 153): “Benveniste, em seus mais de 40 anos de trabalho, nunca utilizou a expressão *Teoria da enunciação* nem mesmo *Linguística da enunciação*. Pode-se dizer que a chamada *Teoria da Enunciação* de Benveniste é, na verdade, uma dedução feita *a posteriori* pelos leitores dos artigos que estão reunidos em *PLG I e PLG II*”.

² A indicação bibliográfica completa dessas obras encontra-se em “Referências” no final do trabalho.

³ Dufour (2000); Agamben (2005, 2008, 2011).

⁴ Castro (1996).

⁵ O GEEP, criado em 2000, está certificado no Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil (CNPq), e é liderado pelas profas. Dras. Marlene Teixeira (UNISINOS) e Maria da Glória Corrêa Di Fanti (PUCRS). Propõe-se a desenvolver, com base em Teorias da Enunciação, dispositivos teórico-metodológicos que permitam considerar as implicações da subjetividade/alteridade na constituição do sentido em investigações no campo aplicado. Mantém parceria acadêmica com diversas universidades do Brasil, como UFRGS, UNIRIO, PUC/SP, UERJ,

da linguagem de Benveniste, procedimentos teórico-metodológicos para a análise de práticas discursivas em diferentes contextos. Particularmente, elegemos como objeto de estudo interlocuções entre médico e paciente, efetivadas em consultas ambulatoriais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de investigar a natureza do processo de comunicação entre ambos. Em que lugar(es) o(s) falante(s) colocam-se um em relação ao outro? Há espaço para a troca? Essas são algumas das questões que motivaram nossa pesquisa.

A escolha do tema desta dissertação deve-se à necessidade de contribuir para o atendimento de uma demanda dirigida ao segmento do GEEP, coordenado pela professora Marlene Teixeira no Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da UNISINOS. Essa demanda vem de um grupo de estudiosos de um hospital que atende pelo SUS⁶, cujo objetivo é investigar o “grau de entendimento” entre médico e paciente durante a consulta.

Uma colaboração para essa mesma pesquisa foi trazida pelo TCC de Ana Paula Joner (Curso de Letras da Unisinos, 2012/2), que examinou um *corpus* composto por 95 questionários que foram aplicados, por pesquisadores médicos, a médico e paciente logo após consulta ambulatorial, em que as mesmas perguntas foram feitas a ambos. As questões foram divididas em quatro categorias distintas relacionadas à medicação, recomendações gerais, avaliação do tratamento e nota pela qualidade da interação médico-paciente. Joner (2012) fez um levantamento de discrepâncias entre as respostas dadas por médicos e pacientes, e procurou explicá-las com base na noção de *comunicação intersubjetiva* construída a partir de Benveniste.

A coleta de dados por questionário permitiu levantamento quantitativo, que revelou um alto índice de não-coincidências entre as respostas dadas por médicos e pacientes, especialmente no que se refere à nomeação da(s) doença(s) e ao uso de medicações. A interpretação qualitativa desses resultados, feita sob a perspectiva enunciativa, trouxe à tona um aspecto que merece ser discutido, isto é, em grande parte das consultas, verificou-se um comprometimento do que Benveniste (PLG II, p. 87) chama de *quadro figurativo da enunciação*⁷.

Joner (2012), entretanto, chama a atenção para o fato de o instrumento utilizado na pesquisa apresentar o problema de não tomar a comunicação na sua ocorrência natural, mas apenas a partir de um relato feito em outra situação de enunciação, a do questionário aplicado

UFMT. (cf. <http://dgp.cnpq.br/buscaoperacional/detalhegrupo.jsp?grupo=00098015AQ4RIY>). Os pesquisadores do GEEP, vinculados a UNISINOS priorizam a teoria de Émile Benveniste como fundamento em seus trabalhos.

⁶ Por acordo de confidencialidade, não mencionaremos nem o nome do hospital nem o de médicos e pacientes envolvidos na pesquisa.

⁷ Essa noção será apresentada no capítulo 2.

por um pesquisador a cada um dos parceiros da interlocução em estudo. Essa observação foi feita à equipe de pesquisadores médicos, que, interessados em compreender o que efetivamente ocorre em situações de interlocução médico-paciente, gravaram em áudio três consultas em seu *setting* natural e a encaminharam ao GEEP para um estudo linguístico que possa auxiliá-los a melhor compreender essa situação.

Este trabalho, então, dá continuidade ao atendimento da demanda dirigida a nosso grupo pela equipe de pesquisadores médicos já referida, tomando como objeto de estudo interlocuções verbais levadas a efeito em uma consulta ambulatorial, gravada em áudio por doutorandos de Medicina que integram essa equipe.

A literatura que circula entre profissionais da área médica tem tematizado a comunicação em ambientes de saúde, relacionando-a com a qualidade do tratamento. Estudos nesse sentido centram-se na comunicação interdisciplinar (médico com enfermeiros; médicos com fisioterapeutas; enfermeiros com fisioterapeutas⁸); outros estão voltados para a comunicação intradisciplinar⁹ (médicos com médicos); e ainda há os que tomam por objeto a comunicação médico-paciente¹⁰, objeto de nossa atenção no presente trabalho.

Em 2005, a Organização Mundial da Saúde, quando lança a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, coloca a comunicação entre as seis metas destacadas como fundamentais. Além disso, a referência à *comunicação* como um aspecto a ser levado em conta nas práticas de cuidado recebe hoje atenção de pesquisadores da área da saúde, de vários países, não só da Medicina, mas da Psicologia e da Enfermagem. Só no contexto anglo-saxônico, cerca de mil a mil e duzentas publicações por ano são referentes ao tema (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

No caso do Brasil, existe já uma produção expressiva que apresenta evidências científicas sobre a influência da comunicação nas práticas de cuidado. Em bases de dados como o *Scielo* e o *Google Acadêmico*, encontramos mais de uma centena de artigos e, na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, o número ultrapassa quatrocentos trabalhos, seja sobre a comunicação intradisciplinar; seja sobre a comunicação multidisciplinar, a maioria deles centrados nos danos ao paciente que a falha de comunicação acarreta¹¹.

⁸ Cf. Miller P.A. Nurse-physician collaboration in an intensive care unit. *Am J Crit Care*. 2001;10(5):341-50.

⁹ Cf. Teixeira, et. al. (2010), que apresenta um estudo relacionando o aumento de mortalidade de pacientes criticamente doentes a falhas de comunicação entre médicos de Centro de Tratamento Intensivo.

¹⁰ Cf. o artigo de Delbanco et al. (2011), que discute a distância existente entre médicos e pacientes, buscando encontrar meios que possam auxiliar a sustentar e enriquecer a relação entre eles.

¹¹ Cf. “Comunicação em saúde: integrando equipes e melhorando resultados”, palestra proferida pela Profª. Marlene Teixeira, em julho de 2012, na mesa de abertura da *I Jornada de Terapia Intensiva do Hospital Ernesto Dornelles* (Porto Alegre), que tratou do tema “Multidisciplinaridade”.

Diante desse quadro, podemos concluir que, em muitos estudos feitos na área da saúde, não se desconhece a importância da comunicação nas práticas de cuidado, o que é muito positivo. Por outro lado, parece ser ainda nebuloso o que se entende por “falha na comunicação”, quais os fatores que podem estar na origem dessas falhas e de que forma a comunicação entre profissionais de saúde, e destes com pacientes e familiares, pode ser instituída e qualificada.¹² É trazendo à tona o que está implicado nos atos de comunicação, desde a perspectiva dos estudos enunciativos, que julgamos poder contribuir. Nosso foco, como já dito, é a comunicação médico-paciente.

O relacionamento médico-paciente, na visão de profissionais médicos que demandaram a presente pesquisa, tem sido a pedra angular nos cuidados de saúde, e a anamnese coloca-se como a principal ferramenta nesse processo, em que, cada vez mais, está sendo valorizada, além da escuta atenta às queixas e da informação clara sobre os procedimentos terapêuticos, a convocação do paciente a tomar parte na execução de seu plano de tratamento.

Delbanco et al. (2011) lembram que, embora pesquisas na área médica mostrem que a participação de pacientes em seu próprio cuidado aumenta a chance de uma melhor recuperação, as rotinas institucionais frequentemente remetem a responsabilidade pelo tratamento apenas aos profissionais de saúde. E. Shorter, professor da Universidade de Toronto, especializado em História da Medicina, alerta que o desenvolvimento da bioquímica, da farmacologia, da imunologia e da genética contribuíram para o crescimento de um modelo biomédico centrado na doença, o que fez diminuir o interesse pelo paciente (apud CAPRARA; RODRIGUES, 2004, p. 140). Caprara e Rodrigues (2004, p. 140) acrescentam que hoje uma sofisticada tecnologia está incorporada ao exercício da medicina, assumindo um papel importante no diagnóstico, em detrimento do aspecto subjetivo da relação médico-paciente.

Diante da reconhecida importância dessa relação, não só por seus efeitos positivos na satisfação do usuário, mas também pelos benefícios diretos sobre o estado de saúde dos pacientes, pesquisas que procurem fazer avançar esse processo são sempre necessárias.

Cabe lembrar mais uma vez que partimos de uma demanda externa para a realização deste trabalho. O objetivo dos pesquisadores que encaminharam a demanda, segundo suas próprias palavras, é investigar o “grau de entendimento” entre médico e paciente durante a consulta. A expressão “graus de entendimento” pressupõe que a compreensão mútua possa ser

¹² Cf. palestra citada na nota anterior.

alcançada. Embora de forma implícita, essa expressão remete a uma visão de comunicação, preponderante no imaginário social, que aposta centralmente na capacidade dos falantes de tornar acessível um conjunto de sinais linguísticos, veiculadores de um conteúdo a ser transmitido por um falante para ser reconhecido pelo outro. Consideramos que a noção de comunicação - que está por trás da demanda - necessita ser reconfigurada para que se possa compreender melhor a complexidade das interações verbais.

Muitas teorias da linguagem têm a dizer sobre a temática da comunicação. Schiffrin (1994, p. 386) destaca três modelos distintos que buscam explicar a comunicação: o do código, o inferencial e o interacional.¹³ O primeiro relaciona comunicação “a uma noção de mensagem como proposição interna e a uma noção de código como algo fixo e estável” (MARTINS, 2002, p. 98). O modelo inferencial está fundamentado na ideia de que os indivíduos se entendem quando combinam o conhecimento de certos mecanismos linguísticos com seu conhecimento das intenções e do contexto, conforme indicado em Grice e em Searle. Pelo modelo interacional¹⁴, os procedimentos de interpretação não espelham necessariamente os de produção; os significados são negociados na interação. Desse modo, a “harmonia conversacional”, pressuposta no modelo inferencial, não é tomada como apriorística, e, sim, como uma construção possível dos participantes da interação.¹⁵

Neste trabalho, propomos a intervenção do olhar enunciativo de Benveniste para a análise da interlocução entre médico e paciente em consulta ambulatorial no âmbito do SUS. Sob essa perspectiva, a comunicação humana é indissociável da subjetivação, pela qual os indivíduos se constituem sujeitos no processo de inversibilidade, na e pela linguagem, isto é, trata-se de um processo que implica uma estruturação de relações interpessoais.

O estudo sobre os pronomes desenvolvido por Benveniste nos ensina que a enunciação promove a instauração de pessoas (*eu/tu*) que podem revezar-se, uma assumindo o lugar da outra (*eu* constitui *tu* e por *tu* é constituído). Com base nesse estudo, podemos afirmar que a polaridade das pessoas (*eu-tu*) é condição fundamental para a instanciação do sujeito na cena enunciativa. No entanto, para que o efeito de comunicação intersubjetiva se dê, o quadro figurativo da enunciação, que prevê o protagonismo das duas “figuras” que se colocam na

¹³ Para uma síntese das formulações de Schiffrin, remetemos a Martins (2002).

¹⁴ Inclui-se aqui a análise da conversa etnometodológica.

¹⁵ Estamos cientes de que a síntese aqui apresentada nem de longe alcança a amplitude desses modos de ver a comunicação. Nosso intuito, ao apresentá-la, é apenas mostrar que não desconhecemos que o problema da comunicação pode ser olhado sob diferentes ângulos, a depender do ponto de vista do pesquisador.

posição de parceiros (PLGII, p. 87). Portanto, falar em comunicação, nessa perspectiva, implica entendê-la como *intersubjetiva*¹⁶.

Assim, neste trabalho, buscamos entender o que Benveniste chama de *comunicação intersubjetiva* para, a partir dessa noção, examinar a natureza da interlocução que se estabelece toda vez que, na situação específica de enunciação em consulta, os interlocutores (médico e paciente) assumem a língua. Nosso objetivo maior é investigar o lugar co-construído para médico e paciente em consultas ambulatoriais realizadas em um Hospital do Sistema Único de Saúde.

Para tanto, propomos uma distinção entre alocação e troca, noções que definimos com base em Benveniste. O autor (PLG II, p. 84) formula que o locutor, ao apropriar-se da língua, “implanta o outro diante de si”. Assim, toda enunciação é “explícita ou implicitamente, uma alocação, ela postula um alocutário”. Podemos dizer, então, que a alocação é inerente à enunciação. No entanto, a nosso ver, a alocação não garante a troca, que entendemos ser necessária ao estabelecimento do efeito pragmático da comunicação intersubjetiva. Para que se institua a troca, é necessário que os interlocutores, ao se apropriarem da língua, tirando-a do estado de possibilidade, atualizando-a em discurso, impliquem-se subjetivamente no processo, isto é, posicionem-se como “protagonistas da enunciação”¹⁷ (PLG II, p. 87).

Nas transcrições feitas de uma das consultas ambulatoriais gravadas em áudio, buscamos observar se a tomada da palavra pelos interlocutores viabiliza (ou não) a troca entre ambos, capaz de instaurar a comunicação intersubjetiva.

Em síntese, o que queremos é, com o auxílio da teoria de Benveniste, trazer contribuição que possa ser relevante para os profissionais da área médica que estão se voltando para os estudos linguísticos com a finalidade de melhor entender o processo de troca verbal médico / paciente. Particularmente, buscamos entender a noção de *comunicação intersubjetiva* em estudos de Émile Benveniste, no âmbito de sua teoria da enunciação, para, a partir daí, analisar o *corpus* constituído por uma das três consultas ambulatoriais gravadas em áudio.

Como as consultas - objetos de nossa investigação - ocorrem no âmbito do SUS, consideramos importante trazer algumas informações sobre a Política Nacional de Humanização (PNH), também tratada por *Humaniza SUS*. Essa política valoriza a relação

¹⁶ Para o autor, a intersubjetividade é o princípio que sustenta a comunicação, estando vinculado às relações humanas, cf. será melhor desenvolvido no decorrer do segundo capítulo deste trabalho.

¹⁷ Voltaremos a essa distinção no decorrer do capítulo 2.

médico-paciente e um maior envolvimento do paciente no processo de tratamento, conforme se pode observar no excerto abaixo:

Por humanização entendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a coresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabilidade entre atenção e gestão¹⁸.

A partir dessa iniciativa do governo, observamos que começa a se instituir, no cenário brasileiro, preocupações mais consistentes voltadas à preparação integral dos profissionais da área da saúde.

Vários aspectos sobre a humanização em consultas ambulatoriais e em tratamentos terapêuticos são trazidos nesse programa. No que diz respeito aos diagnósticos, por exemplo, o PNH recomenda ser preciso ir além do que o sujeito apresenta de “igual” e saber o que ele apresenta de “diferente”, de “singular”. Dessa forma, as possibilidades de intervenção aumentam, assim como a melhora terapêutica com a participação dos indivíduos incluídos no processo. (PNH, 2004, p. 6). A importância da escuta é muito valorizada no *Humaniza SUS*, que sugere “respeito e reconstrução” no sentido de identificar as causas que levaram o indivíduo ao adoecimento (2004, p. 12).

O PNH manifesta-se no sentido da necessidade de capacitação dos profissionais em amparar os indivíduos não só em suas enfermidades, mas também auxiliá-los em suas transformações e, mesmo reconhecendo que a doença constitua uma barreira, ela não deve impedir esses pacientes de “viver outras coisas na sua vida”. (2004, p. 9).

Os “vínculos e afetos” entre profissionais e pacientes também são tratados nesse programa. Perguntas como “O paciente cumpriu as suas ordens? Tomou a medicação? Fez a dieta?”, de acordo com o PNH, podem transmitir a impressão de que “estamos mais preocupados em ser obedecidos, do que com a pessoa e a sua vida”. (PNH, 2004, p. 14). O *Humaniza SUS* enfatiza a necessidade de “prestar atenção nesses fluxos de afeto para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela” (p. 14).

¹⁸ Política Nacional de Humanização (PNH) Humaniza SUS. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf>. Acesso em 11/11/2011.

A alusão à linguagem está presente na política do Humaniza SUS, alçando a um lugar de extrema importância os processos de comunicação verbal nas investigações da área da saúde.

Então, o que é humanizar? Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem fazemos as descobertas de meios pessoais de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente. (...) Isto é, sem comunicação não há humanização. A humanização depende de nossa capacidade de falar e ouvir, do diálogo com nossos semelhantes¹⁹.

Lembramos que o PNH prevê a importância da escuta na relação médico-paciente, menciona a possibilidade de instituição do que chama de “falha na comunicação” nesse tipo de troca verbal, além de salientar que “sem comunicação, não há humanização”²⁰. A importância da escuta será um dos focos sobre o qual manteremos nossa atenção. Benveniste defende a impossibilidade de um indivíduo se instituir como *eu* na enunciação e ser ele mesmo se não estiver na condição de troca com um parceiro no momento enunciativo. É necessário que o parceiro, nessa relação, seja constituído como *tu* para se autorizar a ser *eu*. É dessas trocas verbais que emerge o sujeito e é por meio delas que o homem tem consciência de si mesmo, assim como por meio da impressão do outro: “(...) a linguagem ensina a própria definição do homem”. (PLG I, p. 285).

Essas considerações de Benveniste parecem ter ressonância com o seguinte trecho do PNH: “O sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento”²¹. Acreditamos, portanto, que nosso trabalho, ancorado na Teoria da Enunciação de Benveniste, possa trazer subsídios que ajudem a área médica a encontrar caminhos para a qualificação do processo de humanização no SUS, que, pelo menos de acordo com o que preconizam seus documentos, valoriza o estabelecimento de troca entre médico e paciente.

¹⁹ Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização do atendimento hospitalar - PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 (grifos nossos).

²⁰ Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização do atendimento hospitalar - PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

²¹ Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização do atendimento hospitalar - PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Apresentada a pesquisa em âmbito geral neste capítulo introdutório, trazemos, no próximo, os conceitos da teoria enunciativa de Benveniste, selecionados para fundamentar este trabalho. O objetivo central do capítulo 2 é esclarecer o modo como entendemos a noção de *comunicação intersubjetiva*.

O capítulo 3 trata da metodologia. Descrevemos o processo de constituição dos dados, bem como destacamos a unidade e os procedimentos de análise. Discorremos também, brevemente, sobre o estatuto da transcrição na perspectiva enunciativa.

A análise é apresentada no capítulo 4, seguida pelas Considerações Finais, que destacam possíveis contribuições do trabalho para a compreensão do que está implicado em interlocuções entre médico e paciente em situação de consulta ambulatorial.

2 A COMUNICAÇÃO INTERSUBJETIVA COMO EFEITO DA TROCA ENTRE INTERLOCUTORES

Como vimos, nosso objeto de estudo são interlocuções entre médico e paciente em consultas ambulatoriais pelo SUS. Buscamos, a partir da noção de *comunicação intersubjetiva* de Émile Benveniste, identificar como se instancia a intersubjetividade nesse contexto enunciativo e se, nesse processo, ocorre troca.

Há grande interesse na discussão de aspectos comunicacionais entre profissionais da saúde e usuários no âmbito da Saúde Pública, da Psicologia Social, entre outros, mas sem recurso a estudos da linguagem abrigados nas diferentes áreas que constituem a ciência linguística.²² Os linguistas que têm investido nessa temática, geralmente, alinham-se à perspectiva teórico-metodológica de um conjunto de estudos que entendem a fala-em-interação como fundadora da realidade social, isto é, recorrem à Análise da Conversa Etnometodológica, perspectiva que oferece “um instrumental suficientemente consolidado e sólido para tratar de dados gerados nas mais diversas situações de comunicação”. (BASTOS, 2012, p. 7)²³.

Acreditamos ser importante participar dessa importante discussão a partir de um outro aporte teórico, o da perspectiva enunciativa de estudo da linguagem, que talvez possa trazer à luz aspectos de natureza diferenciada, uma vez que defende que “o fundamento da subjetividade está no exercício da língua” e afirma: “não há outro testemunho objetivo da identidade do sujeito que não seja o que ele dá assim, ele mesmo sobre si mesmo”. (PLG I, p. 286).

2.1 Émile Benveniste: um teórico da comunicação?

O recurso a Benveniste em uma pesquisa que focaliza a comunicação pode causar estranhamento. É célebre a recusa do autor em tomar a linguagem como instrumento de comunicação. No texto *Da subjetividade da linguagem* (1958), seu desconforto é nítido com a

²² Para uma visão panorâmica dos variados estudos sobre essa temática, remetemos a Ostermann e Meneghel (2012, p. 11-18).

²³ Esses estudos têm apontado para a necessidade de um diálogo menos assimétrico entre profissionais da saúde e usuários, trazendo valiosa contribuição para a construção de uma assistência humanizada, aspecto que centraliza a preocupação da PNH. Sobre essa perspectiva, consultar Ostermann e Meneghel (2012).

proposição da linguagem como instrumento de comunicação. Segundo o autor, deve-se suspeitar dessa ideia, pois falar de instrumento²⁴ é opor o homem a sua natureza.

No decorrer de seu raciocínio, Benveniste desconstrói essa “evidência” com argumentos sólidos, quando afirma o caráter constitutivo da linguagem em relação ao sujeito, através da discussão da impossibilidade de estabelecer uma oposição entre ela e o homem.

No entanto, o fato de Benveniste negar à linguagem a condição de ser instrumento de comunicação não significa que ele não se ocupe dessa temática. Afinal, os dois volumes de *Problemas de Linguística Geral* trazem como título da segunda parte “A comunicação”. É preciso, antes de tudo, entender que linguagem, para o autor, não se confunde com *discurso*, entendido como “linguagem posta em ação – e necessariamente entre parceiros”. (PLG I, p. 284). Benveniste entende por *linguagem* a faculdade simbólica inerente à condição humana (PLG I, p. 26-28), que se realiza em uma língua, em uma estrutura linguística definida e particular, inseparável de uma sociedade definida e particular. (PLG I, p. 29). Ela é apresentada como condição da existência do homem e, como tal, sempre referida ao outro, ou seja, linguagem e intersubjetividade são indissociáveis.

Na interpretação de Dessons (2006, p. 49), para Benveniste, “a comunicação humana tem uma especificidade ligada ao exercício da linguagem como atividade intersubjetiva que torna indissociáveis o pensamento do individual e o do coletivo”. Em outras palavras, a comunicação, tal como Benveniste a entende, é intersubjetiva, estando profundamente ligada ao caráter dialógico da linguagem, pelo qual os indivíduos se constituem em sujeitos no processo de troca verbal.

O autor parte do reconhecimento da língua como sistema e diz que a constituição do homem no mundo é construída por meio de uma relação de troca em que a presença do outro é necessária. Ele nomeia essa relação como *intersubjetiva*. Na intersubjetividade, há um *eu* e um *tu* que tomam a língua para si para falar de um *ele*. O *eu* para Benveniste é a pessoa subjetiva, o *tu* é a pessoa não subjetiva e o *ele* é a não-pessoa, que predica “o processo de *não importa quem* ou *não importa o que*”, podendo apontar para uma “referência objetiva” (PLGI, p. 282); o *ele* “*não* remete a nenhuma pessoa, porque se refere a um objeto que está fora da alocação”. (PLGI, p. 292).

Na relação de troca discursiva entre o *eu* e o *tu*, há reversibilidade entre as pessoas. Ou seja, para o *tu* também poder se constituir como *eu* no discurso, é necessário que ambos os parceiros se instituem como *eu* ou *tu*, e é quando a reversibilidade assume a dimensão de troca

²⁴ A picareta, a flecha, a roda, não estão na natureza, são instrumentos/fabricações. O mesmo não ocorre com a linguagem, pois não se tem notícia de homens inventando a linguagem.

que se produz como efeito a *comunicação intersubjetiva*, noção a partir da qual desenvolvemos nosso estudo.

Antes de dar início à discussão sobre o que é *comunicação intersubjetiva* para Benveniste, apresentamos, em primeiro lugar, conceitos relevantes da teoria da enunciação do autor, pois, somente transitando por eles, podemos entender como se dá o processo da relação dos sujeitos²⁵ com a língua.

2.2 Benveniste e a teoria da enunciação: um impacto na linguística

A teoria da enunciação de Émile Benveniste é assim designada por seus atentos leitores, como dito anteriormente (nota 1), uma vez que ele próprio jamais utilizou essa expressão. (cf. FLORES, 2012, p. 153).

Nessa teoria, buscamos embasamentos sobre os quais edificamos nossa proposta, destinada a mostrar como é promovida a comunicação intersubjetiva entre médico e paciente. Antes de entrar nesse tópico específico, é necessário tornar a lembrar que os estudos de Benveniste estão sendo ressignificados nos dias de hoje, abrindo fronteiras, promovendo novos olhares e provocando algumas inquietudes nos profissionais ligados à linguística e a outras áreas de conhecimento.

Discípulo de Ferdinand de Saussure, Benveniste é um dos maiores ícones da teoria enunciativa. A partir do que é a estrutura formal, ele encontra um lugar de destaque para o sentido, chegando ao discurso. Ou seja, ele ultrapassa²⁶ o mestre²⁷.

Normand (2009, p. 198), em *Convite à linguística*, prefere o termo *encontro* para falar da relação entre ambos:

Benveniste encontrou Saussure no que pôde conhecer de seus escritos; muitos linguistas, talvez todos, pelo menos na França, encontraram ambos em escritos que se tornaram mais que abundantes; textos, manuscritos, glosas e comentários. Mais do que referenciais, tratar-se-á de presenças: ambos se impuseram e se impõem ainda hoje para quem se interessa por linguagem. Cada um deles, mais do que revelar, levou os outros a pressentirem que algo essencial estava em jogo ali, naquilo que continua sem ser consensualmente nomeado: língua, discurso, comunicação... Eles nos despertaram de nosso sono dogmático, levantando questões que, não

²⁵ Quando utilizamos o termo *sujeito*, estamos nos referindo àquele “ser discursivo”, que advém da enunciação. A teoria da enunciação de Benveniste “não fala do sujeito em si, mas da representação linguística que a enunciação oferece dele” (FLORES e TEIXEIRA, 2005, p. 35).

