

ADILSON PEREIRA TEODORO

**A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM:
UMA ANÁLISE RETÓRICA**

Dissertação apresentada à Universidade de Franca, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Linguística.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Flávia Figueiredo

FRANCA
2013

ADILSON PEREIRA TEODORO

A COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM:
UMA ANÁLISE RETÓRICA

COMISSÃO JULGADORA DO PROGRAMA DE MESTRADO EM LINGUÍSTICA

Presidente: Profa. Dra. Maria Flávia Figueiredo
Instituição: Universidade de Franca

Titular 1: Profa. Dra. Rosana Ferrareto Lourenço Rodrigues
Instituição: Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo

Titular 2: Prof. Dr. Fernando Aparecido Ferreira
Instituição: Universidade de Franca

Franca, 28 de outubro de 2013.

DEDICO este trabalho a todos que um dia apelaram ao argumento e renunciaram à violência.

AGRADECIMENTOS

Às minhas filhas, Eloah e Inaê, e à minha esposa, por terem percebido e sofrido a minha ausência.

Às memórias da minha sobrinha Bruninha e do meu pai Tiago Teodoro, que me acompanharam durante todo este trabalho.

À minha madrinha de batismo, Vânia Diniz, que um dia disse-me: você nunca vai parar!

À Professora Doutora Maria Flávia Figueiredo, pelo seu apreço e apoio prestados na orientação deste trabalho e pelo estímulo constante.

Gostaria, finalmente, de agradecer a todos os demais professores do curso de Mestrado pelos contributos científicos e pelas oportunidades de reflexão.

A palavra é uma grande dominadora, que com pequeníssimo e sumamente invisível corpo, realiza obras diviníssimas, pois pode fazer cessar o medo e tirar as dores, infundir a alegria e inspirar a piedade.

Platão

RESUMO

TEODORO, Adilson Pereira. **A comunicação terapêutica em Enfermagem: uma análise retórica.** 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade de Franca, Franca.

A comunicação exercida dentro do multifacetado ambiente hospitalar torna-se, a cada dia, um componente essencial todos os seus possíveis contextos. Não obstante, a comunicação que vem merecendo maior preocupação dentro das unidades hospitalares é aquela relacionada ao contexto de interação direta entre enfermeiro cuidador e paciente internado. Neste trabalho chamaremos cuidadores os enfermeiros de leito, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros que atuam comunicativamente com os pacientes internados, cotidianamente. O encontro desses sujeitos é mais que uma ação técnica de troca de informações e captura de dados, é também experiência sensível, que envolve um encontro entre pessoas através dos sentidos e, sobretudo, por meio da linguagem, que media a interação entre elas. Assim entendida, como integrante do tratamento do paciente, é que se conceituou a comunicação como terapêutica e é essa a concepção adotada nesta pesquisa. Por ser referenciado em um grande número de obras didáticas da enfermagem, o conceito de comunicação terapêutica influenciou os rumos desta dissertação. Assim, esta pesquisa, que é de cunho bibliográfico, privilegiou como *corpus* os textos didáticos para cuidadores, em função do alto grau de influência que possuem na formação dos profissionais cuidadores. O objetivo é, portanto, observar, nas propostas de comunicação adequadas à área da enfermagem, a ocorrência de pontos coincidentes com conceitos retóricos, de orientação aristotélica. Para isso, foram escolhidas duas obras que tratam da comunicação terapêutica com bastante propriedade e delas foram extraídos excertos para cotejo com a teoria de referência. As obras que compõem tal teoria são: *Retórica* de Aristóteles; *Tratado da Argumentação*, de Perelman e Olbrechts-Tyteca e *Questões de Retórica* de Michel Meyer. Ao proceder à análise, percebeu-se grande proximidade entre as propostas didáticas sugeridas aos profissionais e os pressupostos teóricos da retórica. Dentre tais pressupostos, destacaram-se no *corpus* analisado: a aproximação conceitual das noções de *ethos*, *pathos* e *logos* de Aristóteles; do conceito de *acordo prévio* da teoria perelmaniana e das ideias a respeito do *encontro* e da *negociação das distâncias* de Michel Meyer.

Palavras-chave: comunicação terapêutica; enfermagem; propostas didáticas; retórica e argumentação; relação cuidador-paciente.

ABSTRACT

TEODORO, Adilson Pereira. **Therapeutic Communication in Nursing**: a rhetorical analysis. 2013. 70f. Dissertação (Mestrado em Linguística) – Universidade de Franca, Franca.