²⁶ O termo ultrapassagem em relação a Saussure é utilizado pelo próprio Benveniste em alguns de seus textos, como, por exemplo, “Semiologia da língua” (PLG II, p. 43-67).

²⁷ Merecedor desse título, Ferdinand de Saussure é tratado dessa forma por muitos. O legado que ele deixou para os estudos linguísticos enriquece e fomenta novas descobertas até os dias de hoje.

obstante suas tentativas e todas aquelas posteriores, não estão encerradas; feridas narcisísticas, teria dito Freud: nós ainda não sabemos o que fala em nós, e eles são uma das fontes dessa incerteza.

Na interpretação de Flores (2013, p. 77), a ultrapassagem a que Benveniste se refere conserva a teoria de Saussure, “ao mesmo tempo em que propõe algo que não é o mesmo que Saussure”. O linguista (2013, p. 81) vê compatibilidade entre o “ir além” de Benveniste e a *aufhebung* hegeliana²⁸, isto é, Benveniste, a um só tempo, “conserva, nega, suprime e suspende Saussure”. Assim, na visão de Flores (2013), não se trata de “ser superior a” ou mesmo de “exceder” a teoria saussuriana, mas de incluí-la no que as formulações de Benveniste sobre a enunciação inovam.

Referenciamos (poderíamos dizer, também, “reverenciamos”) o criador da linguística, porque ele representa o estopim para os estudos de Benveniste e também porque o conceito saussuriano de *língua* integra o conceito de *língua-discurso* proposto por Benveniste e, acomodada nesse último, está a noção de *comunicação intersubjetiva*.

Benveniste instaura um axioma para seus estudos, a indissociabilidade entre linguagem e subjetividade, propondo questões que interessam aos campos da filosofia, da psicanálise, da linguística, da antropologia, entre outros.

Ono (2007, p. 2, grifo da autora) cita Jean-Louis Chiss e Christian Puech que

mencionam a existência de um “estilo” de pensamento próprio a Benveniste, e observam que este estilo é caracterizado por uma capacidade pouco comum de recolocar em questão aquilo que é percebido como evidência. Em outras palavras, eles reconhecem em Benveniste uma singular atitude para problematizar os fenômenos linguísticos. Acreditamos que tal pensamento não pode, de forma alguma, passar por unívoco nem ser reduzido; pois se trata, muito mais, de uma releitura crítica e aberta.

Benveniste trouxe boas novas para os estudos linguísticos, fato que se percebe no reconhecimento que ele tem entre renomados estudiosos da linguagem, como, por exemplo, R. Barthes, de quem Ono (2007, p. 2) traz um comentário: “tudo em Benveniste está apenas começando”, acrescentando que esse comentário “continua válido até hoje”. A autora (2007,

²⁸ *Aufhebung* é um conceito que quer dizer ao mesmo tempo superação, aniquilação e conservação. Trata-se de um dos conceitos mais importantes do sistema hegeliano, segundo o qual, em cada uma das etapas nas quais a consciência avança em seu processo de autoconhecimento, os ensinamentos do momento anterior são ultrapassados, mas também conservados, na medida em que são vistos de um ponto de vista mais alto. Os sentidos de supressão, conservação e elevação estão assim presentes conjuntamente; negatividade, positividade e progresso são reunidos em um mesmo processo (cf. José Pinheiro Pertille em entrevista ao IHU on line, disponível em: <http://www.ihuonline.unisinos.br/index.php?option=com_content&view=article&id=5229&secao=430>. Acesso em 09/02/2014).

p. 2) nos alerta que é preciso ler e reler Benveniste para que seus “implícitos venham à tona, mostrando um novo horizonte”.

No todo que entendemos da teoria da enunciação de Benveniste – como a chamamos, portanto, devido às ocorrências e marcas nos artigos do autor, que nos autorizam a isso –, fica a certeza de que não há uma terminologia sólida em sua obra, assim como também não há um modelo de análise. Muito há para ser descoberto.

Concordamos com Ono (2007, p. 5, grifos da autora), quando diz que

Diante desse pensamento multiforme, poderíamos nos questionar se existe em Benveniste uma “unidade” de textos, ou mesmo uma “unidade” de pensamento (...). No entanto, ele oferece a oportunidade para refletirmos sobre a demarcação de nosso campo de pesquisa.

Benveniste é reconhecido como “pai” da linguística da enunciação, embora a questão da subjetividade já tenha sido trazida antes²⁹. Conforme Flores et al. (2008), essa teoria desempenha função significativa quando o Brasil abre as portas para as “teorias do uso da linguagem”, apesar de não ter sido devidamente avaliada no âmbito dos estudos linguísticos. Os autores esclarecem que

no Brasil, as teorias da enunciação, em geral, e a de Benveniste, em particular, começaram a ser tratadas ou como uma fase, ultrapassada, da história dos estudos linguísticos, ou como exemplo de concepção de sujeito a ser rechaçada, uma avaliação que em nenhum momento mediu o potencial descritivo de teorias como a de Charles Bally, a de Émile Benveniste, a de Antoine Culioli e a de Claude Hagège (FLORES et al, 2008, p. 10).

Dessa forma, as pesquisas que giram em torno dos conceitos de Benveniste não ganharam “tratamento sistematizado”, mesmo o autor sendo referência em literaturas especializadas. Nos territórios da Linguística do Texto, da Pragmática, da Análise do Discurso é possível perceber, de acordo com Flores et al. (2008), a incorporação de algumas ideias de Benveniste que, em sua amplitude, podem ser aplicadas à “descrição do português”, onde há lacuna significativa no que diz respeito à relação linguagem e subjetividade.

A teoria enunciativa da linguagem de Benveniste fundamenta-se no postulado de que o sujeito se constitui como tal quando o locutor se apropria da língua para enunciar. O conceito de significação trazido pelo autor considera as relações entre a dimensão do semiótico, ligada ao sistema da língua, e a dimensão do semântico, organizada pelo discurso. Tudo o que é do domínio do semiótico tem por critério necessário e suficiente que se possa identificá-lo no

²⁹ A esse respeito, consultar Cremonese (2007).

interior e no uso da língua. Os signos entram numa rede de relações e de oposições entre si e é aí que se definem, que se delimitam no interior da língua. A noção de semântica nos introduz no domínio da língua em emprego, pois resulta da atividade do locutor que coloca a língua em ação. (PLG II, p. 230).

Neste estudo, buscamos fazer avançar, de alguma forma, a ideia de que a teoria da enunciação de Émile Benveniste, por ter ressonância em diversos campos, pode contribuir, de modo significativo, para elucidar questões de interesse de outras ciências.

A seguir, partimos para o objetivo proposto neste item: seguir as pistas de Benveniste para tentar identificar sua definição de *comunicação intersubjetiva*. Os textos dos quais nos servimos aqui são provenientes dos livros *Problemas de Linguística Geral I* e *Problemas de Linguística Geral II*, edições de 2005 e 2006, respectivamente. As datas que acompanham os nomes dos artigos fazem referência ao ano em que cada um foi publicado. São eles: *Estrutura das relações de pessoa no verbo* (1946); *A natureza dos pronomes* (1956); *Comunicação animal e linguagem humana* (1952); *Da subjetividade na linguagem* (1958); *Vista d'olhos sobre o desenvolvimento da linguística* (1963); *A linguagem e a experiência humana* (1965); *Estrutura da língua e estrutura da sociedade* (1968); *O aparelho formal da enunciação* (1970).

2.3 Comunicação Intersubjetiva

Compreender o que é *comunicação intersubjetiva*, na perspectiva de Benveniste, é o foco deste estudo. Na locução constituída por ele para denominar esse processo, entendemos que não é apenas a questão da comunicação que ele deseja trazer, pois faz uso do modificador *intersubjetiva* junto ao termo *comunicação*, que especifica e caracteriza a expressão sobre a qual tratamos.

A locução *comunicação intersubjetiva* não é recorrente em seus textos. Ela é referida em “A natureza dos pronomes” (PLG I, p. 280), quando o autor discorre sobre os pronomes, destacando que a importância de sua função é comparável à “natureza do problema que servem para resolver”, o da *comunicação intersubjetiva*.

Embora a presença pouco comum dessa locução nos artigos de Benveniste, a ideia de que a condição de intersubjetividade é que torna possível a comunicação linguística é presença constante em textos do autor, como veremos na sequência.

De modo particular, interessa-nos mostrar que as noções de *comunicação intersubjetiva* e *intersubjetividade*, embora relacionadas, não se recobrem. A chave para essa

leitura encontra-se no final de “Da subjetividade na linguagem” (PLG I, p. 293), quando Benveniste afirma que

muitas noções da linguística, e talvez mesmo na psicologia, aparecerão sob uma luz diferente se as restabelecermos no quadro do discurso, que é a língua enquanto assumida pelo homem que fala, e sob a condição de intersubjetividade, única que torna possível a comunicação linguística.

De acordo com Flores (2012), a noção de intersubjetividade pode ser considerada um *a priori* na teoria enunciativa, pois todas as demais partem dela e nela estão contidas como, por exemplo: linguagem, subjetividade, enunciação, índices específicos, procedimentos acessórios, entre outras, incluindo-se aí também a noção de *comunicação intersubjetiva*, como procuramos desenvolver ao longo desta exposição teórica.

2.3.1 Linguagem ou código de sinais?

No texto de 1952, *Comunicação animal e linguagem humana*, Benveniste (PLG I) está interessado em compreender o que efetivamente caracteriza a linguagem humana. Para tanto, reflete sobre o estudo, feito por Karl Von Frisch³⁰ no campo da zoologia, sobre o processo de comunicação usado pelas abelhas, destinado a mostrar que as abelhas possuem um sistema de comunicação bastante organizado.

Conforme relato de Benveniste, Von Frisch observa que, quando a abelha-obreira encontra uma fonte de alimento, retorna à colmeia e transmite a informação às demais, realizando dois tipos de dança: uma que envolve movimentos circulares da direita para a esquerda e vice-versa; outra, em forma de oito, acompanhada de movimento ritmado do abdome. O primeiro tipo de dança anuncia que o alimento está próximo, a menos de cem metros; o segundo, que está distante.

As investigações do zoólogo alemão mostram que, após realizarem o ritual, as abelhas deixam a colmeia e vão ao encontro da fonte onde a primeira havia estado. Todo o processo se repete com as danças em círculo e as idas e vindas. Os instintos animais do odor e da gustação também estão incluídos no processo comunicacional da colmeia. A percepção do cheiro da obreira e da absorção do néctar que ela expele, leva as abelhas a se darem conta da natureza do alimento, e a observação da dança indica o local onde ele pode ser encontrado.

³⁰ Na época, professor de Zoologia na Universidade de Munique.

Benveniste se pergunta se, diante desse fato, poderíamos falar de “uma verdadeira linguagem”. (PLG I, p.61). Explica que, por meio dessas pesquisas, é possível entender como esses insetos se compreendem e produzem “verdadeiras mensagens”:

até aqui encontramos, nas abelhas, as próprias condições sem as quais nenhuma linguagem é possível – a capacidade de formular e de interpretar um ‘signo’ que remete a uma certa ‘realidade’, a memória da experiência e a aptidão para decompô-la. (BENVENISTE, PLG I, p. 64).

Benveniste vê pontos em comum com a comunicação humana, pois as abelhas se valem de simbolismos que remetem a “significação constante”. (PLG I, p. 64). Ele atenta para o fato de que a situação e a função desse processo “são as de uma linguagem, no sentido de que o sistema é válido no interior de uma comunidade determinada e que cada membro dessa comunidade tem aptidões para empregá-lo ou compreendê-lo nos mesmos termos”. (PLG I, p. 64). No entanto, o autor diz que as diferenças são consideráveis e nos auxiliam a “tomar consciência do que caracteriza realmente a linguagem humana”. (PLG I, p. 65). Ou seja, ele não concorda que a chamada “linguagem” das abelhas seja, de fato, linguagem.

São as diferenças que revelam o que interessa a Benveniste, conforme destacamos a seguir.

- As abelhas recebem uma mensagem, mas não podem transmiti-la de novo; portanto, sua “linguagem” não funciona, ao modo da linguagem humana, como substituta de uma experiência; não pede resposta, mas apenas desencadeia um comportamento. Em síntese, não há interlocução nem diálogo entre elas.
- A comunicação entre as abelhas refere-se sempre a um dado em particular, fruto da experiência, o alimento. A linguagem dos homens, entretanto, caracteriza-se pela capacidade de trazer uma multiplicidade de conteúdos, além de ser capaz de oferecer um substituto à experiência, que pode se propagar infinitamente no tempo e no espaço.
- A linguagem das abelhas não pode ser decomposta em elementos menores, isto é, suas mensagens “não se deixam analisar” (PLG I, p. 66), ao contrário da linguagem humana, em que os enunciados se combinam, “segundo regras definidas, de modo que um número bastante reduzido de morfemas permite um número considerável de combinações”. (PLG I, p. 66)³¹.

³¹ A propriedade de articulação é fundamental à linguagem humana, uma vez que possibilita produzir “uma infinidade de mensagens novas a partir de um número limitado de elementos sonoros distintos”. (PETTER, 2007, p. 17).

- As abelhas se comunicam através de danças, sem intervenção do aparelho vocal³², que, segundo Benveniste, é condição essencial para a linguagem.

Ao finalizar o artigo, Benveniste diz que, depois das observações sobre as diferenças da linguagem humana e da comunicação animal, pode-se concluir que as abelhas contam com um “código de sinais” e não com a linguagem. (PLG I, p. 66-67).

É interessante destacar, para nosso propósito neste trabalho, que as considerações de Benveniste no texto de 1952 destacam a dimensão dialógica da linguagem humana. Os animais se comunicam, mas os humanos têm algo que vai além, isto é, a possibilidade de resposta, a capacidade de refazer a mensagem, de reorganizá-la e devolvê-la ao outro depois de reprocessá-la. A marca da linguagem humana é a plasticidade, enquanto as abelhas só executam sua dança para uma mesma finalidade. Só os humanos têm a capacidade de colocar o símbolo no lugar de outra coisa, representá-la na sua ausência, construir o pensamento para o outro, ideias que parecem já trazer elementos para a compreensão da noção de *comunicação intersubjetiva*.

No próximo item, partimos para entender como Benveniste concebe a relação indissociável entre linguagem e subjetividade no conhecido texto “Da subjetividade na linguagem” (PLG I).

2.3.2 Linguagem: instrumento de comunicação?

Os estudos de linguagem, frequentemente, nos provocam questionamentos. Não é diferente com Benveniste, que, no texto *Da subjetividade na linguagem*, de 1958, indagou-se sobre o que realmente seria a linguagem: “Se a linguagem é, como se diz, instrumento de comunicação, a que deve ela essa propriedade?”. (PLG I, p. 284). Podemos, segundo o autor, pensar em duas possibilidades de resposta: de que essa propriedade da linguagem deve-se ao fato de que não há meios mais eficientes de se comunicar e de que a linguagem oferece arranjos tais que a tornam apta a servir de “instrumento”. (PLG I, p. 284). No entanto, Benveniste afirma que tais propriedades não são da linguagem, mas, sim, do discurso, que ele define como “linguagem posta em ação – e necessariamente entre parceiros”. (PLG I, p. 284). A linguagem, pelo menos do modo como Benveniste a entende, não pode ser vista como instrumento de comunicação, pois “falar de instrumento, é por em oposição o homem e a natureza”, e, na visão do autor, linguagem e homem são indissociáveis. Diz o linguista: “Não

³² A intervenção do aparelho vocal como condição para a linguagem pode ser contestada à luz de estudos recentes sobre a língua de sinais. Não entraremos no mérito dessa discussão, por escapar aos propósitos de nosso trabalho.

atingimos nunca o homem separado da linguagem e não o vemos nunca inventando-a” (...) “É um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem, e a linguagem ensina a própria definição do homem”. (PLG I, p. 285). Assim entendida, a linguagem está diretamente ligada à intersubjetividade, pois é sempre referida ao outro. Pode-se, então, concluir que é a intersubjetividade que torna viável o uso da língua.

Em outras palavras, o locutor tem uma relação de interdependência com o alocutário no momento em que o instaura como *tu* e com ele se reveza na interlocução verbal. O locutor depende da presença de seu parceiro para que se torne sujeito. Ao assumir o papel de *eu*, o alocutário torna-se o locutor, deixando o espaço do *tu* disponível para que o então locutor o assumira e torne-se alocutário. É um movimento constante de reversibilidade que se dá na interação entre os indivíduos.

Por isso, *eu* propõe outra pessoa, aquela que, sendo embora exterior a ‘mim’, torna-se o meu eco – ao qual digo *tu* e que me diz *tu*. A polaridade das pessoas é na linguagem condição fundamental, cujo processo de comunicação, de que partimos, é apenas uma consequência pragmática. (PLG I, p. 286, grifo do autor).

Concordamos com a interpretação de Dessons (2006, p. 107), segundo a qual, a própria condição da comunicação intersubjetiva é dada pelo estatuto particular das formas vazias *eu* e *tu*, disponíveis a cada locutor engajado no processo de apropriação da língua. Nesse sentido, a comunicação intersubjetiva pode ser entendida como uma consequência da intersubjetividade, princípio inerente à subjetividade, que emerge na e pela linguagem.

Benveniste (PLG I, p. 286) explica ainda que, embora se completem e não se instalem um sem o outro, o *eu* transcende o *tu*. Essa transcendência não significa superioridade de *eu* sobre *tu*. Trata-se de uma transcendência temporal, pois o *eu* é a única pessoa “que tem a propriedade de proporcionar o exercício da língua na realidade dialógica”. (FLORES, 1999, p. 196-197). A ideia de reversibilidade mostra que aquele que se institui como *eu* passa a ser *tu* no decorrer da troca verbal.

Para Benveniste, a “consciência de si mesmo só é possível se experimentada por contraste. Eu não emprego *eu* a não ser dirigindo-me a alguém, que será na minha alocação um *tu*”. (PLG I, p. 288, grifos do autor). Sem relação intersubjetiva, é impossível a comunicação linguística. O autor acrescenta que esses termos dos quais nos servimos: *eu* e *tu*, não devem ser tomados “como figuras, mas como formas linguísticas que indicam a ‘pessoa’” e destaca o fato de que os pronomes pessoais jamais faltam em qualquer que seja o idioma, sendo apenas, em algumas sociedades, omitidos. (PLG I, p. 288, grifo do autor).

Os pronomes pessoais, de acordo com o autor, pertencem a uma classe de palavras “que escapam ao *status* de todos os outros signos da linguagem”. O *eu*, segundo Benveniste, “se refere a algo muito singular, que é exclusivamente linguístico: *eu* se refere ao ato de discurso individual no qual é pronunciado, e *lhe* designa o locutor”. (PLG I, p. 288, grifo do autor). É na língua em ação que se estabelece a subjetividade, pois a organização da língua permite a cada locutor apropriar-se³³ dela toda³⁴ designando-se como *eu*.

Benveniste acrescenta que a procura será vã se quisermos buscar um paralelo para isso. “Única é a condição do homem na linguagem”, diz ele. (PLG I, p. 286). É o que nos diferencia dos animais.

Benveniste amplia o domínio das marcas de subjetividade na linguagem esclarecendo que dos pronomes pessoais

dependem outras classes de pronomes, que participam do mesmo status. São os indicadores da dêixis, demonstrativos, advérbios, adjetivos, que organizam as relações espaciais e temporais em torno do “sujeito” tomado como ponto de referência: “isto, aqui, agora” e suas numerosas correlações “isso, ontem, no ano passado, amanhã”. (PLG I, p. 288, grifos do autor).

Esses indicadores são definidos a partir do momento da enunciação em que são produzidos e estão sujeitos ao *eu* que se enuncia e, da mesma forma que os pronomes pessoais, são indicadores de subjetividade.

Benveniste (PLG I, p. 289) prossegue descrevendo os índices de subjetividade na linguagem, ampliando-os ainda mais ao colocar entre eles a expressão da temporalidade. Destaca que as línguas em geral, de um ou de outro modo, distinguem “tempos”. Para o autor, a referência temporal é feita a partir do presente, que assinala a “coincidência do acontecimento descrito com a instância de discurso que o descreve”. (PLG I, p. 289).

Não há outro critério nem outra expressão para indicar o “tempo em que se está” senão tomá-lo como o “tempo em que se fala”. Esse é o momento eternamente “presente”, embora não se refira jamais aos mesmos acontecimentos de uma cronologia “objetiva” porque é determinado cada vez pelo locutor para cada uma das instâncias referidas. (PLG I, p. 289, grifos do autor).

³³ O termo *apropriar*, neste estudo, não é o mesmo que tomar posse, mas sim “tornar próprio de si”.

³⁴ A ideia de que a língua toda é investida de subjetividade está em ARESI (2012). Fábio Aresi é Mestre em Letras pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Destacou-se por estudar o artigo *O Aparelho Formal da Enunciação* de Émile Benveniste de forma brilhante, em sua dissertação de mestrado (2012), especialmente no que diz respeito aos procedimentos acessórios, aspecto pouco desenvolvido por Benveniste.

A temporalidade humana, de acordo com Benveniste, “com todo seu aparato linguístico revela a subjetividade inerente ao próprio exercício da linguagem”. (PLG I, p. 289).

A subjetividade, para Benveniste, só é possível por meio da linguagem, que contém as formas linguísticas necessárias a sua expressão. Ele se refere aqui às chamadas “formas vazias”, que se preenchem no exercício do discurso, deixando claro que apenas designou as mais aparentes, o que nos faz esperar novas ampliações para o quadro da enunciação.

Essa expectativa se confirma, no final do capítulo, quando o autor afirma.

Muitas noções da linguística, e talvez mesmo na psicologia, aparecerão sob uma luz diferente, se as restabelecermos no quadro do discurso, que é a língua assumida pelo homem que fala, e sob a condição de intersubjetividade única que torna possível a comunicação linguística. (PLG I, p. 293, grifo do autor).

Nessa passagem, conforme já indicamos antes, Benveniste apresenta a *intersubjetividade* como uma condição da linguagem, o que faz dela uma noção diferente da noção de *comunicação intersubjetiva*. Podemos, então, corroborar a ideia de que a comunicação intersubjetiva é uma consequência da intersubjetividade. É a partir da intersubjetividade que emerge a subjetividade na linguagem, condição essencial para que se institua a troca verbal. Deixamos essas questões suspensas, momentaneamente, e seguimos na busca de pistas em Benveniste para elucidar a noção de *comunicação intersubjetiva*.

2.3.3 A re-produção da realidade

O texto de 1963, *Vista d'olhos sobre o desenvolvimento da linguística* (PLG I, p. 19-33), divide-se em duas partes. A primeira traz comentários sobre como a linguística se apresenta no momento em que Benveniste escreve. Ele contesta a ideia de que os “novos” métodos estariam afastando a linguística das realidades da linguagem, isolando-a das outras ciências humanas.

O autor refere-se à importância da linguística para as ciências do homem, por apresentar métodos que assumem valor de exemplo e mesmo de modelo para elas. Atribui isso ao fato de a linguística ter duplo objeto: é ciência da linguagem, definida por ele como “faculdade humana, característica universal e imutável do homem” (PLG I, p. 20); e é ciência das línguas, “sempre particulares e variáveis” (PLG I, p. 20), nas quais a linguagem se realiza. Nesse ponto, Benveniste apresenta um interessante questionamento: o linguista se ocupa das

línguas, mas os problemas - infinitamente diversos das línguas - põem sempre em questão a linguagem.

Depois dessas considerações, o autor percorre a história da linguística até o encontro com Saussure, em quem ele vê uma concepção que substitui a noção positivista de fato linguístico pela de relação. (PLG I, p. 23). Ferdinand de Saussure marca a história da linguística, pois promove meios excepcionais e inovadores para o estudo das línguas, possibilitando aos linguistas, por exemplo, o reconhecimento de que “a língua forma um *sistema*”. (PLG I, p.22, grifo do autor).

Benveniste explica que “da base ao topo, desde os sons até as complexas formas de expressão, a língua é um arranjo sistemático de partes. Compõem-se de elementos formais articulados em combinações variáveis [sistema], segundo certos princípios de *estrutura*”. (PLG I, p. 22, grifo do autor). Ele continua:

Eis aí o segundo termo da linguística, a estrutura. Entende-se, em primeiro lugar, por aí a estrutura do sistema linguístico, revelada progressivamente a partir da seguinte observação: uma língua jamais comporta senão um número reduzido de elementos de base, mas esses elementos, em si mesmos pouco numerosos, prestam-se a grande números de combinações. Não se consegue atingi-los senão no seio dessas combinações. (PLG I, p. 22).

O conceito de *sistema* e os estudos baseados nele valem para “qualquer língua, em qualquer cultura e em qualquer estado histórico que a tomemos”. (PLG I, p. 22). Destaque especial é dado ao fato de na língua nada significar em si, mas em função do conjunto. É por essa característica que a comunicação é possibilitada.

A essas considerações sobre a *forma* linguística, na segunda parte, Benveniste acrescenta outras em relação à *função* (ou *significação*) da linguagem. É nesse momento que ele faz uma afirmação de grande interesse para os estudos enunciativos: “A linguagem reproduz a realidade. Isso deve entender-se da maneira mais literal: a realidade é produzida novamente por intermédio da linguagem”. (PLG I, p. 26). A respeito dessa afirmação, é importante destacar um detalhe não contemplado na tradução desse artigo para o português. Na versão original, temos: “Le langage *re-produit* la réalité”. (BENVENISTE, 1966, p. 25). Vemos que a tradução omitiu o hífen e a marca tipográfica (itálico), isto é, “*re-produit*” aparece como “reproduz” na edição brasileira de PLG I.

Ora, essa não é uma omissão qualquer, se atentarmos para o destaque feito por Dessons (2006) de que o prefixo *re-*, em Benveniste, tem um valor crítico. Em dissertação de

mestrado³⁵ recentemente apresentada, A. Juchem (2012) desenvolve essa indicação de Dessons, salientando que a escolha por “reproduz” traz “um significado completamente diferente em relação ao atribuído por Benveniste nesse contexto teórico”. (JUCHEM, 2012, p. 117). Seguindo Dessons (2006, p. 13), a autora (2012, p. 117) destaca dois valores para o prefixo *re-* nas formulações benvenistianas: um valor de iteração, glosado pela locução *à nouveau* (“de novo”, “novamente”) e um valor de invenção, glosado pela locução *à neuf* (“algo novo”). Juchem faz um levantamento dos usos do prefixo *re-* com valor teórico, em PLG I e PLG II, encontrando dezessete ocorrências. Constata que a primeira vez que ele aparece com esse estatuto é em *Vista d’olhos sobre o desenvolvimento da linguística*, e, somente aí, faz-se acompanhar pelo hífen e pela marca tipográfica do termo (em itálico). Segundo a autora (2012, p. 122), a presença do hífen e do itálico em *re-produit* (*re-produz*) “assume a função de demarcar o tempo *presente* inerente à enunciação que faz da língua o lugar da irrepitibilidade do sujeito”. A linguagem faz a intermediação entre o homem e o mundo, mas, como mostra Benveniste, ela o faz somente submetendo o mundo “à sua organização própria, o que significa que o termo *re-produz* não é sinônimo de repetição (ainda que porte valor de “iteração”), mas de reinvenção”. (JUCHEM, 2012, p. 122).

Retomando Dessons (2006, p. 13), Juchem conclui (2012, p. 122): “Ainda que a língua forneça uma base formal comum (a “iteração”, o repetível), fornece ao mesmo tempo as condições de enunciação que tornam o emprego da língua cada vez um acontecimento novo (a “invenção”, o irrepitível)”.

Os locutores, na interlocução verbal, constroem cenas enunciativas que jamais se repetem. “Aquele que fala faz renascer pelo seu discurso o acontecimento e a sua experiência do acontecimento. Aquele que ouve apreende primeiro o discurso e através desse discurso, o acontecimento reproduzido”. (PLG I, p. 26).

A partir do que esse artigo traz, podemos concluir que a referência é trazida como parte da enunciação, sendo entendida como co-referência, pois é *re-construída* na relação *eu-tu*. Falar não é falar do mundo, mas de um mundo *re-significado* pela relação intersubjetiva que se dá na e pela linguagem. A intersubjetividade, mais uma vez, comparece como princípio que sustenta a comunicação humana.

³⁵ Trabalho realizado no Programa de Pós-Graduação em Letras da UFRGS, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Carmem Luci da Costa Silva.

2.3.4 Da instauração da experiência na e pela linguagem

Elementos que nos ajudam a entender a *comunicação intersubjetiva* também podem ser identificados no artigo de 1965, *A linguagem e a experiência humana*, que integra a segunda parte de PLG II, denominada “A comunicação”. Nele, Benveniste volta a se referir às categorias de pessoa e de tempo, consideradas por ele como elementares, “independentes de toda determinação cultural”, nas quais se vê a “experiência subjetiva dos sujeitos que se colocam e se situam na e pela linguagem”. (PLG II, p. 68).

O estudo sobre os pronomes que Benveniste apresenta ao longo de PLG I e PLG II, segundo Teixeira (2012, p. 79), “coloca-nos no âmago de uma problemática da interlocução, pois essas categorias são precisamente aquelas em que se amarram as relações do *eu* com aquilo que é privado da marca do *eu*. E, mais do que isso, coloca em evidência a relação radical da linguagem com o homem”.

Em vários artigos, Benveniste descreve essa categoria linguística, percebendo-se certas particularidades em cada um deles. No texto de 1946, “Relações de pessoa no verbo” (PLG I, p. 247-259), opõe *eu-tu* a *ele* e caracteriza a categoria de pessoa por sua unicidade, reversibilidade e ausência de predicação verbal. Em “A natureza dos pronomes”, de 1956 (PLG I, p. 277-283), esse par é caracterizado pela relação com a instância de discurso cada vez única pela qual a língua é atualizada por um locutor. No texto de 1958, “Da subjetividade na linguagem” (PLG I, p. 284-293), introduz a questão da subjetividade na descrição dos pronomes. Em “A linguagem e a experiência humana” (PLG II, p. 68-80), vincula essa categoria linguística à instauração da experiência humana.

Benveniste diz que o índice de pessoa (*eu*) está no sistema da língua como qualquer outro dado lexical, entretanto, quando “posto em ação no discurso, aí introduz a presença da pessoa [*tu*] sem a qual nenhuma linguagem é possível”. (PLG II, p. 69). Trata-se da intersubjetividade, condição da subjetividade, a partir da qual se instala a comunicação intersubjetiva. O indivíduo depende da instituição do *outro* nessa interação para que possa se constituir na linguagem. O autor explica que “desde que o pronome *eu* aparece em um enunciado, evocando – explicitamente ou não – o pronome *tu* para se opor conjuntamente a *ele*, uma experiência humana se instaura de novo e revela o instrumento linguístico que a funda”. (PLG II, p. 69, grifos do autor).

Para Benveniste,

uma dialética singular é a mola desta subjetividade. A língua provê os falantes de um mesmo sistema de referências pessoais de que cada um se apropria pelo ato da linguagem e que, em cada instância de seu emprego, assim que é assumido por seu enunciador, se torna único e sem igual, não podendo realizar-se duas vezes da mesma maneira. Mas, fora do discurso efetivo, o pronome não é senão uma forma vazia, que não pode ser ligada nem a um objeto nem a um conceito. (PLG II, p. 69).

O estatuto das formas *eu* e *tu*, disponíveis para cada locutor engajado no processo de apropriação da língua é a própria condição da comunicação intersubjetiva, como afirma Dessoins (2006, p. 107). Ou, nas palavras de Benveniste, “A condição de intersubjetividade é que torna possível a comunicação linguística”. (PLG II, p. 78).

Mello (2012, p. 53, grifos da autora) diz que “como a enunciação é sempre dialógica, produz dois sujeitos, dos quais *tu* constitui a condição de existência de *eu*”. Ou seja, ao apropriar-se da língua, o locutor instaura o outro diante de si, necessariamente, e é dessa relação que emerge a subjetividade. É no uso efetivo da língua que os sentidos são co-construídos, por meio de índices específicos e de procedimentos acessórios. Benveniste dá a ver a dialética singular pela qual o locutor acessa a língua como uma “experiência central da qual se determina a possibilidade mesma do discurso”. (PLG II, p. 69).

2.3.5 A troca verbal como instauradora da sociedade

Em *Estrutura da língua e estrutura da sociedade* (1968), Benveniste propõe-se a examinar as relações entre língua e sociedade. (PLG II, p. 93-104). Considera que, por serem sistemas de natureza diversa, língua e sociedade não podem ser convertidas uma na outra, nem podem ser, mutuamente, uma o interpretante da outra. Para ele, a língua contém a sociedade, que é por ela interpretada.

Benveniste explica que “a linguagem é para o homem um meio, na verdade, o único meio de atingir o outro homem, de lhe transmitir e de receber dele uma mensagem. Conseqüentemente, a linguagem exige e pressupõe o outro. A partir desse momento, a sociedade é dada com a linguagem”. (PLG II, p.93). Dessa passagem em diante, o autor desenvolve uma reflexão no sentido de identificar os pontos em que língua e sociedade se aproximam ou se afastam. No andamento de seu raciocínio, apresenta elementos bem definidos que abrem caminho para entendermos como se dá a ação de transformação da sociedade e a da língua, sobre os quais é possível reconhecer a importância da comunicação intersubjetiva como pano de fundo para que a vida em sociedade aconteça. Ele fala dos níveis histórico e fundamental que constituem cada parte da língua e da sociedade, destacando os

aspectos da sociedade que podem ser mudados pela ação dos homens, como as instituições, por exemplo, e os que não podem, como a sociedade vista de maneira coletiva e individual. Quanto às diferenças desses níveis na língua, Benveniste salienta que o que o homem pode mudar são as “designações que se multiplicam e substituem, mas jamais o sistema fundamental da língua”. (PLG II, p. 96). Podemos entender melhor esse processo a partir da declaração de Benveniste:

É porque a língua representa uma permanência no seio da sociedade que muda, uma constância que interliga as atividades sempre diversificadas. Ela é uma diversidade em meio às diversidades individuais. E daí procede a dupla natureza profundamente paradoxal da língua, ao mesmo tempo imanente ao indivíduo e transcendente à sociedade. Esta dualidade se reencontra em todas as propriedades da linguagem. (PLG II, p. 97).

Na sequência, trazemos um dos pontos que se destacam nesse artigo. Benveniste explica que considera “a língua somente como um meio de análise da sociedade” e, avisa que, para isso, tomará a língua e a sociedade diacronicamente em “relação semiológica: a relação do interpretante com o interpretado. Formularemos estas duas proposições conjuntas: em primeiro lugar, a língua é o interpretante da sociedade; em segundo lugar, a língua contém a sociedade”. (PLG II, p. 97).

A língua é a emanção irreduzível do eu mais profundo de cada indivíduo e, ao mesmo tempo, uma realidade supraindividual e coextensiva a toda a coletividade; fornece ao falante a estrutura formal de base, que permite o exercício da fala, fornece o instrumento linguístico que assegura o duplo funcionamento subjetivo e referencial do discurso. Esse instrumento linguístico é dado por índices especiais, constantes na língua, que “asseguram o duplo funcionamento subjetivo e referencial do discurso”. (PLG II, p. 101). A oposição “eu-tu” efetua a operação de alocação pessoal, “exclusivamente inter-humana”. (PLG II, p. 101). A oposição “eu-tu”/“ele”³⁶ efetua a operação de referência, fundamentando a possibilidade do discurso sobre o mundo, ou seja, sobre o que não é a alocação.

É a partir da relação de troca entre os parceiros que a sociedade se cria e se transforma. Isso porque a língua cria “objetos linguísticos que são introduzidos no circuito da comunicação”, entendida na “expressão literal de colocação em comum e de trajeto circulatório”. (PLG II, p. 103).

³⁶ Trata-se da oposição trazida em “Estrutura das relações de pessoa no verbo”, pela qual Benveniste coloca “eu-tu” na categoria de pessoa e “ele” na de não-pessoa.

Benveniste, nesse texto, destaca o caráter específico da linguagem humana, que se realiza através de uma língua, com toda a dimensão enunciativa que lhe é exclusivamente ligada. Conclui que:

É na prática social, comum no exercício da língua, nesta relação de comunicação inter-humana que os traços comuns de seu funcionamento deverão ser descobertos, pois o homem é ainda e cada vez mais um objeto a ser descoberto, na dupla natureza que a linguagem fundamenta e instaura nele. (PLG II, p. 104).

2.3.6 O quadro figurativo da enunciação e os limites do diálogo

O aparelho formal da enunciação, de 1970, artigo dirigido a linguistas, traz uma espécie de síntese da teoria benvenistiana e nos proporciona subsídios para ilustrar como se dá o processo enunciativo.

Nesse texto, encontramos a clássica definição de enunciação como “este colocar em funcionamento a língua por um ato individual de utilização”. (PLG II, p. 82). Mas essa definição não esgota o que Benveniste entende por esse termo.

Segundo Ono (2007), podem ser derivadas cinco particularidades essenciais da enunciação dos três eixos destacados por Benveniste (PLG II, p. 82-84): (a) a realização vocal da língua; (b) a semantização da língua em discurso; (c) a realização individual da língua, considerada no quadro formal³⁷. Seguem-se essas particularidades.

1. A enunciação é uma “realização vocal da língua”. (PLG II, p. 82).
2. A enunciação é um ato operacional que converte a língua em discurso.
3. A enunciação, enquanto realização individual, é um processo de *apropriação* da língua pelo locutor. (PLG II, p. 84).
4. Toda enunciação é, “explícita ou implicitamente, uma alocução”. (PLG II, p. 84).
5. Toda enunciação, mesmo fantástica e imaginária, liga o interlocutor ao mundo, ou mais precisamente, à realidade do discurso, integrando a referência à enunciação. (PLG II, p. 84).

Para Benveniste, a relação do locutor com a língua determina os caracteres linguísticos da enunciação. (PLG II, p. 82). São esses caracteres que evidenciam a relação do indivíduo com a língua e que nos possibilitam perceber a presença da subjetividade na linguagem. Isso se dá por meio do ato pelo qual o locutor assume o aparelho formal da língua, tornando-a própria ao uso, sem deixar de sofrer restrições de ordem estrutural. Sob essa ótica, os

³⁷ A complexidade da noção de *enunciação* será melhor contemplada no desenvolvimento da dissertação.

elementos linguísticos, mais do que transmitir informação, atestam a presença do homem na linguagem.

Conforme Benveniste (PLG II, p. 83, grifos do autor), “a enunciação supõe a conversão individual da língua em discurso [...], é ver como o ‘sentido’ se forma em ‘palavras’”. Ele reafirma a hipótese da subjetividade na linguagem ao observar que o locutor se apropria da língua por meio de *índices específicos e procedimentos acessórios*. (PLG II, p. 84).

Ao apresentar os índices de subjetividade, como marcas características da enunciação, Benveniste (PLG II, p. 84) afirma que “o ato individual de apropriação da língua introduz aquele que fala em sua fala”. Ao considerar a presença do locutor no que enuncia, faz com que “cada instância de discurso constitua um centro de referência interno”. (PLG II, p. 84). Essas circunstâncias se manifestam por um manejo de “formas específicas” que colocam o sujeito falante em um envolvimento necessário com sua enunciação.

Como sinalizamos anteriormente, nossa busca está voltada para a definição de *comunicação intersubjetiva* sob a ótica de Benveniste. Para isso, faz-se necessária essa transição pelos pontos mais salientes de sua teoria, especialmente pelo artigo em pauta – *O aparelho formal da enunciação*. O autor (PLG II, p. 83) explica que “antes da enunciação a língua não é senão possibilidade de língua. Depois da enunciação, a língua é efetuada em uma instância de discurso, que emana de um locutor, forma sonora que atinge um ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno”.

Nesse ponto, convém salientarmos que esse texto do autor não apresenta a expressão *comunicação intersubjetiva*, todavia, contém evidências dessa noção. Esse movimento do semiótico para o semântico, por exemplo, descrito no excerto anterior, caracteriza a relação entre os sujeitos, quando se apropriam da língua e colocam-na em funcionamento, produzindo, desse modo, o discurso, que nada mais é do que a língua posta em ação, necessariamente, entre parceiros.

O indivíduo, portanto, se apropria do que a língua lhe oferece e se enuncia de modo singular. Embora mantenha o sistema, os sentidos que se sobressaem na estrutura superficial do enunciado são únicos. A relação com o outro, no momento da enunciação, torna possível ao sujeito se constituir na linguagem. A alternância entre os papéis de *eu/tu* na interlocução verbal é essencial para que o efeito de comunicação intersubjetiva³⁸ se produza.

³⁸ Convém destacar que essa troca de papéis não se dá apenas pelo recurso à verbalização. O silêncio é também uma possibilidade de ocupação de lugar na enunciação, conforme demonstrado em Silva (2009).

O sujeito falante, quando se declara locutor e assume a língua, “implanta o outro diante de si, qualquer que seja o grau de presença que ele atribua a esse outro. Toda enunciação é, explícita ou implicitamente, uma alocação, ela postula um alocutário”. (PLG II, p. 84). Na enunciação, o *eu* e o *tu* se encontram para falar sobre alguma coisa, em algum lugar. A relação com o mundo é intersubjetiva.

A condição mesma dessa mobilização e dessa apropriação da língua é, para o locutor, a necessidade de referir pelo discurso, e, para o outro, a possibilidade de co-referir identicamente, no consenso pragmático que faz a cada locutor um co-locutor. A referência é parte integrante da enunciação. (PLG II, p. 84).

Na sequência do artigo, o autor trata de outros índices do quadro da enunciação. São os chamados dêiticos, que se tornam plenos apenas no momento da enunciação, e identificam lugar (aqui), tempo (agora), ostensão (este, aquele). Benveniste trata esses dêiticos como formas vazias³⁹, justamente por essa característica que apresentam de não serem portadores de conceitos definidos no sistema da língua. Contudo, estão lá, disponíveis para o sujeito se instanciar no processo de instituição da comunicação (que para Benveniste é sempre intersubjetiva). Os índices de pessoa também estão contidos nesse quadro.

Tornamos a lembrar que em *O aparelho formal da enunciação* (1970), embora a locução *comunicação intersubjetiva* esteja ausente, essa noção encontra-se agregada à reflexão, como se pode observar na afirmação: “O que em geral caracteriza a enunciação é a *acentuação da relação discursiva com o parceiro*, seja este real ou imaginado, individual ou coletivo”. (PLG II, p. 87, grifo do autor).

Benveniste denomina “*quadro figurativo da enunciação*” as duas “figuras” – necessárias uma para outra – que se colocam, como forma de discurso, uma na origem e outra no final da enunciação: “É a estrutura do *diálogo*”. (PLG II, p. 87, grifo do autor). O autor complementa: “Duas figuras na posição de parceiros são alternativamente protagonistas da enunciação. Este quadro é dado necessariamente com a definição da enunciação”. (PLG II, p. 87). Chamamos a atenção aqui para o termo “protagonistas”, que nos parece apontar para um

³⁹ Mello (2012, p. 53), citando Catherine Kerbrat Orecchioni (1999), diz que a autora discorda da afirmação de Benveniste de que os dêiticos são formas “vazias”: segundo ela, podem não remeter a um objeto, isto é, não ter autonomia referencial, mas certamente remetem a um conceito: “O que varia com a situação é o referente de uma unidade dêitica, e não seu sentido, que permanece constante de um emprego a outro; o pronome ‘eu’ fornece sempre a mesma informação, a saber, ‘a pessoa à qual reenvia o significante, é o sujeito da enunciação’”. A autora considera pertinente o argumento de Orecchioni, pois os dêiticos têm um sentido: eu e tu, por exemplo, carregam a noção de actantes do processo de enunciação, assim como aqui e agora designam o lugar e o tempo em que se encontra o locutor. Seus referentes, no entanto, somente podem ser apreendidos se se levar em conta a situação de comunicação. (MELLO, 2012, p. 53-54).

aspecto que transcende a mera alocação para que se institua o “diálogo” (o que estamos chamando de troca).

Na sequência, Benveniste (PLG II, p. 87) diz que “Poder-se-ia objetar que pode haver diálogo fora da enunciação, ou enunciação sem diálogo. Os dois casos devem ser examinados”. Ele faz menção a uma disputa verbal praticada por grupos distintos e traz, como exemplo, a variedade *hain-teny*, dos Merinas. Essas disputas se dão pela troca de provérbios, em que o vencedor é aquele que apresenta maior agilidade, esperteza e malícia para fazer com que o parceiro fique sem saber o que responder. (PLG II). Podemos comparar esse jogo com a trova gaúcha ou com o repente nordestino. De acordo com Benveniste, nesses casos, “não há nem diálogo nem enunciação”. (PLG II, p.87).

A esse respeito, Aresi (2012, p. 164, grifos do autor) se questiona:

não estaria neste modo “mais hábil”, “mais malicioso” e “menos previsível” de emprego dos provérbios uma parcela de trabalho do locutor com a língua? Não sugere isso já um aspecto de singularidade? Não envolve também a enunciação do outro, uma vez que a enunciação de um deve superar a do seu oponente? Trata-se, é claro, de provérbios, elementos frasais que colocam certa dificuldade à reflexão, uma vez que mostram-se como frases “feitas”, disponíveis e imutáveis. Mas se as tomarmos como manifestação semântica, essa imutabilidade se verifica apenas na superfície, e cada provérbio enunciado é já o produto de uma apropriação singular.

O segundo caso é o do monólogo, que Benveniste afirma “proceder claramente da enunciação (...) o ‘monólogo’ é um diálogo interiorizado, formulado em ‘linguagem interior’, entre um eu locutor e um eu ouvinte”. (PLG II, p. 87, grifos do autor). Para ele, muitas vezes o *eu* locutor é o único a falar, entretanto, a presença do *eu* ouvinte é necessária e permanece presente, o que já seria suficiente para que a enunciação do locutor se tornasse significativa. (PLG II).

Benveniste reconhece a “dupla descrição” (forma linguística e figurativa) que seria necessária para explicar as duas situações anteriores. “Contenta-se muito facilmente com invocar a frequência e a utilidade práticas da comunicação entre os indivíduos, para que se admita a situação de diálogo como resultando de uma necessidade, abstendo-se assim de analisar as múltiplas variedades”. (PLG II, p. 88). Uma delas é a *comunhão fática*, designação de Malinowski para o tipo de discurso que se configura como mero endereçamento de palavras ao outro, destinadas a preencher uma função social.

Ele explica que Malinowski configurou a *comunhão fática* como um “fenômeno psicossocial com função linguística”, em um processo de colaboração entre os indivíduos, através do discurso, como um diálogo. (PLG II, p. 88-89).

Na análise de um artigo de Malinowski, trazida como exemplo por Benveniste, observamos várias características da *comunhão fática* e quais as impressões que carregam. Por exemplo, quando as pessoas se encontram em um simples bate-papo ou num “tagarelar” que nada tem a ver com o que fazem no momento; frases de cortesia, como o nosso “oi, tudo bem?”, que provoca a mesma resposta como forma de polidez, sem na verdade querer saber como o outro está (salvo em situações singulares); perguntas corriqueiras sobre saúde, tempo, entre outras. São traços de união interligados pelo simples proferimento de palavras, e, o propósito principal, como já dito, é fazer com que a “função social” seja preenchida. Ou seja, não há troca intelectual que venha a provocar reflexão no ouvinte e, desse modo, a enunciação apresenta-se como “um modo de ação” e não como “um instrumento de reflexão”. (PLG II, p. 90).

Depois dessa passagem pela análise de Malinowski, Benveniste (PLG II, p. 90) esclarece:

Estamos aqui no limite do “diálogo”. Uma relação pessoal criada, mantida, por uma forma convencional de enunciação que se volta sobre si mesma, que se satisfaz em sua realização, não comportando nem objeto, nem finalidade, nem mensagem, pura enunciação de palavras combinadas, repetidas por cada um dos enunciadores. A análise formal desta forma linguística está por fazer.

A percepção de Aresi (2012, p. 171-172, grifo do autor) direciona-se para

uma certa diferença de apreciação em relação à *comunhão fática* por parte de Benveniste, em comparação com Malinowski. Ora, este afirma que tal manifestação preenche uma função social, enquanto que Benveniste a descreve como “pura enunciação de palavras combinadas”, a qual não comportaria nem objeto, nem finalidade, nem mensagem.

Seria um ponto a discordarmos de Benveniste? Tãmanha ousadia se deve ao fato de que, mesmo nesse tipo de forma linguística (*comunhão fática*), há algo a ser dito, o que não deixa de ser um processo enunciativo, uma vez que o *eu* institui um *tu* para se comunicar, podendo mudar ou alterar o percurso do discurso com liberdade.

Em Teixeira (2012), encontramos elementos para melhor entender o que está implicado nessas observações de Benveniste. Em artigo que analisa trocas verbais em

telemarketing receptivo⁴⁰, a partir do estudo de Benveniste sobre os pronomes, a autora constata que, nas interações observadas, o padrão de atendimento, previamente estabelecido, não leva em conta o caráter de inversibilidade necessário à conversa. Ou seja, “o *tu* frequentemente se ausenta / se desloca em interações via *telemarketing* e invoca um *ele* (a empresa, a equipe), que não está na interlocução, mas é quem, de fato, é responsável pela resolução do impasse”. (TEIXEIRA, 2012, p. 453).

Teixeira (2012, p. 446) pergunta sobre o que se troca no processo de inversão dos pronomes, concluindo que não são meramente informações, mas, antes de tudo, “a qualidade específica do *eu*, imediatamente transferida àquele designado como *tu*.” Seguindo Dufour (2000), ela destaca que falar consiste em trocar a capacidade de utilizar *eu*, sendo essa possibilidade que buscamos em todas as nossas conversas. De fato, é nessa troca que nos asseguramos de nossa própria *presença*. Para a autora (2012, 446), “o processo de comunicação intersubjetiva é uma consequência desse trabalho que os interlocutores cumprem mutuamente sem nem mesmo perceberem”. (2012, p. 446).

Isso nos leva a dizer que a comunicação intersubjetiva não deve ser entendida como simples proferimento de palavras, mas como reconhecimento de um lugar singular na enunciação. Citamos Dufour (2000, p. 77) para fundamentar esse ponto de vista: “Cada um toma corpo ao olhar do outro. É mudando constantemente de posição que os interlocutores se afirmam mutuamente como presentes”. Podemos dizer que a comunicação intersubjetiva, de acordo com Benveniste, tem, portanto, a força da ocupação de um lugar na enunciação. Ou ainda, a comunicação intersubjetiva é um efeito dos lugares enunciativos constituídos quando a alocação se institui como troca.

Nessa mesma direção, segue o *Dicionário de Linguística da Enunciação* (FLORES et al., 2009, p. 81), quando afirma, em nota explicativa ao termo “diálogo” em Benveniste:

o autor marca que sua concepção de diálogo não é a de uma simples troca verbal entre interlocutores. De fato, para o autor, o diálogo é uma troca verbal entre interlocutores movida por um interesse comum ou intersubjetivo. Assim, cada um dos interlocutores, ao propor-se alternativamente como eu, pode manter ou alterar a trajetória do diálogo, de acordo com sua concepção singular do objeto comum aos dois. Tal possibilidade não é prevista em uma simples alternância de falas estereotipadas, seja ela rimada ou ecoada.

Benveniste (PLG II) encerra o artigo de 1970 anunciando que muitos outros desdobramentos devem, ainda, ser estudados no contexto da enunciação. Ele fala da

⁴⁰ No telemarketing receptivo, é o consumidor que procura a empresa para solucionar um problema.

fraseologia e da distinção entre a enunciação falada e a enunciação escrita, deixando margens para novos estudos a serem desenvolvidos no futuro.

Com tudo o que vimos até aqui, podemos concluir que a noção de *comunicação intersubjetiva*, tema deste estudo, perpassa a teoria da enunciação de Benveniste, tendo como fundamento, o princípio de intersubjetividade, pelo qual o locutor se constitui em sujeito na e pela linguagem.

A comunicação humana se estrutura na ação dos homens, ao entrarem na língua e instituírem o *outro* diante de si para falarem sobre as coisas do mundo, sendo necessário que haja sempre um parceiro nesse processo, mesmo que seja o próprio locutor, quando se institui como um *eu ouvinte* em uma situação de monólogo.

Joner (2012), em seu estudo sobre a comunicação médico-paciente, conclui que:

A situação de diálogo, tal como trazida em Benveniste, convida a conceber a comunicação fora do esquema da informação, pela qual a linguagem tem a função de veicular mensagens. É de uma experiência humana que se trata quando “eu” toma a palavra e dirige-se a “tu” para falar de algo, o que confere ao ato de tomada da palavra uma dimensão mais ampla. (JONER, 2012, p. 43).

Mais ampla, porque a comunicação, para Benveniste, vai além da simples formulação de mensagens, estando diretamente relacionada à vida do homem em sociedade, na qual ele se constitui como sujeito para co-construir o mundo. Para se comunicar, o homem aciona o quadro figurativo da enunciação, que é constituído de duas figuras que interagem e são dependentes uma da outra.