The communication used in different hospital settings becomes an essential component every passing day in each of the possible contexts. However, the communication that deserves greater concern within hospitals is that related to the context of direct interaction between the caregiver and hospitalized patient. In this thesis, we name caregivers, nurses, technicians, physiotherapists, nutritionists among others that act communicatively with patients daily. The meeting of these individuals is more than a technical action of exchanging information and data, it is also a sensible experience, which involves a meeting between people through the senses and especially through language, which mediates the interaction between them. Understood in this way, as part of patient treatment that is conceptualized as therapeutic communication and that is the conception adopted for this work, and, being referenced in a large number of textbooks of nursing, has influenced the course of this study. Thus, this research, which is bibliographic, chose their targets as being the didactic texts for caregivers in nursing, justified by the high degree of influence they have on the training of professionals who will use this communication regarded as crucial in the care process. And within these texts in didactic perspective, the purpose is to observe in the tenders of appropriate communication in nursing the occurrence of coincident points with rhetorical concepts of Aristotelian orientation. We have chosen two works that deal very appropriately with therapeutic communication, and extracted excerpts from them for comparison with the theory of reference. The concepts that gave theoretical support are found in the following works: *Rhetoric* by Aristotle, *The Treaty of Argumentation* by Perelman & Olbrechts-Tyteca and *Questions of Rhetoric* by Michel Meyer. However, for the inferences, other authors were evoked. Through the analysis, the close proximity between the didactic proposals suggested to professionals and theory of rhetoric was perceived. It was highlighted, in the analyzed *corpus*, the conceptual notion of ethos, pathos and logos by Aristotle, the concept of prior agreement from the theory by Perelman and Michel Meyer's ideas of meeting and negotiation of distances.

Keywords: Therapeutic communication; nursing; didactic proposals; rhetoric and argumentation; caregiver-patient relation.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	09
I – DESCRIÇÃO DO <i>CORPUS</i>.....	14
1.1 APRESENTAÇÃO DAS OBRAS.....	17
1.1.1 Primeira obra.....	17
1.1.2 Segunda obra.....	19
II – ARCABOUÇO TEÓRICO.....	21
2.1 RETÓRICA: SUA EMERGÊNCIA.....	21
2.2 ARISTÓTELES: A GÊNESE DE UMA CIÊNCIA.....	24
2.3 PERELMAN: O RESGATE DA FONTE ORIGINAL E A PRIMAZIA DA RAZÃO.....	27
2.4 MICHEL MEYER: O RESGATE DO AFETO (A RETOMADA DO <i>ETHOS</i> E DO <i>PATHOS</i>).....	32
III – ANÁLISE DO <i>CORPUS</i>.....	36
3.1 METODOLOGIA DE ANÁLISE.....	36
3.2 ANÁLISE.....	37
3.2.1 Tópico: Linguagem comum e adequada ao auditório.....	37
3.2.2 Tópico: A liberdade e o apreço pela adesão.....	38
3.2.3 Tópico: Competência técnica do orador.....	40
3.2.4 Tópico: Conhecimento prévio e adaptação ao auditório.....	43
3.2.5 Tópico: Os acordos prévios – o ponto de partida.....	45
3.2.6 Tópico: A qualidade e a intensidade da adesão.....	47
3.2.7 Tópico: Negociação de distâncias e identidades.....	49
3.2.8 Tópico: Persuadir e convencer.....	51
3.2.9 Tópico: <i>Ethos</i>.....	53
3.2.10 Tópico: <i>Pathos</i>.....	54
3.2.11 Tópico: <i>Logos</i>.....	56
3.2.12 Tópico: Saber ouvir.....	58
3.2.13 Tópico: Manipulação: o mau uso da retórica.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

INTRODUÇÃO

O ambiente hospitalar é diverso, constituído de uma pluralidade de contextos e tem a comunicação como componente essencial em cada um deles. Ela é importante nas ações institucionais no sentido de estabelecer contato com a população que utiliza os serviços de saúde. É ainda igualmente considerada na construção das relações profissionais do hospital ao promover a unidade e o diálogo na diversidade de atores, saberes e fazeres. Não obstante, a comunicação que vem merecendo maior preocupação dentro das unidades hospitalares é aquela relacionada ao momento em que o hospital encontra com seu cliente através da prestação de cuidados que ele demanda. Diferentemente da comunicação organizacional, que tem como característica o planejamento de suas ações e, na maioria das vezes, é implementada por especialistas da área empresarial, a comunicação com os pacientes admitidos no hospital é exercida por profissionais de outras disciplinas durante o ato de cuidar, quase nunca é planejada e não é praticada por alguém com esse fim específico. Esses cuidadores são enfermeiros de leito, técnicos em enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, entre outros. Queremos ressaltar que, neste trabalho, o termo cuidador se refere aos profissionais supracitados e a todos os que atuam diretamente com os pacientes internados cotidianamente e de forma sistemática, cujas práticas dependem da interação comunicativa entre eles.