Nesse ponto, buscamos esclarecer melhor a distinção entre alocação e troca, proposta na Introdução deste trabalho. Todo o manejo da língua, segundo Benveniste, prevê alocação, dirige-se a alguém. Com base em formulações do autor em “O aparelho formal da enunciação”, em relação ao quadro figurativo e aos limites do diálogo, entendemos que nem todo o manejo da língua possibilita o estabelecimento de troca entre os interlocutores. O estabelecimento de uma troca, conforme nossa leitura, depende da assunção pelos interlocutores de uma posição enunciativa, de uma tomada da língua em que os parceiros da comunicação alternam suas posições desde o lugar de protagonistas, isto é, investindo-se subjetivamente no processo. Consideramos a alocação como detonadora de uma possível assunção de um lugar de protagonismo na enunciação. No entanto, o processo de alocação pode instituir uma troca rarefeita ou chegar a não constituir uma troca.

Para melhor esclarecer a distinção entre alocação e troca, tomamos um exemplo. Imaginemos que, em um dado momento da consulta, o paciente se dirija ao médico manifestando verbalmente preocupações em relação a possíveis problemas que poderá ter no futuro em razão de efeitos colaterais da medicação que vem tomando. O médico desconsidera as observações do paciente e segue o roteiro da consulta. O paciente pode, em vista disso, furtar-se a falar do que realmente o preocupa, limitando-se a responder, de forma evasiva, o que lhe é perguntado. Nesse caso, há alocação, já que ambos estão revertendo os lugares de *eu* e *tu*. No entanto, embora aparentemente estejam interagindo pela linguagem, a troca não se institui. Se, ao contrário, o médico suspende o *script* da consulta para oferecer escuta ao proferimento do paciente que sai do roteiro, pode incentivá-lo a implicar-se subjetivamente no processo, favorecendo o estabelecimento de uma troca.

Cumpramos ressaltar que não é lícito atribuir somente ao médico a responsabilidade pelo estabelecimento de troca na situação de consulta. Há algo nos processos de interlocução que escapa aos que nela estão envolvidos e que é da ordem de um não-saber. Assim, mesmo que a apropriação da língua pelo locutor-médico facilite a assunção do paciente a uma posição de protagonista na enunciação, a troca pode não se efetivar por alguma razão que nem sempre se deixa apreender.

Em síntese, entendemos a comunicação intersubjetiva como um efeito dessa troca entre os parceiros, quando se valem de todo o aparato linguístico que está à disposição para ocupar um lugar no simbólico. A relação de intersubjetividade – fundamental para o homem se constituir na e pela linguagem – promove não só intercâmbio de informações, mas também meios para o homem ser e viver no mundo. Afinal, como diz Benveniste, “bem antes de servir para comunicar, a linguagem serve para *viver*”. (PLG II, p. 222).

Se a polaridade das pessoas *eu-tu* é, em Benveniste, condição fundamental para a comunicação, isso não significa que seja uma condição suficiente. Se há pouca ou nenhuma implicação subjetiva, a troca se rarefaz ou mesmo se desfaz, intaurando-se, então, uma mera alocação. Isso porque, na estrutura do diálogo entre *eu* e *tu*, há um terceiro implicado, o *ele* (não-pessoa). Desse modo, a enunciação assume uma dimensão trinitária. Essa ideia já está em Benveniste, ainda que de forma indireta. Deve-se ao filósofo francês Dany-Robert Dufour (2000) a leitura sutil do texto de Benveniste sobre os pronomes, a partir da qual ganha maior visibilidade o singular dispositivo trinitário pelo qual a língua é posta em ato, e o que está implicado nesse processo. Essa questão é focalizada no item a seguir.

2.4 Uma visão trinitária da enunciação

Benveniste (PLG I) diz que a constituição do homem no mundo é estabelecida por meio de uma relação de troca em que a presença do outro é necessária, ou seja, há um *eu* e um *tu* que se apropriam da língua para falar de um *ele*. A esse respeito, Dufour (2000, p. 92) reinterpreta o pensamento do autor, ressaltando o fato de que “Para ser um (sujeito), é preciso ser dois, mas quando se é dois, já se é três. Um é igual a dois, mas dois é igual a três”.

Basta que os indivíduos falem para que entre em ação esse processo que, depois de constituído, efetua instantaneamente “um fantástico ordenamento do discurso” (DUFOUR, 2000, p. 69). A inversibilidade dos papéis *eu-tu* faz com que aquele a quem falo adote espontaneamente esse sistema, mesmo que discorde de mim ou não compreenda o que eu digo. É a característica específica de *eu*, imediatamente transferida a *tu* que trocamos nas situações de conversa. Dufour (2000) afirma que usar *eu* é colocar-se como quem tem direito à fala, ou seja, é dar-se um lugar no espaço simbólico, e para isso é necessário que alguém se institua como *tu*. Se o *tu* falta, se custa a vir à cena, a fala de *eu* pode perder o efeito, comprometendo o que estamos chamando de comunicação intersubjetiva a que todos têm acesso ao preencherem os dois signos vazios, *eu* e *tu*.

Dufour (2000, p. 77) critica os especialistas da “eficiência comunicacional” por esquecerem sistematicamente que a conversação consiste “na simples troca do operador discreto *eu*”.

Os falantes encontram aí seu gozo: seu gozo próprio. E a natureza deste gozo é muito paradoxal: já que repousa na troca do uso do ‘eu’, este gozo é definido, imediata e constitutivamente, pela partilha. Falar – para dizer o que se quer, qualquer coisa, ou questionar o uso da fala – é, assim, fundar *ipso facto* um direito: falar é usar ‘eu’, e usar ‘eu’ é reconhecer-se mutuamente o direito à fala, a propósito do qual, evidentemente, ninguém pede contas. (DUFOUR, 2000, p. 77).

O filósofo (2000, p. 79) acrescenta ainda que “Basta que o outro faça um obstáculo ao meu proferir para que este se esvazie, de imediato, da substância que se havia agregado, no ato, e permaneça apenas pura fonação desprovida de eficácia”. Ou seja, para que haja comunicação, é necessário que os parceiros permitam um ao outro a ocupação da casa do *eu*, em um movimento de inversibilidade e de implicação subjetiva.

Depois de considerar os elementos fundamentais para a relação intersubjetiva, *eu-tu*, Dufour (2000, p. 91) acrescenta um terceiro, o *ele*, “aquele que significa o ausente da instância de discurso”. Diferente da díade *eu-tu*, que se apresenta em uma relação *inclusiva*, o

ele se manifesta em uma relação *disjuntiva*. “Para que dois estejam *aqui e agora* co-presentes, é necessário – necessário e suficiente – que um outro esteja lá, ausente”. (DUFOUR, 2000, p. 91). O autor passa, então, a tratar de um conjunto trinitário: *eu-tu/ele* e explica: “‘Ele’, esta simples palavra, realiza pois um imenso prodígio: ele faz *ver* aquilo que não está presente. ‘Ele’ *re-presenta* o que está ausente. Em outros termos, ‘ele’ torna possível a cena da representação”. (p. 90, grifos do autor).

Como se pode entender o escopo do “ele” na enunciação? Teixeira (2012, p. 45), com base em considerações de Dufour (2000), propõe um duplo estatuto para o “ele”:

é o falado e, nesse sentido, é co-construído na relação intersubjetiva *eu-tu*; é o que fala em *eu-tu*, isto é, a alteridade que intervém crucialmente no dizer de *eu-tu*, tanto como um terceiro que, embora não-dito, é da ordem do articulável, quanto como um lugar terceiro que escapa à consciência e, portanto, resiste à nomeação.

Para referir essa alteridade que atravessa a enunciação, utilizamos a forma ELE. Naquilo que o ELE é articulável, vemos o conjunto de discursos não expressos, mas possíveis de ser identificados, porque constitutivos do imaginário social por onde circulam ideias e concepções que constituem o que se poderia chamar, valendo-nos de uma expressão de Benveniste (PLG II, p. 100), *semantismo social*.⁴¹

Naquilo que o ELE é não-nomeável, inclui-se o que é anterior e exterior ao sujeito, instância a partir da qual a vida psíquica é ordenada.⁴² Teixeira (2012, p. 45) destaca que o reconhecimento desse “ELE” não articulável na constituição do sentido não nos autoriza, como linguistas, a qualquer tentativa de “acessá-lo”. No entanto, levar em consideração essa intervenção do não-nomeável nos exime de cair na armadilha de “reduzir o sentido ao registro do dizível”.

Considerar a instanciação de um terceiro elemento, ausente do discurso, segundo Teixeira (2012, p. 45), faz da enunciação um lugar que implica uma trindade. É por essa visão

⁴¹ Benveniste (PLG II, p. 100) afirma que a língua “configura a sociedade instaurando aquilo que se poderia chamar de semantismo social”. Em palestra proferida no PPG em Linguística Aplicada (UNISINOS), em 29 de agosto de 2013, a Prof^a. Dra. Carmen Lúcia Hernandez Agustini (Universidade Federal de Uberlândia – MG), referiu essa passagem do texto “Estrutura da língua e estrutura da sociedade” (PLG II), interpretando o semantismo social como o sentido estabilizado que regula a própria possibilidade de (se) enunciar. Embora, em sua exposição, a professora não tenha desenvolvido em detalhe essa interpretação, instigou em nós a vontade de aprofundar a compreensão dessa noção em Benveniste, tarefa que, por sua grandiosidade, mereceria um estudo à parte.

⁴² Estaria aí compreendido o espaço do grande Outro, conforme formulação do psicanalista Jacques Lacan, concebido “como um espaço aberto de significantes que o sujeito encontra desde seu ingresso no mundo” (ANDRÈS, 1996, p. 385), que “é da alçada do lugar terceiro, isto é, da determinação pelo inconsciente freudiano” (ROUDINESCO; PLON, 1988, p. 558).

trinitária que vamos olhar para o que acontece nas trocas verbais entre médico e paciente que constituem o *corpus* de nossa pesquisa.

As palavras a seguir buscam sintetizar os fundamentos teóricos que sustentam este estudo. Benveniste diz que “É na linguagem e pela linguagem que o homem se constitui como sujeito; porque só a linguagem fundamenta a realidade, a *sua* realidade que é a do ser, o conceito de ‘ego’”. (PLG I, p. 286, grifos do autor). No entanto, para que se dê a passagem a sujeito, é necessária a presença do *tu*, pois, como afirma Benveniste (PLG I, p. 286), “A consciência de si mesmo só é possível se experimentada por contraste”. Quando falamos de reversibilidade entre *eu* e *tu*, consideramos que ambos os parceiros estejam instituídos na língua para falar de um *ele*⁴³. A ausência de troca pode levar aos limites do diálogo, comprometendo a comunicação intersubjetiva. Esse limite ocorre quando o locutor não deixa espaço de fala para o *tu* se instituir como um *eu-protagonista* da enunciação, ou quando o *tu* não vem para a posição de *eu-protagonista*, mesmo quando parece ter sido convocado para tal. Dessa forma, entendemos que os indicadores *eu* e *tu*, além de serem revertidos, precisam sustentar uma posição na enunciação para que a comunicação entre os sujeitos se torne efetiva.

Encerramos essas considerações teóricas com a convicção de que a teoria da enunciação de Émile Benveniste possibilita a entrada no campo da linguística aplicada, ajudando a entender o que é e como se dá a comunicação entre as pessoas, nas mais diversas situações. Valemos-nos dela para lançar um olhar enunciativo para interlocuções verbais entre médica e paciente em uma consulta ambulatorial pelo SUS. Nosso intuito é analisar as condições de instanciação da intersubjetividade nessa cena enunciativa, ou seja, analisar, na interlocução que ocorre em consulta ambulatorial, a posição ocupada pelos envolvidos para observar se houve troca ou não.

Lembramos ainda que a troca nunca é “completa”, tendo em vista que a experiência na linguagem passa por questões que nos escapam. Os interlocutores não têm domínio sobre esse processo, que depende crucialmente de como o terceiro atua na constituição das posições de *eu* e *tu*. Além disso, o estabelecimento de trocas se dá (ou não) de forma provisória, no aqui e agora da enunciação, dependendo do que está implicado na relação entre os interlocutores, que, como vimos reiteradas vezes, não se deixa apreender totalmente.

⁴³ No caso da consulta médica, o tema da conversa (*ele*) é a situação do paciente, seus sintomas e queixas, bem como as indicações terapêuticas feitas pelo médico.

3 METODOLOGIA

Neste item, temos como objetivo: (1) relatar o procedimento de constituição do corpus e trazer esclarecimentos sobre consulta ambulatorial; (2) tecer considerações sobre o estatuto da transcrição em uma pesquisa de base enunciativa; (3) definir a unidade de análise; (4) indicar procedimentos de análise.

Na perspectiva enunciativa, tanto a coleta e a transcrição dos dados, como a escolha da unidade e dos procedimentos de análise envolvem um movimento interpretativo da parte do pesquisador. As observações que fazemos a seguir estão permeadas por esse pressuposto.

3.1 Constituição dos dados

Os dados foram coletados em uma situação natural de interlocução entre médico e paciente - eventualmente, com a presença de um familiar -, em consulta ambulatorial do SUS. A gravação em áudio foi feita por um doutorando, integrante da pesquisa que dirigiu a demanda a nosso grupo (GEEP), devidamente autorizado por pacientes e médicos.⁴⁴ A pesquisadora não presenciou a consulta. Para a interpretação dos dados, recorreu a elementos do contexto enunciativo, obtidos em encontros com o coordenador da equipe de pesquisadores médicos; baseou-se também em aspectos que puderam ser compreendidos a partir da escuta das gravações.

A chamada consulta ambulatorial é uma consulta médica que ocorre em postos de saúde e/ou hospitais, envolvendo pacientes que não estão internados. Todo o atendimento ambulatorial deve ter sua evolução registrada em prontuário, através do qual é possível saber que exames foram anteriormente realizados, anotar a solicitação de novos exames, marcar reconsulta, comparar o estado atual do paciente a estados anteriores, entre outras informações. Segundo o coordenador da pesquisa que nos forneceu os dados para análise, o objetivo do prontuário é qualificar a consulta e proporcionar maior segurança no acompanhamento do processo de cada paciente.

Existem duas categorias básicas de consultas ambulatoriais: o primeiro atendimento e a reconsulta. O exame clínico, realizado nesse tipo de consulta, consta da anamnese e do exame físico. A anamnese inicia pela identificação do paciente e inclui perguntas sobre sua principal queixa no momento da consulta, sua história familiar, sua história mórbida pregressa

⁴⁴ Os pesquisadores da área da saúde adotaram todos os procedimentos recomendados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar a que estão vinculados.

(alergia ou reação a medicamentos), sua história fisiológica e social (tabagismo, etilismo, sono, alimentação, exercício físico etc.). O exame físico consta de ausculta (pulmonar, cardíaca, abdominal), inspeção e palpação (torácica, abdominal), verificação da pressão arterial, entre outros.

Na instituição em que atua a equipe que nos forneceu os dados da pesquisa, recomenda-se que a consulta ambulatorial tenha também uma preocupação com a prevenção. Nesse sentido, o médico, com base nas informações do prontuário, deve ir além da queixa atual do paciente, interrogando sobre sintomas anteriormente relatados, bem como sobre seus hábitos diários (se faz exercícios, como tem se alimentado, se tem controlado a pressão arterial etc.).

Foram encaminhadas ao GEEP três consultas, duas com os mesmos participantes, a médica Beatriz⁴⁵, o paciente Rui e a filha Rute; e uma com o médico Guilherme e o paciente Luiz. No entanto, selecionamos apenas uma como objeto de análise. Trata-se de uma reconsulta.

3.2 Do estatuto da transcrição

A transcrição vem sendo objeto de discussão entre estudiosos da enunciação. Flores (2006, 2010), Surreaux (2006), Surreaux; Deus (2010) e Silva (2009) entendem a transcrição como manifestação singular do sujeito na língua, e, como tal, marcada por aquele que a produz, envolvendo já um gesto interpretativo.⁴⁶ Assim, a transcrição “não é um produto, mas um processo que depende de um sujeito (o transcritor) que lida com um dado que não pode ser totalmente apreendido”. (SURREAUX; DEUS, 2010).

De acordo com Flores (2006, p. 74, grifos do autor), a transcrição é “como um *mostrar* de um *dizer* que comporta, [...], um outro *dizer* [...]”. Portanto, “Cada transcrição é sempre única, singular e não linearmente extensível...”. O papel do transcritor não pode, pois, ser negligenciado.

No processo de transcrição do *corpus* deste trabalho, a pesquisadora contou com a colaboração de uma colega do Mestrado em Linguística Aplicada (UNISINOS), vinculada ao grupo que estuda fala em interação, com domínio de caracteres formais de marcação do texto falado em sua passagem para o escrito. As convenções utilizadas (Anexo I) seguem Schnack; Pisoni; Ostermann (2005). Algumas considerações precisam ser feitas a esse respeito, tendo

⁴⁵ Todos os nomes são fictícios.

⁴⁶ A ideia de transcrição como ato de enunciação, moldado “pela subjetividade com que o transcritor compreende o texto falado”, já se encontra em Hilgert (1989, p. 69).

em vista que, na perspectiva enunciativa, como bem destaca Silva (2009, p. 208), as decisões sobre a transcrição decorrem do “ato interpretativo do transcritor”, que se marca na escolha das convenções de transcrição. Nessa mesma direção, Flores (2010, p. 232) afirma que o locutor que produz a transcrição indica, através do registro que faz, “o entendimento (a escuta) que teve daquilo que ouviu”. Sendo assim, a escolha de uma modalidade de transcrição previamente estabelecida parece não ser compatível com a perspectiva teórica que estamos adotando. No entanto, por ser esta nossa primeira experiência com transcrição de fala, achamos mais prudente seguir um sistema de convenções já estabelecido, e que se mostrou compatível com os objetivos específicos da análise.

É preciso acrescentar ainda que a pesquisadora não ficou alheia ao processo, mas acompanhou-o de perto, ouvindo várias vezes as gravações, conferindo-as com a transcrição feita pela colega, ajustando alguns detalhes, intervindo, assim, na série de operações e decisões, que inevitavelmente são feitas no processo de reconstrução do original falado.

Mesmo que tivéssemos realizado a tarefa sem ajuda, sob a ótica da enunciação, não obteríamos uma transcrição ideal, fiel ao texto efetivamente falado. Segundo Surreaux (2006, p. 135), como escrita do dado oral, a transcrição “não dá conta daquilo que é da ordem do inapreensível que qualquer fala carrega”. Nessa transformação, “algo se perde”⁴⁷. (SILVA, 2009, p. 208).

Inspirando-nos em Surreaux (2006), consideramos que o gesto de transcrição coloca em jogo duas enunciações: a enunciação da fala e a enunciação transcrita. Em nosso trabalho, temos, então, de um lado, a enunciação do locutor-médico e a de seu paciente numa situação de consulta ambulatorial; e de outro, a enunciação vinculada ao ato de transcrever, que envolve a colega que colaborou na transcrição, a pesquisadora e a cena transcrita através de determinadas convenções.

O gesto interpretativo da pesquisadora deixa-se surpreender também na escolha da unidade de análise, como apresentamos a seguir.

3.3 Da unidade de análise

Seguindo Silva (2009), consideramos que a delimitação da unidade de análise depende do olhar do pesquisador, que estabelece recortes conforme os objetivos a que se propõe o estudo, ou seja, “envolve um gesto teórico do investigador”. (SILVA, 2009, p. 218). O

⁴⁷ Nesse sentido, vale lembrar ainda a falta de isomorfismo entre os grafemas da palavra escrita e os fonemas da palavra falada, argumento trazido por Rey-Debove (1996, apud SILVA, 2009, p. 209) para demonstrar a impossibilidade de transposição fiel da oralidade em escrita.

propósito deste trabalho é analisar as condições enunciativas de instanciação da intersubjetividade em uma consulta ambulatorial do SUS, para investigar se a apropriação da língua pelos interlocutores instaura a possibilidade de troca entre ambos. Assim, nossa unidade de análise é o quadro figurativo da enunciação, em que observamos se (e como) ocorre a comunicação intersubjetiva que, de acordo com nosso ponto de vista, corresponde à ocupação de um lugar de protagonismo na enunciação. Em outras palavras, olhamos para *eu* e *tu* como papéis reversíveis, um como origem e o outro como fim da enunciação, isto é, como “duas figuras, alternativamente protagonistas da enunciação”. (PLG II, p. 87).

Observamos mecanismos linguísticos de instanciação do *tu*, pertencentes: (a) ao aparelho de formas específicas de instanciação (os índices específicos); (b) ao aparelho de funções (interrogação, intimação, asserção), bem como destacamos outros procedimentos acessórios constitutivos do aparelho formal da enunciação (PLG II, p. 86-87), pelos quais se dá a instanciação dos interlocutores nessa situação específica de enunciação.

3.4 Indicação de procedimentos de análise

A consulta foi dividida em dois grandes blocos: anamnese e exame físico. Em cada um desses blocos, recortamos quatro excertos, de acordo com o tema tratado.

A metodologia que usamos para analisar o *corpus* baseia-se em pressupostos de Benveniste, relacionados às noções de *intersubjetividade* e *comunicação intersubjetiva*, conforme o capítulo teórico. A partir da transcrição da interlocução entre médico e paciente, conforme unidade estabelecida no item anterior, realizamos a análise, que inclui as seguintes etapas:

(1) Identificação, a partir da materialidade linguística, de mecanismos de instanciação do *tu*, tanto os que estão entre os índices específicos, quanto àqueles que constituem o aparelho de funções, incluindo-se também outros procedimentos acessórios constitutivos do aparelho formal da enunciação;

(2) Análise desses mecanismos, focada na instauração do quadro figurativo da enunciação, isto é, na reversibilidade entre os protagonistas da enunciação;

(3) Observação dos lugares co-construídos na situação de consulta;

(4) Indicação de possíveis fatores colocados em jogo na interlocução médico-paciente em situação de consulta ambulatorial pelo SUS.

4 COMUNICAÇÃO INTERSUBJETIVA EM CONSULTAS AMBULATORIAIS

O material que dispomos para análise são gravações de três consultas realizadas em ambulatorios médicos, recebidas da equipe de pesquisa que nos encaminhou a demanda, com a devida autorização de médicos e pacientes participantes das consultas. Desse material, selecionamos aleatoriamente apenas uma consulta para realizar a análise.

A partir dos pressupostos teóricos trazidos anteriormente, propomos a observação das transcrições das interlocuções verbais entre médico e paciente em consultas ambulatoriais pelo SUS para observar como se instancia o quadro figurativo da enunciação. Contamos com subsídios da Teoria da Enunciação de Émile Benveniste para investigar se os lugares co-construídos nessas interlocuções instituem troca, produzindo efeitos de comunicação intersubjetiva ou se constituem mera alocação.

Como trazemos a noção de *comunicação intersubjetiva* de Benveniste como fundamento neste estudo, é importante, aqui, reforçar as condições pelas quais, efetivamente, ela ocorre. De acordo com o exposto no capítulo 2, a comunicação intersubjetiva é um efeito da reversibilidade entre as pessoas do discurso, que constitui o que estamos chamando de troca. Quando falamos de reversibilidade entre o *eu* e *tu*, consideramos que ambos os parceiros instituem-se na e pela linguagem para falar de um *ele* (situação do paciente, seus sintomas e queixas, indicações terapêuticas feitas pelo médico etc.), sendo que, nesse processo, intervém o ELE de natureza complexa, não facilmente apreensível e mesmo indecifrável. Entendemos que a ausência de troca pode levar aos limites do diálogo, comprometendo a comunicação intersubjetiva. Esse comprometimento ocorre quando o locutor não deixa espaço de fala para o *tu* se instituir como *eu*, ou quando o *tu* não ocupa a posição de *eu*, mesmo quando convocado. Dessa forma, entendemos que as posições do *eu* e do *tu* precisam ser trocadas para que a comunicação intersubjetiva se torne efetiva.

Como não realizamos pessoalmente a coleta de dados, o que trazemos para contextualizar a situação decorre do que as falas nos permitem visualizar e de informações obtidas junto ao coordenador da equipe de pesquisadores médicos.

Conforme vimos no item 3.1, as consultas ambulatoriais seguem uma macroestrutura. São divididas em dois momentos, a anamnese e o exame clínico. Na anamnese, o paciente é solicitado a se identificar; a falar sobre a queixa atual, motivadora da consulta, e a fornecer dados sobre seu histórico fisiológico pessoal e familiar.

Em reconsultas, como é o caso da que constitui o *corpus*, a identificação e os dados históricos já constam no prontuário que o médico tem em mãos quando recebe o paciente.

Esses dados servem de guia para que o médico tenha uma visão mais ampla da situação do paciente, bem como possibilitam que ele aproveite a consulta para realizar um trabalho de prevenção.

Passamos, a partir de agora, à análise propriamente dita, destinada a mostrar se (e como) ocorre a comunicação intersubjetiva entre médico e paciente.

4.1 Consulta 1

A consulta 1 (C1) selecionada para análise envolve a médica Beatriz e o paciente Rui, acompanhado pela filha Rute. Trata-se de uma reconsulta, como se pode deduzir pela presença dos conectores⁴⁸ “então” e “ainda”, na primeira intervenção da médica (linha 2), que apontam para a conclusão de que houve um encontro anterior.

1		((ouvem-se barulhos e pessoas conversando - inaudível))
2	BEATRIZ:	então não foi marcada a cirurgia a↑inda
3		(.)

Vejamos. O conector “então” inicia um segmento, imprimindo-lhe um caráter conclusivo. Pode-se inferir que a presença de seu Rui na consulta indica a Beatriz que a cirurgia, que deve ter sido indicada em consulta anterior, não foi marcada. O conector “ainda”, nesse turno de fala, registra a extensão no tempo presente de um fato que já deveria ter ocorrido. O tom ascendente em “ainda” reforça a ideia contida nesse uso do conector de que havia uma expectativa por parte da médica em relação à marcação da cirurgia, que não se concretizou.

Como já dito, dividimos a consulta em dois grandes blocos: as linhas 1 a 120 dizem respeito à anamnese; as linha 121 a 215, ao exame físico.

4.1.1 Anamnese

Iniciamos a análise pela anamnese, em que realizamos os seguintes recortes:

- Excerto 1: das linhas 1 a 21 – checagem de encaminhamentos anteriores relativos ao paciente;

⁴⁸ Pelo termo “conectores”, designamos os articuladores de um modo geral, que especificam relações entre segmentos do discurso, acarretando nuances de sentido. Entendemos que os conectores, além de articular segmentos, contribuem para imprimir efeitos de sentido ao discurso, efeitos esses que implicam o locutor. Assim, consituem-se em marcas pelas quais o sujeito pode advir.

- Excerto 2: das linhas 22 a 29 - localização da queixa atual;
- Excerto 3: das linhas 30 a 73 - conferência do estado geral do paciente, de acordo com possíveis anotações do prontuário;
- Excerto 4: das linhas 74 a 120 - questionamentos sobre sinais/hábitos do paciente.

De início, é preciso ressaltar que a apropriação da língua pelo locutor não é, em todos os momentos, sinalizada na estrutura superficial do discurso, pelo pronome pessoal *eu*. Ao tomar a língua para falar, independentemente da presença explícita de um indicador de subjetividade, o locutor ocupa o lugar de *eu*, instaurando o interlocutor no lugar de *tu* para falar de *ele*.

EXCERTO 1

1		((ouvem-se barulhos e pessoas conversando - inaudível))
2	BEATRIZ:	então não foi marcada a cirurgia a↑inda
3		(.)
4	BEATRIZ:	o que que tá esperando de e↑xames
5	RUTE:	°↑a é ele: ele fez uma <u>ecografia</u> °
6	BEATRIZ:	<u>mhm</u>
7	RUTE:	agora essa <u>se↑mana</u>
8		(.)
9	RUTE:	(°e tem um exame) x xx que eu marquei xx x°
10	BEATRIZ:	>xx xx setenta e sete< anos a↑inda (.) ou já fez aniversário.
11	RUTE:	°já fez de novo°
12	BEATRIZ:	setenta e oito então
13		(.)
14	RUTE:	°xxxx°
15	BEATRIZ:	setenta e sete- a: ele tinha setenta e <u>seis</u>
16		(.)
17	BEATRIZ:	e senhor é de ↑onde deu rui
18	RUTE:	°xx°
19	BEATRIZ:	DA O: NDE O SENHOR ↑é:
20	RUI:	°x xx°
21		(.)

Conforme observação anterior, a médica dá início à consulta concluindo que a cirurgia prevista para o paciente não foi ainda marcada (linha 3). Em seguida, ela faz uma pergunta que não temos como saber se foi dirigida ao paciente ou à filha dele. Seja como for, quem se institui na enunciação é a filha, que segue até a linha 14 revertendo o lugar de fala com a médica. O paciente, portanto, embora presente na cena enunciativa, aí está na condição de não-pessoa: *ele*.

Benveniste, em “Estrutura das relações de pessoa no verbo” (PLG I, p. 254), comenta que o uso de *ele* pode servir de alocação em “face de alguém que está presente quando se quer

subtraí-lo à esfera pessoal do *tu*.” Em razão de sua função de forma não pessoal, *ele*, quando empregado para referir alguém que está presente, pode, segundo Benveniste (PLG I, p. 254), ser interpretado de dois modos: ou é uma forma de respeito que “eleva o interlocutor acima da condição de pessoa e da relação de homem a homem”; ou uma “forma de ultraje que pode anulá-lo como pessoa”. (PLG I, p. 254).

No excerto em análise, a colocação do paciente, presente na cena enunciativa, no lugar de não-pessoa, talvez possa ser vista como um modo de instanciação bastante comum no discurso quando se trata de idosos e crianças. Os filhos, no caso de idosos, as mães e/ou pais, no caso de crianças, tendem a colocar-se como seus porta-vozes em situação de consulta médica, deixando-os como espectadores.

A pergunta da médica: “o que que tá esperando de exames” (linha 3) permite inferir que ela atribui à não realização de alguns exames o possível atraso na marcação da cirurgia. Ainda instanciada como porta-voz do pai, Rute informa sobre um exame já realizado “ele fez uma ecografia” (linha 5), complementando, após sinalização da médica de que está atenta (“mhm” - linha 6) -, “agora essa semana” (linha 7). Depois de uma micropausa (linha 8), refere exame ainda não realizado, mas já agendado (linha 10). A seguir (linhas 12 a 15), o tema da conversa passa a ser a idade de seu Rui, discutida entre a médica e a filha, permanecendo o paciente na condição de não-pessoa.

Na linha 17, a médica se dirige ao idoso pelo pronome “senhor”, perguntando: “O senhor é de onde seu Rui?”. O recurso a essa categoria formal de pronome⁴⁹ marca assimetria, instaurando, ao mesmo tempo, uma relação de respeito e uma certa distância, justificada, provavelmente, pela diferença de idade entre o locutor-médica e o interlocutor-paciente. Além disso, na linha 17, temos a presença do vocativo “seu Rui”. Para Benveniste, o vocativo está entre as formas que servem para convocar o outro ao lugar de *tu*. C. Agustini (2004, p. 18), desde a perspectiva enunciativa, considera o vocativo como elemento importante para a construção enunciativa da instância de interlocução no discurso em que aparece, já que pode constituir-se como elemento especificador, “apontando para a forma das relações sociais envolvidas na enunciação, assim como para propriedades atribuídas ao interlocutor, dado o lugar social que assume ou em que é posto pelo locutor”. No vocativo em foco, o uso do

⁴⁹ Castilhos (2010, p. 477) divide os pronomes do Português Brasileiro em dois grupos: formais e informais. Coloca *senhor/senhora* ao lado de *tu* e *você* como pronomes de segunda pessoa do singular no grupo dos formais.

nome de batismo acompanhado da expressão “seu”⁵⁰ reafirma a instanciação, pela médica, do paciente em lugar de respeito, já trazida pelo índice específico “senhor”.

É preciso considerar ainda, entre os modos de instanciação do *tu*, a forma interrogativa pela qual a médica se dirige ao paciente: “o senhor é de onde seu Rui” (linha 17). Conforme Benveniste (PLG II, p. 87), o que realmente caracteriza a enunciação “é a acentuação da relação discursiva com o parceiro”. Dirigir uma pergunta ao paciente é também uma forma de a médica conferir-lhe lugar na cena enunciativa, colocando-o na condição de reverter com ela o espaço de fala, pois a interrogação é “uma enunciação construída para suscitar uma ‘resposta’, por um processo lingüístico que é ao mesmo tempo um processo de comportamento de dupla entrada”. (PLG II, p. 86).

Na linha 18, em uma fala que resultou inaudível, a filha possivelmente tenha se dirigido ao pai para reforçar a pergunta feita pela médica sobre o lugar de onde ele vem. No turno seguinte, a médica repete a pergunta, aumentando o volume de voz e invertendo a ordem das palavras para topicalizar a forma “DA ONDE” (linha 19), em uma provável tentativa de assinalar a natureza da informação solicitada.

De vários modos chamado à cena⁵¹, na linha 20, o paciente se apropria da língua, mas numa fala com volume muito baixo, inapreensível à transcritora, mas talvez não à médica⁵², que, na linha 21, após uma micropausa, não volta a repetir a pergunta, mas muda o tópico da conversa, como veremos no excerto 2 mais adiante. Antes, trazemos algumas considerações sobre o estatuto do silêncio do paciente, neste excerto, pois julgamos que esse silêncio pode significar alguma coisa.

Não se pode afirmar de forma conclusiva, mas o retraimento do paciente, talvez permita apontar para a presença desse ausente (ELE) que atravessa a enunciação, naquilo que pode ser articulado. Sabemos que o imaginário social é povoado por pré-concepções que se naturalizam de tal forma que dificilmente têm sua validade questionada. Essas pré-concepções coletivas são como uma camada de sentidos aderente ao dizer.⁵³

Dois aspectos dessa camada sedimentada de sentidos podem ser inferidos do excerto 1. Um deles está ligado ao valor social da velhice em nossa cultura, frequentemente associada

⁵⁰ Gramáticas normativas descrevem “seu” como forma reduzida de “senhor”, que começou sendo usada na linguagem popular, mas hoje encontra-se generalizada. (CEGALLA, 2000, p. 172).

⁵¹ Pelo pronome “senhor”, o vocativo “seu Rui”, a interrogação e a inversão da ordem das palavras na repetição da interrogação.

⁵² A esse respeito, julgamos importante salientar que, mesmo o paciente não verbalizando, ele pode ocupar seu lugar na cena enunciativa. O silêncio produzido por ele não compromete a intersubjetividade, o que pode ser confirmado pela continuidade da interação da médica com ele.

⁵³ Seria o semantismo social de que fala Benveniste (PLG II, p. 100)?

a incapacidade e perda de autonomia.⁵⁴ Em vista disso, familiares tendem a se instituir como porta-vozes de idosos, o que é visto com naturalidade por muitos dentre eles.⁵⁵ Isso pode explicar que Rute tenha, em alguns momentos, ocupado lugar na enunciação no lugar do pai, sem que ele tenha oferecido resistência a esse fato.

O psicanalista C. Martins (1993)⁵⁶ destaca que a doença não traz só contratempos. Entre as vantagens que ela acarreta inclui-se a atenuação da responsabilidade pela própria saúde. Assim, a enfermidade pode facilmente levar a um procedimento passivo-receptivo, que, ao que nos parece, pode agravar-se no caso de pacientes mais velhos.

O segundo aspecto que talvez explique a instituição do paciente nessa posição enunciativa retraída pode ter relação com o lugar do profissional de medicina em nossa cultura. O médico e filósofo G. Canguilhem (2005) nos leva a refletir sobre o par médico-paciente, ao longo da história da medicina, concluindo que tem sido outorgado ao médico o papel de saber o que o próprio paciente ignora de si mesmo. Na visão do filósofo, o paciente é colocado como “um organismo decomposto”, que cabe ao “engenheiro” médico reparar. O doente espera do médico a cura, diz Canguilhem (2005, p. 49), o que contribui para que ele permaneça numa posição passiva em relação à intervenção sobre seu corpo que o ato terapêutico promove. Embora as recomendações do Humaniza SUS ressaltem a importância da criação, na consulta, de uma atmosfera de trabalho conjunto, ainda é bastante difícil para o médico instanciar o paciente como capaz de colaborar, assim como é difícil para o paciente entender que tem direito à voz nesse processo, pois, em estado de vulnerabilidade, ele atribui ao médico a resolução de seus problemas.

Essas considerações – convém que se reafirme – não têm caráter conclusivo, pois, como já dito, o campo do ELE não se representa linguisticamente na linearidade do discurso, embora constitutivo da relação *eu-tu* com o *ele*, o referente co-construído na consulta.

Quanto ao estabelecimento (ou não) de troca entre os parceiros da enunciação, o excerto 1 mostra que a instanciação de Rui como “ele”, em quase todo o segmento de discurso desse excerto, não favorece o estabelecimento de uma troca entre médica e paciente. O fato de ser falado, estando presente, pode contribuir para alçar o paciente a indivíduo passivo, posição favorecida pela dupla função do ELE: como discurso que coloca o idoso na condição de ser incapaz de sustentar um lugar na enunciação; como discurso que concebe as práticas de

⁵⁴ A esse respeito, remetemos a Goldfarb (1998).

⁵⁵ Estudos apontam a família como grande provedora de apoio ao idoso. Ver, por exemplo, <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982011000100012>. Acesso em 27/02/14.

⁵⁶ Disponível em: <http://www.celpsyro.org.br/v4/Estante_Autor/relacaoMedicoPaciente.htm>. Acesso em 27/02/14.

cuidado no âmbito da saúde como fundamentalmente pautadas pelo saber e pela “autoridade” do médico.

Passemos à análise do próximo excerto.

EXCERTO 2

22	BEATRIZ:	e como é que o senhor tá:
23	RUI:	<u>mais</u> ou menos ^o
24	BEATRIZ:	<u>que que</u> ↑tem de ru↑im
25		(.)
26	RUI:	<u>xx</u> uma hérnia <u>aí</u> ^o
27		(.)
28	BEATRIZ:	incomoda <u>bastante</u>
29		(.)

Mantendo o tratamento pelo pronome “senhor”, Beatriz passa a indagar o paciente sobre seu estado geral a partir da linha 22.

O paciente se institui, então, finalmente, na fala, de forma audível, ainda que mantendo o tom baixo de voz. À pergunta da médica sobre “como ele está”, responde com a expressão “mais ou menos” (linha 23), que pode ser interpretada como uma forma de dizer que não está bem. Tanto é assim, que a médica pergunta, imediatamente, “que que tem de ruim” (linha 24), demonstrando que compreendeu a resposta de Rui como uma queixa. Novamente, o paciente fala em voz baixa para dizer o que o levou à consulta: “uma hérnia⁵⁷ aí” (linha 26). A médica se solidariza com ele diante dessa queixa, quando comenta o incômodo que uma hérnia produz, particularmente, reforçado pelo intensificador “bastante”, em tom de voz ascendente (linha 28).

A operação de alocação, nesse excerto, mostra que um movimento em direção à troca se institui, pois o par médica e paciente revertem lugar na enunciação, engajando-se subjetivamente. A médica não só escuta a queixa do paciente, mas manifesta seus sentimentos em relação ao desconforto causado pela doença que o acomete. Nesse sentido, ela promove uma abertura para que seu Rui desabafe em torno da situação que o perturba. Sua posição, nesse breve momento, pode produzir efeito de acolhimento, favorecendo o estabelecimento de uma proximidade maior com o paciente.

No segmento que analisamos, a abertura dada pela médica não foi estímulo suficiente para o paciente falar de seus sentimentos em relação à hérnia. Não temos como acessar as

⁵⁷ O desenvolvimento da consulta permite inferir que se trata de uma hérnia inguinal. Esse tipo de hérnia caracteriza-se por um abaulamento da região inguinal, causado pela entrada, nessa região, de uma parte do intestino delgado. O tratamento para essa modalidade de hérnia é cirúrgico e deve ser buscado em fase precoce da doença. Cf. <<http://drauziovarella.com.br/letras/h/hernia-inguinal/>> Acesso em 27/02/14.

razões disso. Apenas lembramos que, segundo Martins (1993), é comum o paciente dissimular seu estado afetivo em presença de médicos, mesmo que a consulta seja vivida por ele com intensa expectativa e ansiedade.

De qualquer modo, o proferimento da médica, na linha 28, pode estar sinalizando uma disposição dela de ir além das condutas-clichês, aplicáveis a todos os pacientes. Mas, como vimos anteriormente, a troca é intersubjetiva e contingencial, podendo rarefazer-se a todo momento.

Observemos o excerto 3.

EXCERTO 3

30	BEATRIZ:	e dor no ↑peito o senhor ↑tem
31	RUI:	°nã ^o
32	BEATRIZ:	↑nã ^o
33	RUI:	nã ^o .
34	BEATRIZ:	falta de ar, também nã ^o (.) tontura, cansaço, não tem ↑nada disso
35		(.)
36	BEATRIZ:	o senhor NÃO fu ^m ma mais ↑né
37	RUI:	°nã ^o
38		(.)
39	BEATRIZ:	mas tem pressão ALta
40	RUI:	°tenho ^o
41	BEATRIZ:	que que o senhor toma de remédio o senhor SA↑be
42	RUI:	°xx xxx x ^o (.) °xx pra pressão né ^o
43	BEATRIZ:	o senhor não lembra os ↑nomes
44	RUI:	°xx ^o
45	BEATRIZ:	OS NO:MES o senhor ↑LEMBRA dos re↑médio:s
46	RUTE:	°ele pegou a receita (.) a receita (pai) ^o olha esse papel aí ^o
47	BEATRIZ:	°↑é tem que ver o que que ele tá tomando pra conferir ^o
48	RUTE:	(°olha qui) o senhor tá tomando direi↑tinho ^o
49	RUI:	xx
50	RUTE:	tá tomando direitinho?
51	BEATRIZ:	eu tenho anotado aqui é o anlodipino, um di- u ^m ma vez por dia, a (hidrocorte
52		azida) também uma vez por di:a que é de manhã:, (.) a sinvastatina que são
53		aqueles de noite, toma ↑dois
54	RUI:	°eu tomo u ^m ^o
55	BEATRIZ:	tá tomando ↑um (.) tá, o a-s- ao meio di:a,
56		tam[bém]
57	RUI:[(também) tomo]
58	BEATRIZ:	o a-↓s- ao meio di:a
59		(.)

60	BEATRIZ:	vamo ver o que que mais que eu tenho anotado a qui:
61		(.)
62	BEATRIZ:	o capto↑pril tá to↑mando tam↑bém
63		(.)
64	BEATRIZ:	aqueles (.) que divide no ↓meio e toma ↑duas vezes
65	RUI:	°xx°
66	BEATRIZ:	tá: ↓bom vamo ver se tem ma:is al gum
67		(.)
68	BEATRIZ:	atenolol tá tomando tam↑bém ou ↓não
69	RUI:	(°também°)
70	BEATRIZ:	tá tomando TO:dos e:sses
71		(.) ((barulho de papel sendo escrito))
72	BEATRIZ:	vamo anotá pro pró:ximo não perguntá pro senhor.
73		(.) ((barulho de papel sendo escrito))

No excerto 3, a médica passa a conferir as informações (linhas 30 a 35) anotadas no prontuário, atendendo à recomendação da instituição de fazer das consultas também um espaço de prevenção: dor no peito, falta de ar, tontura, cansaço. O paciente não confirma nenhum desses sintomas, respondendo negativamente aos questionamentos da médica (linhas 31 e 33). Temos aí uma alocação, pois há a mobilização da língua por um *eu* diante de um *tu* e ambos revertem o espaço de fala na enunciação. No entanto, nessas alternâncias de turno o efeito de troca é rarefeito. Percebe-se a checagem de dados do protocolo em um tipo de construção chamada, em estudos que olham para a interação face-a-face, de “perguntas fechadas” (cf. Stubbs, 1987⁵⁸) ou de “perguntas polares” (cf. Heritage; Raymond, 2010⁵⁹). O que caracteriza essas perguntas é que a resposta esperada deve ser “sim” ou “não”, uma vez que não é solicitada informação nova, mas somente a confirmação ou a negação do que está proposto na pergunta.

Em dois momentos podemos perceber um movimento em direção à troca por parte da médica: na linha 32, quando ela repete o “não” da resposta do paciente, em tom de voz ascendente, como se estivesse solicitando uma confirmação. Esse modo de se apropriar da língua, nesse segmento, ao mesmo tempo em que pode mostrar dúvida em relação à autenticidade do “não” proferido pelo paciente na linha 33, pode também promover abertura para a formulação de uma outra resposta, isto é, no caso de o paciente ter omitido o sintoma da dor no peito, lhe é dada uma oportunidade para que ele reformule sua resposta.

O segundo movimento em direção à troca, nesse excerto, encontra-se na linha 34, quando Beatriz, novamente, abre a pergunta a outra possibilidade de resposta, ao solicitar,

⁵⁸ STUBBS, M. *Análisis del discurso*. Madrid: Alianza Editorial, 1987. Citado em Aresi; Flores (2008).

⁵⁹ HERITAGE, John; RAYMOND, Geoffrey. *Navigating epistemic landscapes: acquiescence, agency and resistance in responses to polar questions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. Citado em Sell (2012).

mais uma vez em tom ascendente, confirmação em relação ao proferimento negativo do paciente em relação a sintomas que constam no prontuário.

Ainda no processo de checagem de informações do prontuário, Beatriz faz uso novamente de uma pergunta fechada: “o senhor NÃO fuma mais né” (linha 36). Com base em Sacks (1992⁶⁰), M. Sell (2012) esclarece que a preferência do locutor, nesse tipo de formulação, é pela resposta que concorde com o que a pergunta propõe. Sendo assim, prossegue a autora, “As perguntas polares exercem um controle maior sobre o/a respondente, ao impor a interpretação e as proposições daquele/a que faz as perguntas”. (SELL, 2012, p. 122). No excerto em análise, a partícula negativa “NÃO”, falada em volume mais alto, indica ao paciente que a expectativa da médica é por uma resposta negativa, expectativa a que ele efetivamente corresponde, ainda que em tom de voz baixo (linha 37).

Para reafirmar a expectativa por uma resposta que concorde com a pergunta polar feita, a médica utiliza a partícula “né” (linha 36), em tom ascendente de voz, que, quando usada no final de enunciados interrogativos, pode indicar espera por uma resposta que concorde com o que é proposto na pergunta. Nesse caso, percebe-se que, de fato, a médica parece esperar que a resposta seja “não”.

No segmento que estamos analisando, a pergunta polar, a ênfase na forma negativa NÃO, a partícula “né”, a nosso ver, configuram-se como formas de instanciação do *tu* no diálogo, mas em um lugar avaliado pela médica como favorável à preservação da saúde. Isso faz com que a troca tenha dificuldade de se instaurar. Devido ao consenso estabelecido na sociedade atual em relação à reprovação ao ato de fumar, e ao modo como o locutor (médica) maneja a língua, coloca-se, para o paciente, o lugar esperado pela médica como única possibilidade, o que pode criar-lhe uma situação embaraçosa, no caso de ele ter voltado a fumar.

No turno seguinte (linha 39), a médica prossegue a conferência de dados do estado de saúde do paciente que constam no prontuário. O conector “mas” (linha 39) assinala uma mudança de tópico, apresentando, nesse uso, além da ideia de oposição, uma característica fática e/ou de demarcação de segmentos de fala. Esse tipo de “mas”, descrito por Adam (1990), aparece na abertura de turnos de fala, e tem por função assinalar uma ruptura de tópico, além de servir para atrair a atenção do interlocutor para o novo desdobramento temático da conversa. Nesse caso, o tom de voz afirmativo mostra que Beatriz espera que seu Rui confirme esse sintoma, a pressão alta.

⁶⁰ SACKS, harvey. *Lectures on conversation*. Oxford: Blackwell Publishers, 1992. Citado em Sell 2012).

A partir da linha 41, a médica inicia questionamentos sobre medicações que seu Rui toma. Novamente, a instanciação da voz do paciente para falar de si dá-se por meio de fala em volume baixo, apenas audível no momento em que o paciente pede confirmação sobre a pergunta feita: “pra pressão né” (linha 42).

A médica, nos turnos 43 e 45, demonstra ter inferido que o paciente não sabe o nome dos remédios. Nesse momento, a filha Rute intervém (linha 46), instituindo-se novamente como porta-voz do pai. Começa seu turno de fala (linha 46) dirigindo-se à médica e referindo o pai como *ele*. No mesmo turno, ela institui o pai como seu interlocutor, solicitando a ele que apresente a receita à médica. Percebe-se aqui a preocupação de Rute em levar o pai a recorrer à receita para encontrar as informações solicitadas. Na linha 47, a médica se dirige a Rute, reafirmando a necessidade de conferir as medicações que Rui está tomando. A filha parece solicitar do pai a confirmação de que ele está seguindo a prescrição médica: “o senhor tá tomando direitinho” (linha 48). Mais uma vez, é inaudível a resposta do idoso (linha 49). Diante disso, Rute dirige-se ao pai, provavelmente chamando a atenção para a receita, quando diz “está tomando direitinho?” (linha 50).

É interessante notar os dois usos da mesma expressão “está tomando direitinho”, que, no entanto, não têm o mesmo sentido. Na primeira ocorrência (linha 48), Rute encaminha para a conclusão de que acredita que ele esteja tomando corretamente os remédios. Diante de uma fala inaudível para a pesquisadora, mas talvez não para Rute, ela modifica o tom de voz, transformando a afirmação em pergunta, que, sendo uma construção de “dupla entrada”, convoca uma resposta, que, no caso, por ser uma pergunta polar, é a resposta que está dentro do horizonte de expectativa daquele que formula a pergunta.

A instituição da filha na cena, nesse excerto, talvez se explique pela necessidade de preenchimento, no lugar do pai, da posição de *tu*, fundamental à instanciação da médica como profissional que deve, diante de informações fornecidas por pacientes, encaminhar procedimentos capazes de promover seu bem-estar. Em razão do retraimento do pai, ela, além de emprestar-lhe sua voz, coloca-se como uma intermediária entre ele e Beatriz. Parece se presentificar aqui, novamente, o discurso social que destitui os idosos da posição de poder falar em nome próprio, alçando a família ao papel de porta-voz.

Entre as linhas 51 e 70, estabelece-se uma alocação em que Beatriz e seu Rui reverterem os lugares de *eu* e *tu* para conferir e atualizar as informações do prontuário. Na linha 60, a médica troca o índice específico “eu” por “nós”: “vamo ver o que que mais que eu tenho anotado aqui”. Esse recurso produz um efeito de convite à participação do paciente na

checagem de informações a seu respeito, que poderão ser utilizadas em consultas futuras, realizadas por ela própria ou por outros médicos do setor.

A preocupação com a conferência das medicações que constam no prontuário não deixa de ser uma demonstração de atenção, de oferecimento de oportunidade ao paciente de conferir o tratamento, além de apontar para a responsabilização da médica (e da instituição) pelo estado geral do paciente. Podemos ver aí indícios de uma busca de troca, que, no entanto, se rarefaz por questões que permeiam a interlocução médico-paciente. As mais visíveis foram indicadas anteriormente, quando nos referimos à intermediação do ELE na relação médico e paciente, mas grande parte delas permanecem invisíveis à pesquisadora.

Passemos ao exame do excerto 4, que encerra o momento da anamnese.

EXCERTO 4

74	BEATRIZ:	e tirando a <u>h</u> érmia tá tu:do ↑bem (.) pra comê tá nor↑mal
75	RUI:	<u>°xx xxx xxx°</u>
76	BEATRIZ:	tá ↓bem h e pra ir aos pés (vai) ↑bem também pra ir ao ba↑nheiro
77	RUI:	<u>°sim°</u>
78	BEATRIZ:	tu:do normal não mudô na:da (.) não tem sangue, não mudô, não tá muita
79		diarréia, (não tá) tranca:do
80	RUI:	<u>°xx°</u>
81	BEATRIZ:	tá ↓bom (.) e o xixi tá nor↑mal
82	RUI:	<u>°xx°</u>
83	BEATRIZ:	tu:do nor↑mal
84		(.)
85	BEATRIZ:	e qual é o lado da hérnia
86	RUI:	<u>°esse aqui°</u>
87	BEATRIZ:	tá: (.) o <u>dire:ito</u> (.) °dire- >direito<°
88		(.)
89	BEATRIZ:	e dói quando ca↑minha ou dói dó quando faz esfo:ço
90	RUI:	não não dói quando faz fri:u assim (que fi:ca)
91	BEATRIZ:	a: dói no ↑fri:u
92	RUI:	<u>°sim°</u>
93	BEATRIZ:	quando pega <u>pe:so</u> não dói a ↑li
94	RUI:	<u>°de no:ite</u> ela abaixa°
95	BEATRIZ:	ela <u>ab- entra</u>
96	RUI:	é::
97	BEATRIZ:	e de dia ela fica pra fo:ra
98	RUI:	<u>°de dia</u> (fica) pra fora°.
99		(.) ((barulho de papel sendo escrito))
100	BEATRIZ:	tu é ↑filha
101	RUI:	<u>°mhm°</u>
102		(.) ((barulho de papel sendo escrito))
103	BEATRIZ:	bebida de álcool o senhor be↑be
104	RUI:	<u>nã:o</u>
105	BEATRIZ:	não?
106	RUI:	não bebo
107	BEATRIZ:	faz ↑muito <u>tem↑po</u>
108		(.)
109	BEATRIZ:	coisa <u>bo:a</u> (.) tava ba- tava bastante tempo sentado ali ↑fo:ra

110		(.)
111	BEATRIZ:	↑já:
112	RUTE:	<u>mh</u> :
113	BEATRIZ:	[mais ou menos-]
114	RUTE:	[°desde o] meio dia°
115	BEATRIZ:	a desde o meio <u>di</u> a (.) tomô chá, ou café, agora a pouco:
116	RUI:	não
117	BEATRIZ:	não? <u>tava</u> sentadinho aí só esperando.
118	RUTE:	(°até às duas e meia°)
119	BEATRIZ:	tá ↓bom
120		(.)