O avanço tecnológico no campo da saúde vem trazendo inovações também na área da comunicação em espaços hospitalares. São aparelhos intercomunicadores, sistemas de monitorização de ambientes, *softwares* modernos para a compilação de dados e a sua inserção em sistemas integrados de prontuário dos pacientes. Dessa forma, os pacientes passam a ser sujeitos amplamente conhecidos pelos seus dados, o que colabora para os diagnósticos e para a própria definição da terapia a ser adotada. Porém, essa prática tem como efeito adverso o fomento à desumanização, pois a objetividade tecnológica e científica pode pressupor a eliminação da condição humana do diálogo, que pode ser reduzido, no caso do atendimento hospitalar, à mera captura de dados, e a palavra pode se tornar apenas acessória da descrição técnica do indivíduo, dos sintomas e da sua evolução clínica. É nesse sentido que nada pode substituir o profissional cuidador no momento de interação com o seu assistido. Momento este que, a despeito de toda tecnologia, constitui-

se no encontro capaz de gerar, com confiabilidade, os dados tão necessários aos modernos sistemas operacionais.

O ato de cuidar implica o estabelecimento de interação entre sujeitos que participam da realização de ações ou cuidados. O encontro comunicativo entre quem cuida e quem é cuidado se estabelece no cuidar e, embora cercado de objetividade e aparatos técnicos, tem caráter relacional, o que propicia um espaço intersubjetivo entre os actantes. O encontro desses sujeitos é mais que uma ação técnica de troca de informações, é também experiência sensível, que envolve o contato humano através dos sentidos e, sobretudo, por meio da fala que conduz a interação entre eles.

Assim, a comunicação empreendida pelos cuidadores no ato de cuidar é entendida como alicerce do tratamento do paciente, pois a qualidade da comunicação estabelecida no cuidado se reflete nas suas atitudes, padrões de reações e participação, implicando a eficácia de tais cuidados na recuperação da sua saúde ou readaptação a uma nova condição de vida (PEREIRA e AZEVEDO, 2005).

Essa comunicação é basilar também na gestão hospitalar, pois se temos pacientes satisfeitos, certamente teremos melhores índices que impactam positiva e diretamente na construção da imagem, tanto dos indivíduos cuidadores, quanto do próprio sistema de saúde; o qual, além da melhora na aceitação pública, pode contar com a otimização dos custos, com a redução de taxas e com a diminuição do retrabalho causado pelas insatisfações dos pacientes.

Nesse alto grau de influência na qualidade dos serviços de saúde, a interação comunicativa entre cuidador e paciente passa a ser um tema relevante e alvo de especulações por parte dos administradores hospitalares, dos planos de saúde, dos governos, das faculdades e das próprias categorias diretamente envolvidas. Com isso, o aparecimento de estudos e eventos que tratam da temática é mais frequente, a preocupação com a formação dos profissionais cuidadores, embora incipiente, já se revela em produções que tratam especificamente da comunicação em contexto hospitalar. São obras que visam discutir aspectos inerentes à comunicação na relação de cuidado, propondo, aos agentes de saúde, comportamentos comunicativos que possam auxiliá-los em suas relações com os pacientes. A esse respeito, podemos citar, além das autoras que figuram no *corpus*, os trabalhos de Oliveira (2000), Braga (2004), Marcolino et al. (2004), Oriá (2004).

A fim de justificar nosso interesse pela pesquisa, parece-nos necessário apresentar uma breve explanação acerca de nosso percurso profissional e acadêmico, que, em grande medida, responde pelas escolhas para o que aqui se discute. O pesquisador em questão atua há mais de vinte anos como funcionário de um hospital, exercendo atividades na área administrativa. Além disso, leciona a disciplina “Comunicação Terapêutica” no curso de formação de técnicos em enfermagem na escola mantida pela mesma entidade. Depois de obter o título de especialização em Administração Hospitalar, o pesquisador graduou-se também em Letras, o que lhe conferiu um interesse pela Linguística, levando-o à busca de uma educação continuada nessa área. Nesse percurso, já como aluno do Programa de Mestrado em Linguística da Universidade de Franca, teve a oportunidade de estudar diferentes teorias linguísticas, aproximando-se mais detidamente da teoria retórica. Assim, estando profissionalmente ligado à didática da comunicação dos futuros cuidadores, e, academicamente, às teorias linguísticas, deu-se o encontro entre esses distintos campos do conhecimento: a Enfermagem e a Linguística. E é nessa interface que o presente trabalho encontra espaço para se desenvolver. Obviamente, esta pesquisa não será extensiva a todo tipo de comunicação exercido no universo Hospitalar, mas tão somente à existente nos momentos interativos do relacionamento entre cuidador e paciente, a chamada comunicação terapêutica em enfermagem.