Na linha 74, a médica refere a queixa atual do paciente e inicia uma série de questionamentos para verificar se, em seu funcionamento geral, o organismo do paciente está dentro da normalidade (linhas 76 a 83): “pra comê tá normal”, “pra ir aos pés”, “ tudo normal não mudô nada”, “não tem sangue, não mudô, não tá muita diarreia”, “(não tá) trancado”.

Depois de conferir aspectos do funcionamento orgânico do paciente Rui, Beatriz busca informações sobre a queixa atual, a hérnia, procurando saber sobre a localização (linha 85) e questionando sobre possíveis sintomas relacionados ao problema (linhas 89, 93 e 97). Nesse trecho, é possível perceber uma instituição mais recorrente do paciente no lugar de *eu* na enunciação. A elevação de sua voz nas respostas, permitiu uma melhor captação pelo gravador. Vemos, dessa forma, com mais clareza, a polaridade das pessoas (*eu-tu*), condição essencial para a instanciação do sujeito no diálogo, num movimento em direção à troca e, conseqüentemente, ao efeito de comunicação intersubjetiva. Acreditamos que essa mudança de posicionamento do paciente na enunciação se deva ao empenho da médica em ouvi-lo para conhecer melhor o problema que, de fato, o aflige pelo desconforto que produz. A escuta da queixa atual do paciente em situação de consulta é muito valorizada no *Humaniza SUS*, pois, de acordo com esse programa, sugere “respeito e reconstrução” na busca de identificar as causas que levaram o indivíduo ao consultório médico. (PNH, 2004).

A observação feita pela transcritora (linha 99) mostra que essas informações sobre a hérnia estão sendo anotadas no prontuário de seu Rui. A repetição, na linha 87, da palavra “direito”, após uma micropausa, em fala mais rápida e baixa, também produz a sensação de que Beatriz está fazendo anotações nesse momento para uso em futuras consultas.

Na linha 100, a médica institui a filha como *tu*, checando o parentesco dela com o paciente, o que é confirmado por Rute na linha 101, dado, provavelmente, também anotado no prontuário, em razão do barulho de papel que se pode ouvir na gravação.

A instituição do paciente como *tu* é retomada pela médica, na linha 103, por meio de mais uma pergunta polar: “bebida de álcool o senhor bebe”. Nesse mesmo recorte, percebe-se

uma especificação na expressão “bebida de álcool”, o que sugere que a locutora procura certificar-se de que o paciente entenda que a pergunta não se refere a qualquer tipo de bebida, mas, sim, à bebida “de álcool”. A resposta negativa do paciente (linha 104) é repetida pela médica em tom de interrogação: “não?” (linha 105), que já analisamos como tendo uma dupla repercussão no discurso: por um lado, desencadeia uma possível desconfiança em relação à veracidade da resposta fornecida; por outro lado, funciona como uma abertura a uma outra resposta. O locutor paciente se institui como *eu* na enunciação e responde: “não bebo” (linha 106).

O comentário da médica (linha 107): “faz muito tempo”, em tom ascendente e afirmativo, seguida de uma micropausa, permite inferir que talvez ela tenha encontrado informação sobre o hábito de beber de seu Rui em anotações feitas em consultas anteriores.

A expressão “coisa boa”, na linha 109, com alongamento de som, representa uma manifestação de aprovação de Beatriz a seu Rui, que não deixa de soar como uma forma de acolhimento. Podemos considerar esse comentário como não convencional em relação ao que ocorre habitualmente em uma consulta. Dessa forma, não deixa de instituir um movimento em direção à troca, além de estar alinhado ao que preconiza o Humaniza SUS: “o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento”⁶¹.

Na mesma linha, depois dessa manifestação positiva em relação ao fato de seu Rui não beber, a médica muda de tópico, perguntando ao paciente: “tava ba- tava bastante tempo sentado ali fora”. Percebe-se aí a preocupação da médica com seu paciente, que vai além da questão médica *stricto sensu*. Sabemos que pacientes do SUS são frequentemente submetidos a longo tempo de espera para uma consulta.

Essa mesma preocupação se manifesta na linha 117: “não? tava sentadinho aí só esperando”. De acordo com Richter (2013, p. 89), “O diminutivo é um recurso morfológico bastante polissêmico, podendo expressar desde tamanho reduzido, até afetividade, avaliação, ironia”. Teixeira e Voges (2008, p. 172 e 173) dizem que

do ponto de vista enunciativo, essas expressões contribuem para assinalar a relação de interdependência entre as imagens dos interlocutores. O enunciador, através do uso do diminutivo, projeta uma representação de si, ao mesmo tempo em que confere ao outro uma dada posição enunciativa.

⁶¹ Ministério da Saúde. Programa nacional de humanização do atendimento hospitalar - PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Acreditamos, portanto, que o uso do diminutivo e de outros sinais linguísticos, pela médica, nesse recorte, contribua para criar um vínculo com o interlocutor, possibilitando ao paciente instaurar-se como *tu* no diálogo, promovendo um movimento de troca entre ambos. O Humaniza SUS ressalta a importância de “prestar atenção nesses fluxos de afeto para melhor compreender-se e compreender o outro, e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela”, como já trazido anteriormente. (PNH, 2004, p. 14). A apropriação da língua pelo locutor médica, nesse trecho, parece ir nessa direção.

Constatamos, até aqui, que Beatriz mobiliza índices específicos e procedimentos acessórios (“senhor”, “seu Rui”, “né”, interrogações, mudança na ordem das palavras do enunciado), pelos quais busca a reversibilidade com o *tu*, fundamental para que se institua a comunicação intersubjetiva, conforme Benveniste. (PLG I; PLG II). No entanto, a interpelação do alocutário não garante uma troca efetiva, segundo nossa interpretação, sendo necessário, para tal, que os interlocutores assumam uma posição na enunciação na qual se perceba implicação subjetiva. Ainda que se notem movimentos nesse sentido, no decorrer da anamnese, não se pode afirmar que tenha havido efetivamente troca.

Benveniste teorizou sobre a relação *eu-tu*, apontando para a existência de posições reversíveis no quadro figurativo da enunciação. É preciso observar, no entanto, que ele destaca a necessidade de essas figuras, colocadas na posição de parceiros, serem alternadamente “protagonistas da enunciação”. (PLG II, p. 87). É esse protagonismo que se apresenta rarefeito no que diz respeito ao paciente, pelo menos, até esse momento da análise.

Passamos, a seguir, para o segundo bloco da C1: o exame físico.

4.1.2 Exame físico

Como vimos, o exame físico constitui, em geral, a segunda parte da consulta ambulatorial. Recomenda-se que seja realizado de forma objetiva, buscando identificar evidência física relacionada à queixa do paciente. No caso em estudo, ao que tudo indica, trata-se de uma hérnia inguinal, que ocorre quando “parte do conteúdo intra-abdominal atravessa um ponto de fraqueza ou ruptura do abdome na região das virilhas formando uma protuberância no local.”⁶² O aparecimento dessas hérnias, muito comum em idosos do sexo masculino, deve-se a uma fraqueza da musculatura abdominal na região. O paciente diagnosticado com hérnia inguinal deve realizar tratamento cirúrgico o quanto antes a fim de

⁶² A descrição de hérnia inguinal é feita com base em <<http://www.herniainguinal.com.br/>> Acesso em 27/02/14.

minimizar o risco de complicações, como o estrangulamento, que pode levar a necrose e rompimento do intestino.

Os sintomas são: saliência em um ou nos dois lados da virilha, inchaço do saco escrotal (em homens), desconforto ou dor ao fazer esforço físico, sensação de fraqueza ou pressão na virilha, sinais de obstrução intestinal (náuseas, vômitos, parada de eliminação de flatos ou fezes). A presença de fatores como tabagismo, alcoolismo, além de outros que possam aumentar a pressão intra-abdominal como, por exemplo, tumores, devem ser investigados, pois podem agravar o quadro. A qualidade da alimentação também é importante.

O exame clínico, na consulta em análise, fez-se pela palpação, que prevê a introdução do dedo indicador através do anel inguinal superficial na bolsa escrotal. Pela natureza da ação requerida, pode-se imaginar uma situação - até certo ponto delicada - para o par médico-paciente.

Dividimos o exame físico em quatro excertos:

- Excerto 5: das linhas a –121 a 142 - preparação para o exame propriamente dito;
- Excerto 6: das linhas 143 a 164 - investigação na região da hérnia;
- Excerto 7: das linhas 165 a 191 – investigação complementar;
- Excerto 8: das linhas 192 a 212 – questionamento sobre descoberta feita na investigação complementar.

EXCERTO 5

121	BEATRIZ:	vamo <u>examiná</u> o senhor en↑tão (.) vamo deitá aí:
122		(.)
123	BEATRIZ:	°deixa eu <u>ajudá</u> aqui xx x°
124		(.)
125	BEATRIZ:	fica ↑bem retinho
126		(.)
127	BEATRIZ:	com a perna pra baixo a↑qui
128		(.)
129	BEATRIZ:	vou <u>levantá</u> aqui a camisa ↑TÁ:
130		(.)
131	RUI:	°tá: <u>pode levantá</u> °
132	BEATRIZ:	é <u>bem</u> a↑qui a <u>hér↑nia</u>
133	RUI:	°é: <u>xx</u> °
134	BEATRIZ:	°vamo <u>ver</u> °
135		(.)
136	BEATRIZ:	será que dá pra abrir aqui o cinto pra gente olhá a <u>hérnia</u> do se↑nhor
137		(.)
138	BEATRIZ:	eu vou ter abrir esse botão aqui também ↑tá:
139	RUI:	°tá°
140		(.) ((a médica parece conversar com a filha do paciente – inaudível))

141	BEATRIZ:	faz uma forcinha pra ↑nós
142		(.)

Nesse recorte, há pouca verbalização por parte do paciente, o que não significa que ele não se institua como locutor na enunciação, conforme procuramos demonstrar ao longo da análise⁶³.

Nas linhas 121 e 134, a médica inscreve-se no discurso pelo índice específico “nós”, marcado na flexão verbal “vamo”. Entendemos que se trata de um “nós” inclusivo, pois abrange o “tu”. A seguir desenvolvemos mais detidamente o deslizamento da instância de locução de *eu* para *nós*.

Fiorin (1996, p. 96) refere o uso de “nós” no lugar de “eu”, destacando três casos em que pode ocorrer: nós majestático, de modéstia e de autor. O uso majestático se dá em situações solenes, que envolvem autoridades civis ou eclesiásticas. No chamado “nós” de modéstia, o “eu” evita dar realce a sua “presença”, diluindo-se no coletivo. Já o plural de autor é frequentemente utilizado no discurso acadêmico, em que o locutor não se coloca como um indivíduo que fala em seu próprio nome, mas, sim, em nome da comunidade científica.

O modo como o “nós” é mobilizado no interior do processo enunciativo em análise não parece enquadrar-se em nenhum desses casos. Trata-se aqui, segundo nos parece, da criação de um efeito de reciprocidade, ou seja, a médica coloca o paciente na situação de assumir com ela a posição de locutor. Talvez essa amplificação do *eu* se explique pelo fato de o exame físico, particularmente no caso de hérnias, implicar a necessidade de uma certa “invasão” no corpo do outro, nem sempre agradável e, às vezes, até constrangedora. Chamando o *tu* a co-enunciar, a locutora pode criar o efeito de apagamento das fronteiras entre as posições de primeira e segunda pessoas, instituindo-se como uma pessoa ampliada, que inclui o *tu*-paciente e, assim, atenua o mal-estar que pode advir em razão ao tipo de intervenção que o exame requer.

Essa posição cautelosa em relação ao toque no corpo do paciente é uma constante nesse excerto, manifestando-se em outras formas linguísticas. Na linha 129, por exemplo, a médica, embora volte a se instituir pelo índice específico *eu*, utiliza a partícula “TÁ” em “vou levantá aqui a camisa, TÁ”, com voz elevada, em tom ascendente e alongando os sons, o que

⁶³ Convém voltar a lembrar que a troca não se dá apenas pelo recurso à verbalização. O silêncio é também uma possibilidade de ocupação de lugar na enunciação, conforme demonstrado em Silva (2009).

podemos considerar como um modo de corroborar a instanciamento de *tu* como co-responsável pela posição de “origem” da enunciação.⁶⁴

O marcador discursivo⁶⁵ “tá” é comumente utilizado em perguntas polares⁶⁶, em que se espera uma concordância do interlocutor. Corresponde a “está bom; está bem”. Conforme a perspectiva sociolinguística de Martelotta (2009, p. 89-90), “tá” perde “massa fônica”, passa a funcionar como marcador discursivo, assumindo funções voltadas ao ato comunicativo. Sua ocorrência, em geral, se dá no final de cláusulas, podendo estar ligada ao comprometimento da relação locutor/interlocutor, por fatores como: chamamento da atenção dos participantes, contextos de improviso, que geram constantes quebras e reformulações, pausas para reflexão, etc. (MARTELOTTA, 2009, p. 91).

Olhando desde uma perspectiva enunciativa, no turno de fala em análise, por meio da partícula “tá”, a médica solicita a aquiescência do paciente para realizar uma ação delicada, levantar sua camisa “aqui”, forma dêitica que, pela natureza da palpação a ser feita, indica o baixo ventre como o lugar em que a camisa será levantada.

Na linha 136, dada à delicadeza da situação implicada no exame físico de hérnia, a médica inicia seu turno de fala solicitando que ele abra o cinto para que o exame possa ser feito: “será que dá pra abrir aqui o cinto pra gente olhá a hérnia do senhor”, implicando novamente o interlocutor na ação. O verbo “será”, à primeira vista, modaliza a solicitação no eixo da possibilidade. No entanto, não parece ser esse o seu sentido no segmento em análise, ou seja, não se trata aqui de verificar se o paciente autoriza a abertura do cinto, mas, sim, de uma forma atenuada de prevenir que uma ação constrangedora vai ser realizada.

No mesmo turno de fala, a médica se institui novamente como pessoa ampliada, através da forma pronominal “a gente”⁶⁷ (linha 136). Borges (2004), em pesquisa sobre o uso de *a gente* no português brasileiro, com base no estudo de Benveniste sobre os pronomes, conclui que essa forma pode assumir diferentes graus de pessoalização: (a) genérico = eu + todo e qualquer indivíduo; (b) plural exclusivo = eu + outro(s), configurando baixo grau de pessoalização; (c) plural inclusivo = eu + tu/você + outro(s), configurando médio grau de

⁶⁴ Nesse caso, o “tu” se desdobra em origem e fim da enunciação.

⁶⁵ Não há consenso na literatura acerca da denominação de formas linguísticas como “tá”. Podem ser encontradas outras formas de denominação, como marcadores conversacionais, articuladores textuais, etc.

⁶⁶ HERITAGE, John; RAYMOND, Geoffrey. *Navigating epistemic landscapes: acquiescence, agency and resistance in responses to polar questions*. Cambridge: Cambridge University Press, 2010. Citado em Sell (2012).

⁶⁷ Borges (2004, p. 29) explica que “a evolução histórica de *a gente*, considerando-se a origem do substantivo *gente*, bem como sua utilização em vários textos, de diferentes períodos da história da língua portuguesa, mostra que implicações de caráter sintático-semântico estão presentes em sua trajetória, a ponto de a forma *a gente* ainda manter o caráter genérico, próprio da forma original. Pode também ser empregada como pronome também do singular”.

personalização; (c1) plural inclusivo = eu + tu/você, configurando alto grau de personalização; (d) singular “eu”, configurando mais alto grau de personalização. Na visão do autor (2004, p. 170), o grau de personalização de *a gente* só pode ser decidido no contexto da enunciação.

No segmento em análise, consideramos que o uso de *a gente* não corresponde ao singular *eu*, pois inclui o *tu*, funcionando como mais uma forma de chamamento do paciente ao lugar de co-locutor, que vem caracterizando as intervenções da médica nesse excerto.

Na linha 138, a médica diz: “eu vou ter que abrir esse botão aqui também, tá:”, em mais um movimento de instanciação do *tu* como co-locutor, que, em primeiro lugar, se configura no uso da partícula “tá”, com alongamento de som, já analisada anteriormente. O modalizador “ter que” coloca o locutor como quem precisa realizar uma ação ditada por circunstâncias externas, isto é, “abrir mais um botão da camisa” é uma necessidade imposta pela natureza do exame, para a qual a médica pede a confirmação do paciente através da partícula “tá”.

Finalmente, na linha 141, Beatriz se dirige ao *tu* numa estrutura imperativa: “faz uma forcinha pra nós”. Benveniste (PLG II, p. 86), conforme vimos, chama a atenção para o fato de que, além das formas que a enunciação promove à existência – os clássicos indicadores de subjetividade -, ela “fornece também as condições necessárias às grandes funções sintáticas”, ou seja, ela dispõe de um “aparelho de funções”, de que o locutor pode fazer uso para “influenciar de algum modo o comportamento o alocutário”: a interrogação, a asserção e a intimação. O imperativo inclui-se entre as formas de intimação.

Trata-se de um modo verbal restrito em pessoas, com valor modal diretivo, que exprime, conforme a situação, ordem, conselho, convite ou sugestão.⁶⁸ Assim, convoca necessariamente o *tu*, que é colocado no lugar de quem o locutor espera o atendimento de algum tipo de demanda. Com base em Benveniste, Agustini (2004, p. 11) descreve a forma imperativa dos verbos como “aquela em que há uma concentração da segunda pessoa – o interlocutor da alocução, sendo, por conseguinte, a forma que dispensa a ocupação do lugar sintático de sujeito, visto que se trata de uma forma direcionada ao interlocutor correlato ao locutor no processo intersubjetivo da prática linguageira.” Vale acrescentar ainda que o imperativo situa o processo no futuro, em um momento posterior ao ato de enunciação, embora esse futuro possa, como no segmento que estamos focalizando, ser imediato⁶⁹.

⁶⁸ A descrição do modo imperativo é feita com base em Riegel; Pellat; Rioul (1994, p. 330-332).

⁶⁹ Em casos como o dos provérbios, o imperativo exprime ordem ou conselho válidos para todos os tempos.

Com o diminutivo (“forcinha”), Beatriz atenua o efeito diretivo da forma imperativa “faz”. Já com o índice específico “nós”, na expressão “pra nós”, ela se coloca, junto com o *tu*, como beneficiária da ação solicitada.

Queremos ressaltar que, ao longo desse excerto, há um movimento da médica na direção da instituição de uma troca. O modo como ela se apropria da língua promove efeito de estreitamento da relação discursiva com seu parceiro, alçado à condição de se ver respeitado em sua intimidade. Mesmo que seu Rui não se manifeste muito verbalmente, talvez pela representação social compartilhada de que cabe ao médico o protagonismo na consulta, ele é instituído como um co-locutor, reconhecido como “um corpo subjetivo” e não como um mero portador de “uma bateria de órgãos”.⁷⁰

Canguilhem (2005, p. 61), analisando a prática médica tradicional, afirma:

Não há pior ilusão de subjetividade profissional, por parte dos médicos, do que sua confiança nos fundamentos estritamente objetivos de seus conselhos e gestos terapêuticos, desprezando ou esquecendo autojustificadamente a relação ativa, positiva ou negativa, que não pode deixar de se estabelecer entre médico e paciente.

Nesse excerto, Beatriz faz um movimento que contraria esse ponto de vista tradicional, instituindo-se na posição de uma profissional particular que atende um doente particular. Mas, como vimos anteriormente, os movimentos dos interlocutores na enunciação são contingenciais. Vamos prosseguir analisando para observar se esse movimento se mantém.

⁷⁰ As expressões entre aspas são utilizadas por Canguilhem (2005, p. 47) em sua reflexão sobre a relação médico-paciente ao longo da história.

EXCERTO 6

143	BEATRIZ:	<u>°xx°</u>
144		(.)
145	BEATRIZ:	<u>°xxx°</u> (.) (<u>°tá bem pequenininha</u> (.) tá bem pequenininha°) chega a ir pro
146		escroto do senhor a hér↑nia
147	RUI:	<u>°é</u> tem um caroço <u>ai°</u> =
148	BEATRIZ:	=fica lá embaixo assim incha↑do:
149	RUI:	<u>°é</u> de vez enquanto <u>xx xx xx°</u>
150	BEATRIZ:	tá bom
151	RUI:	(<u>°de vez enquanto dá não</u>)
152	BEATRIZ:	dá <u>nã:o</u> e nunca trancô assim de não conseguir botá pra de:ntro
153	RUI:	<u>°nã:o°</u>
154	BEATRIZ:	tá ↓bem
155		(.)
156	RUI:	(<u>°às vez quando dói assim precisa até deitá quando dói um monte°</u>)
157	BEATRIZ:	quando dói <u>de:it</u> então
158	RUI:	(tossir então)
159	BEATRIZ:	sim ela (fala) que <u>incom:da</u> né
160		(.)
161	BEATRIZ:	mas não <u>precisô</u> : ficá tomando remédio pra dor <u>de:la</u>
162	RUI:	<u>°não°</u>
163	BEATRIZ:	então tá: (.) vamo abaixá o braço de ↑ <u>novo</u>
164		(.)

Nesse excerto, a médica realiza o toque na região da hérnia do paciente. Nas linhas 145 e 146, Beatriz dimensiona e localiza a hérnia. Não temos certeza se o que foi transcrito corresponde ao que ela efetivamente disse na primeira parte desse turno, pois produziu uma fala em volume baixo. Em caso de termos feito uma escuta adequada, o uso do modificador “bem” antecedendo o termo “pequeninha”, que já vem em forma de diminutivo, em uma expressão que é repetida, reforça a dimensão pequena da protuberância palpada pela médica, podendo-se ver aí um movimento da médica no sentido de tranquilizar o paciente. Em entrevista concedida ao site do Dr. Drauzio Varella⁷¹, o médico Paulo Alberto Corrêa esclarece que hérnias pequenas não provocam complicações, porque não dão espaço para o intestino penetrar.

Ainda tentando dimensionar e localizar a hérnia, a médica acrescenta, nesse mesmo turno: “chega a ir pro escroto⁷² do senhor a hérnia”. De início, pareceu-nos que a expressão “chega a ir pro escroto” poderia ser contraditória com a afirmação feita pela médica no início da linha 145, que entendemos como “é bem pequenininha”. Em geral, com a expressão “chega a ir para” procura-se indicar que alguma coisa atinge um ponto mais avançado, em determinado espaço, do que o esperado. No entanto, a entrevista do Dr. Corrêa, acima citada, nos mostra que o fato de a hérnia se movimentar na bolsa escrotal é positivo, pois assim não

⁷¹ Disponível em <<http://drauzioarefla.com.br/letras/h/hernia-inguinal/>> . Acesso em 28/02/14.

⁷² Tipo de saco ou bolsa musculocutânea em que estão os testículos e os epidídimos, parte do aparelho reprodutor masculino, responsável pelo armazenamento dos espermatozoides nos testículos.

há risco de estrangulamento. Lamentavelmente, não temos elementos suficientes para elucidar melhor a intervenção da médica nas linhas 145 e 146, cuja escuta, conforme já dito, foi prejudicada pela fala em volume muito baixo no início desse turno.

O paciente, na linha 147, concorda, em volume baixo de voz, que “tem um caroço aí”, em que “aí” refere o local que está sendo palpado pela médica, a bolsa escrotal. Na sequência, Beatriz, em fala colada à de seu Rui, acrescenta detalhes à descrição da hérnia, que a palpação lhe permite: “fica lá embaixo assim inchado” (linha 148). Lembramos que um dos sintomas da hérnia é o inchaço da bolsa escrotal.

Chama a atenção a seleção lexical⁷³ feita pela médica, na linha 152, “e nunca trancô assim de não conseguir botar pra dentro”, referindo-se à necessidade que às vezes se apresenta a pacientes de terem que empurrar a hérnia de volta para a cavidade abdominal. Entendemos essa preferência por uma linguagem coloquial como um gesto de aproximação com o paciente.

Nas linhas 150 e 154, as expressões “tá bem” e “tá bom” são manifestações de concordância da médica, ao mesmo tempo em que sinalizam, de um lado, atenção em relação ao que o paciente enuncia, de outro lado, podem funcionar como uma espécie de preparação para o encerramento do assunto que vem sendo tratado.

Na linha 156, encontramos talvez a queixa mais direta de seu Rui nessa consulta. Ele assume o lugar de locutor para falar do desconforto que a hérnia provoca, obrigando-o, por vezes, até a deitar. O operador discursivo “até” assinala que o locutor indica o limite máximo de um processo, permitindo inferir que a ação de “deitar” é, para seu Rui, uma espécie de último recurso, significando um render-se diante de uma dor, de fato, muito intensa. A médica repete parte das palavras de seu Rui, em tom conclusivo: “quando dói, deita então” (linha 157).

A interpretação dos turnos seguintes (158 e 159) ficou prejudicada, pois não conseguimos depreender a que se refere “ela” nas linhas 159 e 161. A interpretação que fazemos é que seu referente seja a tosse, mencionada por Rui na linha 158. Segundo consta em informações que buscamos sobre hérnia, a tosse aumenta o desconforto de pacientes com essa doença⁷⁴.

Na expressão “então tá” (linha 163), o operador discursivo “então” projeta-se retrospectivamente sobre o segmento precedente, ao mesmo tempo em que prepara para seu

⁷³ A través do agenciamento, o sujeito organiza as formas da língua para transmitir a ideia a ser expressa em seu enunciado (Flores *et al.*, 2009: 47).

⁷⁴ Disponível em <<http://www.dayhospitalnf.com.br/orientacao.php>>. Acesso em 27/02/14.

desfecho. O “tá” funciona como um marcador asseverativo, pelo qual se busca a concordância do interlocutor. A expressão sinaliza que a médica propõe o encerramento do tema da conversa desencadeada pela palpção da hérnia para iniciar uma outra etapa do exame clínico, conforme excerto 7, a seguir.