Dentre as diversas possibilidades de abordagem teórica, este trabalho fará uso da Retórica, teoria que teve seu desenvolvimento a partir dos estudos de Aristóteles na antiguidade grega, ficando à margem por um longo período e ressurgindo através do trabalho de Chaïm Perelman & Olbrechts-Tyteca intitulado *Tratado da Argumentação*, também conhecido como a Nova Retórica. A escolha da Retórica deu-se por ser uma ciência que trata diretamente da interação comunicativa entre indivíduos e dos meios que cada um utiliza para fazer crer em suas proposições quando necessário. Os estudos desses meios, sobretudo após a Nova Retórica, sugerem uma argumentação presente no efetivo uso da linguagem, em que considera os diferentes sujeitos, lugares e contextos sociais. Dessa forma, os estudos retóricos abrem espaço para uma diversidade de possibilidades de aplicação em outras áreas que se propõem a estudar o comportamento comunicativo de indivíduos que visam a ver suas teses aceitas, como é o caso dos cuidadores.

Assim, definida como a ciência do cuidado, a Enfermagem é uma dentre as várias áreas do conhecimento humano que precisa ser estudada em seu fazer comunicativo, pois depende da aceitação das suas mensagens e das suas práticas por aqueles a quem assiste.

Para tanto, necessita de uma habilidade comunicativa *sui generis*, onde a linguagem, na interatividade entre os indivíduos nela envolvidos, deve construir uma relação saudável, de vital importância na obtenção de resultados de qualidade tanto para o paciente quanto para a instituição. A busca por essa competência específica para o profissional assistente de saúde tem sido trabalho de poucos. Apesar de haver trabalhos que abordam o tema (como os supracitados), são raras as obras que se propõem a tratar a temática de forma didática e poucas são as pesquisas que estudam a comunicação como instrumento terapêutico.

Duas disciplinas distintas, porém, próximas, são: a Retórica, na visão aristotélica, é definida como a arte de descobrir meios para persuadir, e a Enfermagem, na visão de Nightingale (1989, p. 9), é definida como uma arte que, para ser executada, “requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”. Além da proximidade conceitual entre esses dois campos, eles também guardam similaridade em seus percursos históricos. Ambos constituem práticas tão antigas que é difícil de precisar o seu advento na história da humanidade. A Retórica provavelmente é tão antiga quanto a necessidade de comunicação, necessária aos homens na organização social; a enfermagem, não menos antiga, surgiu quando alguém, dentro dessas mesmas comunidades, foi destacado para fazer companhia e cuidar dos doentes. Posteriormente, na antiguidade grega, num cenário de efervescência política e social, com Aristóteles, a Retórica adquire o *status* de um campo de investigação e suas bases como ciência são fixadas. Algo parecido ocorre com a Enfermagem através do aparecimento, em Roma, por volta de 100 a.C., dos primeiros lugares próprios para reunir e cuidar dos soldados feridos em batalha. Esses locais podem ser considerados os antecessores dos hospitais modernos.

Retórica e Enfermagem se firmaram como campos epistemológicos e superaram a visão primitiva de que eram apenas arte; a primeira, a arte de bem falar e a segunda, a arte do bem cuidar. Não deixaram de ser arte, porém, mais do que isso, hoje são ciências que tomam o homem (e a língua que o constitui) como objeto de análise. Se a retórica, como define Meyer (2007, p. 44; 1993 p. 26), “é o encontro entre os homens e a linguagem na exposição das suas diferenças e das suas identidades”, a atividade de enfermagem é um momento que propicia encontros comunicativos com fins terapêuticos. Entretanto, a despeito do que as aproxima, não pudemos encontrar, em nossa revisão da literatura, estudos que correlacionassem os pressupostos teóricos da comunicação terapêutica em enfermagem às teorias retóricas. Talvez isso se dê em função do pouco espaço que a

comunicação ganha durante a formação acadêmica do profissional cuidador. A esse respeito, afirma Stefanelli (2012, p. XII): “apesar de ser unânime a aceitação da relevância da comunicação no ensino, como também o é na assistência e na pesquisa, não se observa coerência entre esse fato e o ensino real que se processa na maioria das instituições formadoras de enfermagem”. Dessa forma, as oportunidades de reflexões teóricas por meio de trabalhos científicos tornam-se escassas, restringindo-se aos poucos trabalhos que se apresentam como manuais didáticos do comportamento interacional dos cuidadores, visando levá-los à consciência de seus atos comunicativos.