EXCERTO 7

165	BEATRIZ:	<u>vamo</u> ver o coração do senhor
166		(.) ((Pausa longa. Parece que alguém bate na porta e entra na sala.))
167	BEATRIZ:	respira <u>bem</u> fundo pra mim > <u>puxa</u> e <u>solta</u> <
168	RUI:	<u>.hhh hhh</u> ((várias vezes))
169		(.)
170	BEATRIZ:	<u>vamo</u> <u>sentá</u> um pou↑quinho
171		(.)
172	BEATRIZ:	vou só abri esse botão aqui: (depois eu acabo)
173		(.)
174	BEATRIZ:	>continua< respirando <u>fu:ndo</u> pra mi:m
175		(.)
176	RUI:	<u>.hhh hhh</u> ((várias vezes))
177		(.)
178	BEATRIZ:	> <u>vamo</u> <u>deitá</u> só mais um pouquinho< (.) <u>incha:ço</u> na perna ↑tem
179	RUI:	<u>°tem°</u>
180	BEATRIZ:	↑tem <u>vamo</u> ver
181		(.)
182	BEATRIZ:	<u>°vamo</u> <u>deixá</u> assim (.) xx° (.) °agora não tá: <u>inchado°</u>
183		(.)
184	RUTE:	mas dá inchaço e às vez pa↑ssa (.) o::u (.) como é que é (.) como é que é os
185		inchaço que o senhor tá falando das perna
186	BEATRIZ:	incha quando <u>cami:nha</u> ↑muito quando fica muito de [↑pé]
187	RUI:	[°xx] xx xx xxx°
188	BEATRIZ:	o <u>que</u> <u>que</u> o senhor tem vamo ve:r
189		(.)
190	BEATRIZ:	↑a: o senhor não <u>te:m</u>
191		(.)

No excerto 7, há várias ocorrências do índice específico “nós”, como um pronome inclusivo, que implica *eu + tu* (linhas 165, 170, 178, 180, 182), configurando-se mais uma vez a instanciação, pela médica, do paciente como co-locutor.

Na linha 172, Beatriz reassume a posição de *eu* para prevenir seu Rui: “ vou só abri esse botão aqui”. Na descrição de Castilhos (2010, p. 574), o operador discursivo “só” produz “efeito semântico de exclusão de tudo o que não está no seu escopo”. Assim, através dele, Beatriz previne que ela vai abrir “esse botão aqui” e não outros. Do ponto de vista enunciativo, no contexto da consulta que examinamos, “só” produz também um efeito atenuador do proferimento da médica, uma vez que indica que o âmbito de sua ação no corpo do paciente será restrito.

Nos turnos 167 e 174, o *tu* é instaurado por um procedimento acessório, o uso do imperativo, que, como vimos, coloca o interlocutor na posição de atender a demanda do *eu*. O contexto é o exame do coração, para o qual a colaboração do *tu* é imprescindível. É interessante destacar que, em dois momentos, a médica se coloca como beneficiária da ação solicitada ao paciente: “respira bem fundo pra mim” (linha 167); “continua respirando fundo pra mim” (linha 174). Podemos ver aí um movimento diferente daquele produzido por “pra nós” (excerto 5, linha 141), que tanto pode produzir um efeito de retorno a uma posição medicocêntrica, como de aproximação para com o paciente.

Somos inclinados a achar que a segunda interpretação é mais apropriada, tendo em vista que as formas imperativas “respira” (linha 167) e “continua respirando” garantem a instituição do *tu* como co-locutor. A expressão “pra mim” inclui a médica como destinatária de procedimentos que, a princípio, não a implicariam. A marca “pra” (para⁷⁵) estaria, nesse caso, apontando para um jogo enunciativo que institui a médica como beneficiária de uma ação que tem o paciente como alvo principal, o que pode produzir efeito de maior proximidade e cumplicidade.

Salientamos que é no arranjo das formas linguísticas, em associação com a situação enunciativa, que apoiamos nossa interpretação. No entanto, como há algo da ordem de um não-saber atravessando a enunciação, nossa leitura não reivindica exclusividade.

Nas linhas 184 e 185, a filha se instaura no lugar de *eu* para interagir com a médica. O paciente, nesse segmento, passa a ser *ele* no discurso. Acreditamos que a instanciação de Rute como locutora tenha ocorrido em razão do comentário feito pela médica diante da confirmação de seu pai de que sofre de inchaço nas pernas (linha 178): “vamo deixá assim agora não tá inchado” (linha 182), seguido de uma micropausa. O silêncio do pai diante da afirmação de Beatriz de que não vai investigar esse sintoma, pois “agora” ele não se apresenta visível, talvez seja a causa de Rute sentir necessidade de se instanciar como locutora para informar que, se as pernas do pai não apresentam inchaço no momento, não é isso o que acontece sempre, ou seja, o inchaço não é permanente, mas existe.

No meio desse turno, Rute interrompe o que vinha dizendo a Beatriz, mudando o endereçamento de sua fala. O pai é, então, instituído como interlocutor, sendo interpelado a ocupar lugar na enunciação para esclarecer sobre esse seu sintoma. Antes mesmo que ele tome a palavra, a médica passa a oferecer-lhe algumas situações causadoras de inchaço (linha 186). O paciente não espera Beatriz concluir seu turno para se manifestar, mas sua

⁷⁵ Estudos têm atestado a impossibilidade de identificar as preposições a um conteúdo permanente, independente da inserção no discurso. A esse respeito, ver Flores et al. (2008) e Gonçalves (2012),

intervenção resultou inaudível para nós (linha 187). Pelo que a médica diz na linha 188, se pode inferir que ela, diante do que disse o paciente, abre mão da posição de “deixar assim” a questão do inchaço, dispondo-se a “ver” o que esse sintoma pode estar sinalizando. Nessa investigação, a médica se depara com algo inesperado, que se constitui no tema da consulta no próximo excerto.

Para sintetizar a análise, podemos dizer que, no excerto 7, encontramos uma movimentação em direção à troca, só ameaçada no momento em que Beatriz convida o paciente a “deixar assim” o inchaço das pernas, sob a alegação de que, no momento presente, ele não se apresenta. A intervenção da filha, no entanto, repercute na médica, levando-a a uma mudança de posição, o que pode mostrar sua inclinação para o estabelecimento de troca com seu(s) interlocutor(es).

O excerto 8 tem por tema a amputação de dedos de seu Rui, descoberta no exame que a médica faz para investigar melhor o inchaço das pernas.

EXCERTO 8

192	BEATRIZ:	porque que tirô esses de:dos a↑qui
193	RUI:	°colesterol°
194	BEATRIZ:	colesterol?
195		(.)
196	BEATRIZ:	tem certe:za?
197	RUTE:	°xx°
198	RUI:	(°eu não tenho certeza°)
199	BEATRIZ:	faz qua:nto tempo que tirô?
200	RUI:	°quatro anos°
201	BEATRIZ:	quatro a↑nos °ele não toma remédio pra diabete?°
202	RUTE:	(°não pra diabete ele não tem ele só tem colesterol alto°)
203	BEATRIZ:	mas daí amputô o dedo por ↑isso
204	RUTE:	°xx xx a circulação do ↑sa:ngue né daí°
205	BEATRIZ:	é o açúcar no sangue que é alto ou o que
206		(.)
207	RUTE:	°olha ele só: tem colesterol xx°=
208	BEATRIZ:	=tá:
209	RUTE:	°e aí [xx xx xxx°]
210	BEATRIZ:	[po:de vesti a sua] me:ia
211	RUTE:	°xx xx[xxx xx°]
212	BEATRIZ:	[vamo sentá aqui] pra medir a pressão
213		(.) ((há uma conversa inaudível, pois há muitos ruidos))
214	BEATRIZ:	eu não sabia que era pra ↓ti: (.) (porque) que é pra ti:?? ((parece falar com a
215		pesquisadora sobre o gravador))

Na linha 192 desse excerto, a médica se dirige ao paciente, solicitando uma explicação para o fato de ele não ter alguns (não se sabe quantos) dedos do pé. É interessante atentar para a forma pela qual ela pergunta sobre as causas da amputação: “por que tirou esses dedos aqui”, numa construção que coloca seu Rui como agente da ação, quando ele, de fato, é

paciente da ação de outrem, certamente, motivada por um problema grave. O paciente responde “colesterol” (linha 193), ficando implícito que se trata de “colesterol alto”. Beatriz repete o termo “colesterol”, na linha 194, elevando o tom de voz na segunda sílaba, o que ajuda a produzir sentido ao enunciado, sugerindo dúvida em relação à referência ao colesterol, feita pelo paciente, como causador da amputação de seus dedos⁷⁶.

Depois de uma pequena pausa, na linha 195, a médica dirige mais uma pergunta ao locutor: “tem certe:za?”. O alongamento de som marcado na vogal “e” ajuda a reforçar o tom de dúvida no enunciado da médica, produzindo o efeito de um pedido de confirmação por parte do paciente, ao que a filha intervém em fala inaudível na linha 196. Em seguida, Rui titubeia em sua certeza, assumindo a língua para dizer, ao que parece⁷⁷, “(°eu não tenho certeza°)”, na linha 198, em tom muito baixo de voz, o que dificultou a escuta.

Sabemos que o colesterol alto está relacionado a doenças cardiovasculares, não se constituindo como causa de amputação de partes do corpo. O diabetes, sim, pode causar alterações vasculares que atingem principalmente as pernas e os pés, causando perda de sensibilidade, formigamento, dores agudas e fraqueza muscular. Como consequência, os pés correm risco de lesões, que, se não tratadas, podem infeccionar e levar a amputação de dedos e/ou da(s) perna(s).

Nesse mesmo trecho, na linha 199, a médica dirige novo questionamento ao paciente, demonstrando interesse ou possível conduta investigativa: “faz qua:nto tempo que tirô?”. É interessante observar que os alongamentos de som feitos pela locutora nesse recorte e, em nossos dados de análise de um modo geral, é de grande importância para a criação de efeitos de sentido no discurso.⁷⁸ Em resposta ao questionamento da médica, seu Rui afirma “quatro anos” (linha 200), em tom baixo de voz. Na linha 201, a médica repete a resposta do paciente (“quatro anos”), dessa vez, com entonação ascendente e acentuação de sílabas, o que pode sinalizar surpresa ou inquietação.

Nessa mesma linha, Beatriz institui Rute como *tu*, colocando o paciente como tema do discurso. Ou seja, o paciente agora é instaurado como *não-pessoa* do discurso: “quatro a↑nos °ele não toma remédio pra diabete?°”. A intervenção da médica, nesse segmento, revela alto grau de engajamento subjetivo por parte dela. De forma indireta, ela mostra estar convencida de que o diabetes é a causa da amputação do(s) dedo(s) do paciente: “ele não toma remédio

⁷⁶ Não houve como termos certeza se foram um ou mais dedos amputados, uma vez que a médica se refere a eles no plural, na linha 192, e no singular na linha 203.

⁷⁷ Os parênteses na transcrição indicam dúvida quanto ao que foi escutado.

⁷⁸ A entonação é um procedimento acessório, que mereceria um olhar mais aprofundado sob a perspectiva enunciativa.

pra diabete” (em tonalidade de pergunta). Além disso, talvez a atitude da médica de instaurar a filha como *tu* no diálogo, em tom baixo de voz, seja consequência de sua preocupação com o fato de não parecer claro para o paciente que ele pode sofrer de diabetes há bastante tempo. Ela parece buscar junto a Rute um dado que possa indicar que seu Rui está se tratando para diabetes, mesmo que não tenha ciência disso.

No entanto, a filha responde negativamente à pergunta da médica e reafirma que o pai tem somente colesterol alto (linha 202), o que demonstra que o desconhecimento da doença não é só da parte do paciente. A médica manifesta novamente sua discordância, ainda que de forma indireta: “mas daí amputô o dedo por ↑isso” (linha 203). O conector “mas” imprime ao discurso sentido de contrariedade, o que se confirma com a entonação ascendente no pronome resumitivo “isso”, que, nesse caso, tem como referente “colesterol alto”. A expressão toda encaminha para o sentido de que, na visão da médica, colesterol alto - razão apresentada de forma pouco convicta pelo paciente e corroborada pela filha - não justifica a amputação.

No que foi audível na linha 204, a filha continua no lugar de *tu* no discurso, para falar do pai (*ele*). Entendemos que ela demonstra estar em dúvida, buscando relacionar a(s) amputação(ões) a: “°xx xx a circulação do ↑sa:ngue né daí”. Talvez isso mostre à médica que, de fato, a questão da diabetes não é clara também para Rute. Tanto que, na linha 205, Beatriz oferece um léxico mais simples à filha, dando ênfase para as duas primeiras sílabas da palavra “açúcar” - “é o açúcar no sangue que é alto ou o que”. Ou seja, em uma linguagem menos técnica, a diabetes é entendida como alto índice de presença de açúcar no sangue. Esse proferimento parece sugerir mais uma tentativa da médica de obter confirmação em relação a esse novo dado que se apresentou na consulta. Por meio da expressão “ou o que”, Beatriz convoca a filha a se instituir no diálogo para fornecer alguma outra informação que a ajude a elucidar a questão. O paciente permanece no lugar de *ele*.

Na linha 206, a micropausa possivelmente sinalize o desconhecimento da filha de que o pai apresente qualquer outro problema que não seja colesterol alto: “°olha ele só: tem colesterol xx°=” (linha 207), afirma Rute em tom baixo de voz, num proferimento, em parte, inaudível. Em uma fala colada à da filha, a médica parece “entregar os pontos”, encerrando a investigação com o operador de concordância “tá” (linha 207).

Nas linhas 209, a filha tenta se manter no diálogo, numa fala que não nos foi possível escutar com clareza. Pela presença do operador de continuidade “e aí”, pode-se inferir que ela tenha solicitado algum encaminhamento em relação ao assunto que vinha sendo tratado. No entanto, a médica não volta a se instituir no lugar de sua interlocutora, dirigindo-se ao paciente: “[po:de vesti a sua] me:ia” (linha 210) para, ao que parece (a escuta do início desse

turno nos deixou em dúvida), encaminhar o encerramento da consulta. Rute faz nova tentativa (linha 211), totalmente inaudível, igualmente ignorada pela médica, que se mantém falando com seu Rui, agora, para realizar mais um dos procedimentos do exame físico: a tomada da pressão arterial.

Não é possível saber como a consulta foi encerrada, pois as intervenções finais resultaram inaudíveis devido a ruídos na sala. Nas linhas 214 e 215, a médica se dirige a outra pessoa, possivelmente a uma das pesquisadoras do grupo que dirigiu a demanda ao GEEP.

Nesse último excerto, temos um claro movimento da médica na direção do estabelecimento de troca. Estamos afirmando isso porque, no curso de uma investigação sobre o inchaço das pernas do paciente, ela descobre que ele teve dedo(s) amputado(s). Esse fato leva-a a mudar o tópico da consulta para buscar esclarecimentos, ou seja, ela se predispõe a levar em consideração um aspecto que não estava no horizonte da consulta. Nesse sentido, ultrapassa os objetivos convencionais da consulta, instituindo um olhar mais amplo de apoio e cuidado dirigidos ao paciente particular, que está diante dela. Nesse segmento da consulta, ocorre interesse pelo outro, e a conversa é conduzida para atender as necessidades trazidas pelo paciente.

Outro ponto a ressaltar é a conduta da médica diante do fato de o paciente e a filha atribuírem a amputação ao colesterol alto. Essa hipótese não condiz com o que a medicina conhece sobre o assunto, não sendo, portanto, corroborada pela médica. Sua discordância, no entanto, é manifesta de modo indireto, ou seja, Beatriz não faz valer, de forma incisiva, a autoridade que seus conhecimentos médicos lhe conferem. Ao mesmo tempo, ela busca, de várias formas, dados mais concretos a respeito da amputação, bem como faz tentativas de encaminhar para o entendimento de que a amputação pode ter sido motivada pela diabetes.

O efeito de troca que vinha se produzindo se rarefaz, esbarrando na insistência da filha em não referendar a possibilidade de o pai sofrer de diabetes. Por desconhecimento ou por alguma outra razão⁷⁹ que escapa à análise, Rute mantém-se firme na sustentação de que o pai “só tem colesterol” (linha 207). A médica, então, abdica de seu empenho em elucidar a questão, retornando à investigação de rotina e encaminhando o encerramento da consulta.

Para encerrar a análise, fazemos breves considerações sobre as conclusões a que ela nos conduziu. Na dinâmica do encontro clínico, a troca nunca está dada, seu resultado é sempre incerto. Isso porque as interlocuções, de um modo geral, colocam em jogo fatores muito diversos, nem todos passíveis de ser identificados. Cada um dos participantes do

⁷⁹ Martins (3003) afirma que, assim como há pacientes que exageram as queixas, há outros que atenuam ou mesmo omitem dados em consultas médicas por razões muito íntimas, que não temos como acessar facilmente.

diálogo é movido por aquilo que o constitui, isto é, por valores culturais sedimentados, por “saberes” que são de natureza indecifrável. O estabelecimento da comunicação intersubjetiva não tem como ocorrer de modo acirrado, pois é da natureza das interlocuções o caráter relativo e contingencial da movimentação em direção à troca. Nesse sentido, é difícil afirmar, de modo peremptório, se há ou não comunicação intersubjetiva nessa consulta. O que se pode dizer é que ela se dá como efeito momentâneo, sempre que, na enunciação, se produz um movimento de engajamento subjetivo.

Observamos, nessa consulta, que a assunção dos interlocutores ao protagonismo é um processo descontínuo que pode oscilar no decorrer da interlocução. Isso se deve ao fato de a comunicação entre as pessoas ser um processo complexo, altamente dependente do que se interpõe entre o par *eu* e *tu* (ELE). Desse modo, pensar em comunicação intersubjetiva, em termos benvenistianos, requer que se compreenda que a possibilidade de troca não é homogênea e completa. O que nossa análise mostra nada mais é, então, do que a relatividade das trocas em processos de interlocução.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão realizada neste trabalho toma por objeto interlocuções entre médico e paciente, em consulta ambulatorial pelo SUS, por meio da perspectiva enunciativa de Benveniste. A atualidade do pensamento desse autor, tecido de forma inacabada e, por isso, aberto a intervenções de seus leitores, levou-nos a procurar, em alguns de seus textos, fundamentos para melhor compreender a noção de *comunicação intersubjetiva*, através da qual buscamos elementos que permitam situar o que acontece quando médico e paciente entram em relação via linguagem em uma situação de consulta.

Nessa busca, derivamos dos estudos de Benveniste dois outros conceitos: *alocução* e *troca*. Entendemos por alocução a reversibilidade entre *eu* e *tu*, processo que, segundo Benveniste, é inerente à enunciação, pois toda enunciação postula um alocutário.

Para a proposição do conceito de troca, partimos de uma afirmação feita no último texto de Benveniste (PLG II, p. 87), que nos chamou particularmente a atenção: a enunciação coloca necessariamente duas “figuras” na posição de parceiros, que se posicionam alternativamente como “protagonistas” da enunciação. Sendo assim, em nossa interpretação, não basta que *eu* e *tu* revertam lugares para que o efeito de comunicação intersubjetiva aconteça. É preciso que entre eles se institua um movimento em direção a uma troca, ou seja, é preciso que os interlocutores, ao se apropriarem da língua para atualizá-la em discurso, impliquem-se subjetivamente nesse ato. Consideramos, então, que a alocução, embora fundamental para a comunicação intersubjetiva, não a garante.

Com base nessa elaboração teórica, analisamos uma consulta ambulatorial, com o objetivo de observar se a tomada da palavra pelos interlocutores viabiliza (ou não) a troca entre ambos, capaz de instaurar o efeito de comunicação intersubjetiva.

Os resultados dessa breve análise revelam a dificuldade de se instituírem efeitos de comunicação intersubjetiva nessa situação de consulta, em que o caráter de troca - necessário à conversa -, às vezes, se vê comprometido. É a qualidade específica de *eu*, imediatamente transferida a *tu* que trocamos nas situações de conversa. Quando não há essa troca, o quadro figurativo fica comprometido. Dufour (2000) afirma que usar *eu* é colocar-se como quem tem direito à fala, ou seja, é dar-se um lugar no espaço simbólico, e para isso é necessário que alguém se institua como *tu*. Se o *tu* falta, se custa a vir à cena, a fala de *eu* pode perder a eficácia.

Recortes enunciativos no *corpus* ilustram momentos em que há o que podemos chamar de movimento em direção à troca, que é a condição necessária à produção de efeito de

comunicação intersubjetiva. Ou seja, os parceiros dos atos enunciativos ocuparam seus respectivos lugares de *eu/tu* para falar de *ele* e, nesse processo, promoveram efeitos de comunicação intersubjetiva, impregnada de subjetividade.

É na prática social, comum no exercício da língua, nesta relação de comunicação inter-humana que os traços comuns de seu funcionamento deverão ser descobertos, pois o homem é ainda e cada vez mais um objeto a ser descoberto, na dupla natureza que a linguagem fundamenta e instaura nele. (BENVENISTE, PLG II, p. 104).

Os resultados da análise de interlocuções entre médico e paciente, de que oferecemos apenas uma pequena mostra, mostram que o estabelecimento de troca entre médica e paciente, nessa situação, institui-se como um processo descontínuo e contingencial, pois põe em jogo fatores diversos, nem todos passíveis de ser identificados. Desse modo, podemos dizer que a comunicação intersubjetiva, na consulta examinada, se dá como efeito momentâneo, sempre que, na enunciação, o par *eu* e *tu* realiza movimentos em direção ao estabelecimento de uma troca. Concluímos, então, que a assunção, pelos participantes do diálogo, de um engajamento subjetivo na enunciação pode sempre oscilar no decorrer do processo. Assim, pensar em comunicação intersubjetiva, com base em Benveniste, é compreendê-la como descontínua e contingencial.

Outro aspecto que consideramos, a partir da visada enunciativa, é a intervenção do ausente (ELE) na constituição de sentidos na enunciação. Inspirando-nos em Dufour (2000), consideramos que essa ausência, que se “presentifica” no campo da presença, se configura, de um lado, como uma camada de sentidos aderentes ao dizer, nem sempre fáceis de ser identificados; de outro lado, diz respeito a um não-saber, impossível de materialização via linguagem.

A consideração do ELE como constitutivo do par *eu* e *tu*, naquilo que é, de certo modo, apreensível, permite levantar alguns elementos para compreender melhor a complexidade das interlocuções humanas. Arriscamos a fazer alguns comentários a esse respeito, ao longo da análise, tendo, contudo, o cuidado de relativizá-los, remetendo-os a nosso modo particular de perceber a situação.

De acordo com essa percepção, destacamos possíveis dificuldades, para o paciente, de instituir-se como protagonista da enunciação, relacionadas ao campo do ELE. Julgamos, por exemplo, que a transposição da barreira do discurso medicocêntrico, ainda muito presente em nosso meio, pode desfavorecer a assunção do paciente a um lugar de engajamento subjetivo. A ideia de que, como doentes, somos portadores de um corpo a ser reparado por um técnico,

ao que nos parece, marca presença nessa consulta, “naturalizando” a ocupação, pelo paciente, de um lugar retraído no desenrolar da interlocução. Constatamos tentativas pontuais da médica em instituí-lo em outra posição. No entanto, a ocupação de um lugar está diretamente ligada à intersubjetividade. Se o *tu* não se reconhece com o direito de ocupar o centro da cena, o movimento de troca não encontra eco e se rarefaz.

Ainda no âmbito do ELE, fizemos referência ao lugar, em geral, destinado ao idoso em nossa sociedade, que lhe tira responsabilidades próprias da vida adulta. Uma imagem quase mítica de fragilidade, perdas progressivas e dependência ainda é forte entre nós, alimentada pela precariedade com que o Estado encara suas atribuições sociais, traduzida em políticas públicas que não garantem aposentadorias e pensões compatíveis com as necessidades dos idosos.

Poderíamos referir ainda muitos outros fatores relacionados à circulação de discursos que permeiam os encontros entre médico e paciente, como, por exemplo, a questão da medicina de massa, como é o caso da que é praticada pelo SUS, estar na dependência da explosão populacional e de problemas estruturais decorrentes de políticas de saúde pública negligentes e omissas, que impõem à população condições de dependência externa, a começar pelas muitas horas de espera por atendimento, às vezes ao relento, o que pode contribuir para dificultar o relacionamento com o médico e com toda a organização assistencial.

Embora cientes de que muito há a dizer a respeito dos fatores que se interpõem na relação médico – paciente em consultas pelo SUS, suspendemos aqui essas considerações, chamando, contudo, a atenção para a necessidade de estudos que adentrem por esse caminho.

Cabe ainda dizer que, neste trabalho, tentamos trazer à tona o que está implicado em interlocuções entre médico e paciente a partir dos estudos enunciativos. Na análise, não olhamos apenas para a estrutura formal dos enunciados, mas, principalmente, para o sentido construído pelos interlocutores envolvidos na instância de discurso, observando se e como eles habitam a linguagem para se instituir como sujeitos da enunciação.

Aresi (2012, p. 84, grifos do autor) explica que

a enunciação é um *ato* porque diz respeito à relação do locutor com a língua, relação esta sempre instanciada em um determinado contexto de uso, envolvendo pessoa, tempo e espaço, e sendo, portanto, da ordem do irrepetível. É também um *processo*, uma vez que é algo que está sempre se constituindo, que se renova a cada instância de discurso. É, por fim, um *mecanismo*, na medida em que é só através deste dispositivo, deste aparelho linguístico fornecido pela própria língua, que a enunciação é possível.

Se cada enunciação é única e irrepitível, não há como considerar o sentido das palavras como pré-definido no sistema da língua, uma vez que seu uso está sujeito ao momento da enunciação e ao posicionamento dos enunciadores frente a ele. Ou seja, não é só pelo significado no âmbito do semiótico⁸⁰ que o sentido é construído, uma vez que, como vimos na análise, os interlocutores imprimem sentidos singulares por meio da organização que fazem das palavras no enunciado. A proposição de que o sentido se realiza a partir do sistema da língua, mas não se esgota aí, contribui para elucidar a consideração feita por Aresi (2012, p. 271) sobre os *procedimentos acessórios*, vistos “como processo de agenciamento das formas”, que permite sustentar a ideia de que a subjetividade se inscreve na língua toda. Fica, assim, reforçado o entendimento de que a língua dispõe de formas específicas e de *procedimentos acessórios* para que o locutor, quando dela se “apropria” possa se constituir como sujeito de sua enunciação.

Afirmamos que a comunicação entre os seres humanos é indissociável da subjetivação, pela qual os indivíduos se constituem sujeitos no processo de troca verbal. Dessa forma, tomamos a interlocução como lugar em que estão implicadas as relações interpessoais, uma vez que o ato de comunicar mobiliza a subjetividade das figuras enunciativas (locutor e interlocutor).

No exercício da língua na prática social de consultas ambulatoriais pelo SUS, tentamos descobrir, nesta dissertação de mestrado, o que está implicado na interlocução entre médico e paciente. Não podemos parar por aqui. Muitas coisas há para serem descobertas, pois, como diz Benveniste, é no exercício da língua que o homem não só se comunica, mas também vive, conforme citação clássica, porém indispensável em pesquisas baseadas na Teoria da Enunciação de Benveniste: “bem antes de servir para comunicar, a linguagem serve para *viver*”. (PLG II, p. 222).

Ainda é necessária uma palavra final para situar que a comunicação médico – paciente, no âmbito do SUS, dentro do processo de humanização da prática médica, está relacionada à conduta ética, isto é, ao respeito aos direitos dos pacientes, ao tratamento destinados às pessoas e não às doenças, colocando-se como uma bandeira contra a mercantilização dos serviços médicos. Segundo Nassar (2005, p. 2), o termo *humanização*, comumente empregado no sentido de associação dos recursos tecnológicos ao reconhecimento de direitos do paciente, compreendido como sujeito cultural e integral, tem figurado com frequência na área da saúde, tanto no setor público como no privado. Na

⁸⁰ Embora saibamos que o significado do âmbito semiótico, na maioria das vezes, não se perde totalmente.

contramão dessa proposta, as escolas destinadas à formação do médico, de um modo geral, continuam a praticar um ensino tradicional, “voltado para a aquisição de conteúdos e capacidades que enfatizam apenas os aspectos físicos da doença, sem fazer qualquer referência aos aspectos culturais e sócio-econômicos que constituem o sujeito”. (NASSAR, 2005, p. 4).

Um passo precisa ser dado para que se perceba que a relação entre profissionais de saúde e usuários envolve muitos aspectos, como, segundo Nassar (2005, p. 7), as políticas de saúde de cada local, as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente, além da compreensão, por parte do médico, de que a utilização de recursos tecnológicos não substitui a escuta. Um outro passo precisa ser dado para que médico e paciente entendam que, na consulta não só o médico tem voz, devendo a participação do paciente no tratamento ser estimulada.

Lembramos, finalmente, que a necessidade de mudança atinge também a formação do profissional da linguagem. A interface entre estudos da linguagem e o campo da saúde é uma via de mão dupla, o que exige que ambas as áreas reconheçam capacidades e possibilidade de promover a articulação dos saberes de cada área, além de outros que se mostrarem relevantes para pensar essa importante questão.

Se está colocada para o médico a necessidade de uma formação mais ampla, que o auxilie a abrir os olhos para as dimensões que compõem a existência humana, incluindo-se aí uma imersão no universo da linguagem, a formação do profissional de Letras precisa abrir-se para as possibilidades apresentadas por outros saberes, de modo a poder contribuir para analisar a atuação na área da saúde com a abrangência necessária.

Enfim, trata-se de permitir a circulação de saberes entre diferentes áreas, para construir propostas inovadoras, e, assim, enriquecer as formas de convivência numa realidade que é plural, heterogênea, que não se deixa mais apreender por procedimentos acadêmicos habituais. Considerar as relações entre os muitos saberes ou conhecimentos implica uma ruptura com modelos que fragmentam, que encastelam e reduzem as concepções sobre o fenômeno da linguagem, tecendo uma interface com a área da saúde, que contribua para a construção de práticas médicas humanizadas e de qualidade.

Concluimos este trabalho com a convicção de que a teoria enunciativa de Benveniste tem muito a dizer nesses encontros multidisciplinares.

REFERÊNCIAS

- ADAM, J. *Éléments de linguistique textuelle: théorie et pratique de l'analyse textuelle*. Liège: Mardaga, 1990.
- AGAMBEN, G. *Infância e história: destruição da experiência e origem da história*. Trad. Henrique Burigo. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- _____. *O que resta de Auschwitz*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- _____. *O sacramento da linguagem: arqueologia do juramento*. Belo Horizonte: Editora da UFMG, 2011.
- ANDRÈS, M. *Significante*. In P. Kaufmann (Ed.), *Dicionário enciclopédico de psicanálise* (pp. 472-474). Rio de Janeiro: Jorge Zahar. 1996.
- ARESI, F. *Síntese, organização e abertura do pensamento enunciativo de Émile Benveniste: uma exegese de o aparelho formal da enunciação*. Dissertação. UFRGS: 2012.
- ARESI, F.; FLORES, V. N.. *O funcionamento enunciativo do par pergunta-resposta em situação de clínica dos distúrbios de linguagem*. *Calidoscópio*, v. 6, n. 2, p. 86-95, maio/agosto. 2008.
- AGUSTINI, C. *Da contingência sintática à pertinência semântica do vocativo*. *Letras & Letras*, Uberlândia, 20 (2) pp.11-20, jul./dez. 2004.
- BASTOS, L. C. Prefácio. In: OSTERMANN, A.C.; MENEGHEL, S.N. (orgs.) *Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Campinas: Mercado das Letras/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p. 7.
- BENVENISTE, É. *Vista d'olhos sobre o desenvolvimento da linguística*. In: *Problemas de linguística geral I*. Campinas: Pontes, 2005.
- _____. *Da subjetividade na linguagem*. In: _____. *Problemas de linguística geral I*. 5. ed. Campinas: Pontes, 2005.
- _____. *Estrutura da língua e estrutura da sociedade*. In: _____. *Problemas de linguística geral II*. Campinas: Pontes, 2006.
- _____. *O aparelho formal da enunciação*. In: _____. *Problemas de linguística geral II*. Campinas: Pontes, 2005.
- _____. *Estrutura das relações de pessoa no verbo*. In: _____. *Problemas de linguística geral I*. Campinas: Pontes, 2005.
- _____. *A linguagem e a experiência humana*. In: _____. *Problemas de linguística geral II*. Campinas: Pontes, 2006.

_____. *Baudelaire*. Présentation et transcription de Chloé Laplantine. Limoges, Éditions Lambert-Lucas, 2011.

_____. *Dernières leçons*. Collège de France 1968-1969. EHESS. Paris: Gallimard, Seuil, 2012.

CANGUILHEM, G. *Escritos sobre a medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CAPRARA, A; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (1): 139-146, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>>. Acesso em 18/02/2014.

CASTILHOS, A. T. *Nova gramática do português brasileiro*. São Paulo: Contexto, 2010.

CASTRO, E. V. *Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio*. *Mana* 2(2): 115-144, 1996.

CEGALLA, D. P. *Novíssima Gramática da Língua Portuguesa*. 45a. ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2000.

DELBANCO, T. L.; GERTEIS, M.; ARONSON, M. D., SOKOL, N. *A patient-centered view of the clinician-patient relationship*. Last literature review version 19.2: Maio 2011.

DESSONS, G. *Émile Benveniste, l'invention du discours*. Paris: Editions In Press, 2006.

DUFOUR, D-R. *Os mistérios da trindade*. Tradução: Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2000.

FIORIN, J. L. *As astúcias da enunciação*. São Paulo: Ática, 1996.

FLORES, V. *Linguística e psicanálise: princípios de uma semântica da enunciação*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

_____. *Notas para uma (re)leitura da teoria enunciativa de Émile Benveniste*. In: TEIXEIRA, M.; FLORES, V.N. (Orgs.). *O sentido na linguagem: uma homenagem à Professora Leci Barbisan*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

_____. *Fato, nível da análise linguística e transcrição: três operadores da análise enunciativa*. In: LEFFA, V.J.; ERNST, A. (orgs.). *Linguagens, metodologias de ensino e pesquisa*. Pelotas: EDUCAT, 2010. p. 217-232.

_____. *Sujeito da enunciação e/ou sujeito do enunciado? Exterioridade e interioridade teórica no campo da Linguística da Enunciação*. In: MATZENAUER, C. L. et al. (orgs.). *Estudos da linguagem*. VII Círculo de Estudos Linguísticos do Sul. Pelotas: EDUCAT, 2006. p. 87-104.

_____. *Introdução à teoria enunciativa de Benveniste*. São Paulo: Parábola, 2013.

FLORES, V. N. et al. *Enunciação e Gramática*. São Paulo: Contexto, 2008.

FLORES, V. N. et al. (Orgs.). *Dicionário de linguística da enunciação*. São Paulo: Contexto, 2009.

FLORES, V. N.; TEIXEIRA, M. *Introdução à linguística da enunciação*. São Paulo: Contexto, 2005.

_____. As perspectivas para o estudo das formas complexas do discurso: atualidades de Émile Benveniste. *ReVEL*, edição especial n. 7, 2013. p. 1-14. [www.revel.inf.br].

GOLDFARB, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

GONÇALVES, P. S. *A preposição para no português brasileiro: entre a invariância de funcionamento e a variância semântica*. *Linguística*. Vol. 28, diciembre 2012, p. 57-72.

JONER, A. P. *A comunicação médico-paciente em consultas ambulatoriais: um estudo enunciativo*. TCC. Curso de Letras: UNISINOS, 2012.

JUCHEM, A. *Por uma concepção da escrita e re-escrita de textos em sala de aula: os horizontes de um hífen*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: Programa de Pós-Graduação em Letras, UFRGS, 2012. Orientação: Profa. Dra. Carmem Luci da Costa Silva.

MARTELOTTA, M. E. *Usos do marcador discursivo tá? Veredas: revista de estudos linguísticos*. Juiz de Fora, vol. 1, n. 1, 2009. p. 89-106. Disponível em: <www.ufjf.br/revistaveredas/files/2009/12/artigo067.pdf>, acesso em 27/01/2014.

MARTINS, C. *A indeterminação do significado nos estudos sócio-pragmáticos: divergências teórico-metodológicas*. *D.E.L.T.A.* 18:1, 2002. p. 87-116.

MARTINS, C. *Caminhos - ensaios psicanalíticos*. Porto Alegre: Movimento/Instituto Cyro Martins, 1993.

MELLO, V. H. D.; *Sintagmatização-semantização: uma proposta de análise de texto*. Tese. UFRGS: 2012.

MILLER, P.A. *Nurse-physician collaboration in an intensive care unit*. *Am J Crit Care*. 2001;10(5):341-50.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica ampliada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada.pdf)>, acesso em 10-11-2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Programa Nacional de Humanização do atendimento hospitalar - PNHAH*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

NASSAR, M. R. F. *Comunicação e Humanização: a reconstrução do relacionamento médico - paciente como critério de qualidade na prestação de serviço*. *Contemporânea*. N. 5, 2005. Disponível em: <http://www.contemporanea.uerj.br/pdf/ed_05/contemporanea_n05_01_mariarosana.pdf>.

NORMAND, C. *Convite à linguística*. FLORES, V. N.; BARBISAN, L. B. (Orgs.). São Paulo: Contexto, 2009.

ONO, A. *La notion d'enonciation chez Émile Benveniste*. Limoges: Lambert-Lucas, 2007.

OSTERMANN, A.C.; MENEGHEL, S.N. (orgs.) *Humanização, gênero e poder: contribuições dos estudos de fala-em-interação para a atenção à saúde*. Campinas: Mercado das Letras/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

PETTER, M. *Linguagem, língua, lingüística*. In.: FIORIN, José Luiz (Org.). *Introdução à lingüística I. Objetos Teóricos*. São Paulo: Contexto, p. 11-24, 2005.

REY-DEBOVE, J. *À procura de distinção oral / escrito*. In: CATAH, N. (org.). *Para uma teoria da língua escrita*. São Paulo: Ática, 1996. p. 75-90.

RICHTER, J. *A CONSTRUÇÃO INTERSUBJETIVA DA AVALIAÇÃO ESCOLAR: Um Estudo Enunciativo das Dramáticas de Uso de Si na Atividade do Coordenador Pedagógico em Conselho de Classe*. Dissertação. 2013.

ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de Psicanálise*. Rio de Janeiro. 1988.

SAUSSURE, F. *Curso de linguística geral*. Tradução de: Antônio Chelini, José Paulo Paes e Izidoro Blikstein. 7. ed. São Paulo: Cultrix, 2006.

SCHNACK, C. M.; PISONI, T. D.; OSTERMANN, A. C. *Transcrição de fala: do evento real à representação escrita*. **Entrelinhas**, São Leopoldo, v. 2, n. 2, 2005. Disponível em: <<http://www.entrelinhas.unisinos.br/index.php?e=2&s=9&a=12>>. Acesso em: 28 mar. 2010.

SELL, M. *Significando o abuso sexual infantil na fala-em-interação: estratégias interacionais acionadas pelo conselho tutelar e as crianças na reconstrução da narrativa do abuso*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada. Unisinos, São Leopoldo, 2012.

SCHIFFRIN, D. *Approaches to discourse*. Massachusetts: Blackwell Publishers, 1994.

SILVA, C. R.; ANDRADE, D. N. P.; OSTERMANN, Ana Cristina. *Análise da Conversa: uma breve introdução*. ReVEL, vol. 7, n. 13, 2009. [www.revel.inf.br].

SILVA, C. L. C. *A criança na linguagem: enunciação e aquisição*. Campinas, SP: Pontes, 2009.

SURREAUX, L. M. *Linguagem, sintoma e clínica em clínica de linguagem*. Tese de Doutorado. Porto Alegre: UFRGS, 2006.

SURREAUX, L. M.; DEUS, V. F. *A especificidade da transcrição com base enunciativa na clínica fonoaudiológica*. *Verba Volant*, v. 1, nº 1., 2010, p. 110-120.

TEIXEIRA, C. et al. *A adequada comunicação entre os profissionais médicos reduz a mortalidade no centro de tratamento intensivo*. *Rev. bras. ter. intensiva* [online]. 2010,

vol.22, n.2, pp. 112-117. ISSN 0103-507X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507X2010000200003>.

TEIXEIRA, M. *O estudo dos pronomes em Benveniste e o projeto de uma ciência geral do homem*. Desenredo, Passo Fundo, v. 8, n. 1, p. 71-83, jan./jun. 2012a.

_____. *“A linguagem serve para viver”*: contribuição de Benveniste para análises no campo aplicado. *Linguagem & Ensino*, Pelotas, v.15, n.2, p. 439-456, jul./dez. 2012b.

_____. *O ato enunciativo e a instauração da experiência de trabalho de profissionais de enfermagem*. *Revista Moara*, n.38, jul.-dez., 2012c. Programa de Pós-Graduação em Letras / Universidade Federal do Pará. p. 37-53.

VOGES, M. C. N.; TEIXEIRA, M. *O sujeito cuidador em “cena”*: o uso de si na atividade em centro de tratamento intensivo. In: *Nonada Letras em Revista*. Porto Alegre, n. 11, p. 163-186, 2008.

ANEXO I - CONVENÇÕES DE TRANSCRIÇÃO

[texto]	Falas sobrepostas
=	Fala colada
(1.8)	Pausa
(.)	Micropausa
,	Entonação contínua
.	Entonação ponto final
?	Entonação de pergunta
-	Interrupção abrupta da fala
:	Alongamento de som
>texto<	Fala mais rápida
<texto>	Fala mais lenta
°texto°	Fala com volume mais baixo
TEXTO	Fala com volume mais alto
<u>Texto</u>	Sílaba, palavra ou som acentuado
(texto)	Dúvidas
XXXX	Texto inaudível
((texto))	Comentários da transcritora
@@@	Risada
↓	Entonação descendente
↑	Entonação ascendente
hhh	Expiração audível
.hhh	Inspiração audível

Schnack, C.; Pisoni T.; e Ostermann, A. *Transcrição de fala: do evento real à representação escrita*, *Entrelinhas*, v. 2, n. 2. 2005.

ANEXO II – CONSULTA I

CÓDIGO DA TRANSCRIÇÃO: C1

DURAÇÃO DO ÁUDIO: 4 min e 14 seg

NOME FICTÍCIO DA MÉDICA: Beatriz

NOME FICTÍCIO DO PACIENTE: Rui

NOME FICTÍCIO DA FILHA: Rute

TRANSCRITO EM 15/08/2012

TRANSCRIÇÃO

1 ((ouvem-se barulhos e pessoas conversando - inaudível))
 2 BEATRIZ: então não foi marcada a cirurgia a↑inda
 3 (.)
 4 BEATRIZ: oque que tá esperando de e↑xames
 5 RUTE: °↑a é ele: ele fez uma ecografia,°
 6 BEATRIZ: mhm
 7 RUTE: agora essa se ↑mana
 8 (.)
 9 RUTE: (°e tem um exame) x xx que eu marquei xx x°
 10 BEATRIZ: >xx xx setenta e sete< anos a↑inda (.) ou já fez aniversário.
 11 RUTE: °já fez de novo°
 12 BEATRIZ: setenta e oito então
 13 (.)
 14 RUTE: °xxxx°
 15 BEATRIZ: setenta e sete- a: ele tinha setenta e seis
 16 (.)
 17 BEATRIZ: e senhor é de ↑onde deu rui
 18 RUTE: °xx°
 19 BEATRIZ: DA O:NDE O SENHOR ↑é:
 20 RUI: °x xx°
 21 (.)
 22 BEATRIZ: e como é que o senhor tá:
 23 RUI: °mais ou menos°
 24 BEATRIZ: que que ↑tem de ru↑im
 25 (.)
 26 RUI: °xx uma hérnia aí:°
 27 (.)
 28 BEATRIZ: incomoda bas↑tante
 29 (.)
 30 BEATRIZ: e dor no ↑peito o senhor ↑tem
 31 RUI: °não°
 32 BEATRIZ: ↑não
 33 RUI: não.
 34 BEATRIZ: falta de ar, também nã:o (.) tontura, cansaço, não tem ↑nada disso
 35 (.)
 36 BEATRIZ: o senhor NÃO fu:ma mais ↑né

37 RUI: °não°
38 (.)
39 BEATRIZ: mas tem pressão ALta
40 RUI: °tenho°
41 BEATRIZ: que que o senhor toma de remédio o senhor SA↑be
42 RUI: °xx xxx x° (.) °xx pra pressão né°
43 BEATRIZ: o senhor não lembra os ↑nomes
44 RUI: °xx°
45 BEATRIZ: OS NO:MES o senhor ↑LEMBRA dos re↑médio:s
46 RUTE: °ele pegou a receita (.) a receita (pai)° olha esse papel aí°
47 BEATRIZ: °↑é tem que ver o que que ele tá toma:ndo pra conferir°
48 RUTE: (°olha qui) o senhor tá tomando direi↑tinho°
49 RUI: xx
50 RUTE: tá tomando direitinho?
51 BEATRIZ: eu tenho anotado aqui é o anlodipino, um di- u:ma vez por dia, a (hidrocorte
52 azida) também uma vez por di:a que é de manhã, (.) a sinvastatina que são
53 aqueles de noite, toma ↑dois
54 RUI: °eu tomo u:m°
55 BEATRIZ: tá tomando ↑um (.) tá, o a-s- ao meio di:a,
56 tam[bém]
57 RUI: [(também] tomo)
58 BEATRIZ: o a-↓s- ao meio di:a
59 (.)
60 BEATRIZ: vamo ver o que que mais que eu tenho anotado a↓qui:
61 (.)
62 BEATRIZ: o capto↑pril tá to↑mando tam↑bém
63 (.)
64 BEATRIZ: aqueles (.) que divide no ↓me:io e toma ↑duas ve:zes
65 RUI: °xx°
66 BEATRIZ: tá: ↓bom vamo ver se tem mais al↓gum
67 (.)
68 BEATRIZ: atenolol tá tomando tam↑bém ou ↓não
69 RUI: (°também°)
70 BEATRIZ: tá tomando TO:dos e:sses
71 (.) ((barulho de papel sendo escrito))
72 BEATRIZ: vamo anotá pro pró:ximo não perguntá pro senho:r.
73 (.) ((barulho de papel sendo escrito))
74 BEATRIZ: e tirando a hér:nia tá tu:do ↑bem (.) pra comê tá nor↑mal
75 RUI: °xx xxx xxx°
76 BEATRIZ: tá ↓bem . h e pra ir aos pés (vai) ↑bem também pra ir ao ba↑nheiro
77 RUI: °sim°
78 BEATRIZ: tu:do normal não mudô na:da (.) não tem sangue, não mudô, não tá muita
79 diarréia, (não tá) tranca:do
80 RUI: °xx°
81 BEATRIZ: tá ↓bom (.) e o xixi tá nor↑mal
82 RUI: °xx°
83 BEATRIZ: tu:do nor↑mal
84 (.)
85 BEATRIZ: e qual é o lado da hérnia
86 RUI: °esse aqui°
87 BEATRIZ: tá: (.) o dire:ito (.) °dire- >direito<°
88 (.)

- 89 BEATRIZ: e dói quando ca↑minha ou dói dó quando faz esfo:ção
90 RUI: não não dói quando faz fri:u assim (que fi:ca)
91 BEATRIZ: a: dói no ↑fri:u
92 RUI: °sim°
93 BEATRIZ: quando pega pe:so não dó:i a↑li
94 RUI: °de no:ite ela abaixa°
95 BEATRIZ: ela ab-entra
96 RUI: é::
97 BEATRIZ: e de dia ela fica pra fo:ra
98 RUI: °de dia (fica) pra fora°.
99 (.) ((barulho de papel sendo escrito))
100 BEATRIZ: tu é ↑filha
101 RUTE: °mhm°
102 (.) ((barulho de papel sendo escrito))
103 BEATRIZ: bebida de álcool o senhor be↑be
104 RUI: nã:o
105 BEATRIZ: não?
106 RUI: não bebo
107 BEATRIZ: faz ↑muito tem ↑po
108 (.)
109 BEATRIZ: coisa bo:a (.) tava ba- tava bastante tempo sentado ali ↑fo:ra
110 (.)
111 BEATRIZ: ↑já:
112 RUTE: mhm:
113 BEATRIZ: [mais ou menos-]
114 RUTE: [°desde o] meio dia°
115 BEATRIZ: a desde o meio dia: (.) tomô chá, ou café, agora a po:uco:
116 RUI: não
117 BEATRIZ: não? tava sentadi:nho aí só espera:ndo.
118 RUTE: (°até às duas e meia°)
119 BEATRIZ: tá ↓bom
120 (.)
121 BEATRIZ: vamo examiná o senhor en↑tão (.) vamo deitá aí:
122 (.)
123 BEATRIZ: °deixa eu ajudá aqui xx x°
124 (.)
125 BEATRIZ: fica ↑bem retinho
126 (.)
127 BEATRIZ: com a perna pra baix o a↑qui
128 (.)
129 BEATRIZ: vou levantá aqui a camisa ↑TÁ:
130 (.)
131 RUI: °tá: pode levantá°
132 BEATRIZ: é bem a↑qui a hér↑nia
133 RUI: °é: xx°
134 BEATRIZ: °vamo ver°
135 (.)
136 BEATRIZ: será que dá pra abrir aqui o cinto pra gente olhá a hérnia do se↑nhor
137 (.)
138 BEATRIZ: eu vou ter abrir esse botão aqui também ↑tá:
139 RUI: °tá°
140 (.) ((a médica parece conversar com a filha do paciente – inaudível))

141 BEATRIZ: faz uma forcinha pra ↑nós
142 (.)
143 BEATRIZ: °xx°
144 (.)
145 BEATRIZ: °xxx° (.) (°tá bem pequenininha (.) tá bem pequenininha°) chega a ir pro
146 escroto do senhor a hér↑nia
147 RUI: °é tem um caroço aí:°=
148 BEATRIZ: =fica lá embaixo assim incha↑do:
149 RUI: °é de vez enquanto xx xx xx°
150 BEATRIZ: tá bom
151 RUI: (°de vez enquanto dá não)
152 BEATRIZ: dá nã:o. e nunca trancô assim de não conseguir botá pra de:ntro
153 RUI: °nã:o°
154 BEATRIZ: tá ↓bem
155 (.)
156 RUI: (°às vez quando dói assim precisa até deitá quando dói um monte°)
157 BEATRIZ: quando dói de:it então
158 RUI: (tossir então)
159 BEATRIZ: sim ela (fala) que incomo:da né
160 (.)
161 BEATRIZ: mas não precisô: ficá tomando remédio pra dor de:la
162 RUI: °nã:o°
163 BEATRIZ: então tá: (.) vamo abaixá o braço de ↑novo
164 (.)
165 BEATRIZ: vamo ver o coração do senhor
166 (.) ((Pausa longa. Parece que alguém bate na porta e entra na sala.))
167 BEATRIZ: respira bem fundo pra mim >puxa e solta<
168 RUI: .hhh hhh ((várias vezes))
169 (.)
170 BEATRIZ: vamo sentá um pou↑quinho
171 (.)
172 BEATRIZ: vou só abri esse botão aqui: (depois eu acabo)
173 (.)
174 BEATRIZ: >continua< respirando fu:ndo pra mi:m
175 (.)
176 RUI: .hhh hhh ((várias vezes))
177 (.)
178 BEATRIZ: >vamo deitá só mais um pouquinho< (.) incha:ço na perna ↑tem
179 RUI: °tem°
180 BEATRIZ: ↑tem vamo ver
181 (.)
182 BEATRIZ: °vamo deixá assim (.) xx° (.) °agora não tá: inchado°
183 (.)
184 RUTE: mas dá inchaço e às vez pa↑ssa (.) o::u (.) como é que é (.) como é que é os
185 inchaço que o senhor tá falando das perna
186 BEATRIZ: incha quando cami:nha ↑muito quando fica muito de [↑pé]
187 RUI: [°xx] xx xx xxx°
188 BEATRIZ: o que que o senhor tem vamo ve:r
189 (.)
190 BEATRIZ: ↑a: o senhor não te:m
191 (.)
192 BEATRIZ: porque que tirô esses de:dos a↑qui

193 RUI: °colesterol°
 194 BEATRIZ: colesterol?
 195 (.)
 196 BEATRIZ: tem certeza?
 197 RUTE: °xx°
 198 RUI: (°eu não tenho certeza°)
 199 BEATRIZ: faz quanto tempo que tirô?
 200 RUI: °quatro anos°
 201 BEATRIZ: quatro a ↑nos °ele não toma remédio pra diabete?°
 202 RUTE: (°não pra diabete ele não tem ele só tem colesterol alto°)
 203 BEATRIZ: mas daí amputô o dedo por ↑isso
 204 RUTE: °xx xx a circulação do ↑sa:ngue né daí°
 205 BEATRIZ: é o açúcar no sangue que é alto ou o que
 206 (.)
 207 RUTE: °olha ele só: tem colesterol xx°=
 208 BEATRIZ: =tá:
 209 RUTE: °e aí [xx xx xxx°]
 210 BEATRIZ: [po:de vesti a sua] meia
 211 RUTE: °xx xx[xxx xx°]
 212 BEATRIZ: [vamo sentá aqui] pra medir a pressão
 213 (.)((há uma conversa inaudível, pois há muitos ruídos))
 214 BEATRIZ: eu não sabia que era pra ↓ti: (.)(porque) que é pra ti:?(((parece falar com a
 215 pesquisadora sobre o gravador))