Para este trabalho, portanto, buscamos materiais que tratassem especificamente a temática da comunicação terapêutica dentro do ato de cuidar. Apesar da escassez, encontramos duas obras que desenvolvem o assunto com bastante propriedade e, por essa razão, as tomamos como *corpus* para nossa pesquisa.

Sendo assim, o objetivo do presente trabalho é observar se, nos manuais selecionados, as proposições da comunicação terapêutica para a relação interpessoal entre cuidador e paciente são de cunho retórico. Além disso, buscaremos observar em que medida essa relação entre cuidador e paciente se vale dos preceitos da teoria retórica para se efetivar.

Nosso trabalho está estruturado em três capítulos. O primeiro compreende a descrição do *corpus*, e nele se pode encontrar a apresentação das obras por meio de sua(s) autora(s), de uma sinopse e do aspecto estrutural de cada obra. O segundo capítulo, dedicado ao arcabouço teórico, está dividido em quatro seções, quais sejam: 1) Retórica: sua emergência; 2) Aristóteles: a gênese de uma ciência; 3) Perelman: o resgate da fonte original e a primazia da razão e 4) Michel Meyer: o resgate do afeto (a retomada do ethos e do pathos). O terceiro e último capítulo compreende a apresentação da metodologia, a análise do *corpus* e a apresentação dos resultados.

CAPÍTULO 1 – DESCRIÇÃO DO *CORPUS*

A seleção das obras para compor o *corpus* deste trabalho deveu-se primeiro ao fato de ambas constituírem abordagens específicas sobre a temática da comunicação terapêutica em contextos hospitalares e, de forma mais acentuada, em interações de profissionais cuidadores de pacientes hospitalizados, ampliando, dessa forma, a possibilidade de existência dos aspectos que pretendemos identificar: os retórico-argumentativos. Outra razão que justifica nossa escolha é o fato de essas obras aparecerem como duas das mais indicadas como manuais de referência didática em comunicação terapêutica em Enfermagem e serem amplamente referidas em trabalhos de pós-graduação nessa área.

Apesar da palavra “comunicação” estar presente nos mais diferentes contextos da área da Enfermagem, a prática nos mostra que na rotina hospitalar, a existência de colaboradores sem ou com pouca habilidade em comunicação podem trazer impactos negativos nas relações com os pacientes, familiares e com outros profissionais. Os danos vão desde mal-entendidos até ao abalo na confiança e na segurança dos pacientes diante da equipe multiprofissional de saúde. Nasce daí a necessidade de uma comunicação, dita terapêutica, aquela que, como o nome sugere, seja integrante do tratamento do sujeito enfermo conferindo-lhe mais resolubilidade e com mais qualidade. Que seja terapêutica na medida em que se vislumbre, com a sua utilização, a evolução positiva do paciente/cidadão, isto é, que reúna o uso de técnicas comunicativas consideradas adequadas às abordagens e interações no exercício do cuidado.

Com intuito de melhor situar o *corpus*, apresentaremos um breve relato sobre as origens da comunicação terapêutica buscando evidenciar sua relevância dentro do processo de tratamento do paciente.

Durante essa pesquisa não encontramos algo que ligue o termo “comunicação terapêutica” a um contexto de criação específico. Porém, alguns creditam seu aparecimento à evolução dos estudos da teoria desenvolvida por Hildegard E. Peplau, denominada “Teoria das Relações Interpessoais”. Essa teoria foi publicada em 1952 em seu livro intitulado “Interpersonal Relations in Nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing.” Nessa obra, a autora redireciona e redefine o papel da enfermagem dentro do cuidado na recuperação do indivíduo enfermo. Ao focalizar a

relação enfermeira/paciente, a autora afirma que não só os bons resultados são construídos nessa interação, mas também os próprios sujeitos. Hildegard E. Peplau (1952) usou o termo enfermagem psicodinâmica para descrever a relação entre cuidador e paciente. Para ela, a prática da enfermagem psicodinâmica envolve reconhecer, em cada parte envolvida, aquilo que influencia de forma significativa a compreensão acerca do processo de interação durante o cuidado (PEPLAU, 1952)

Esse novo paradigma traz consigo o germen da comunicação terapêutica, pois, ao definir a enfermagem como processo interativo de cuidado, Peplau coloca o aspecto comunicativo num patamar até então não alcançado. A enfermagem, ao se reconhecer como elo fundamental entre a prescrição e o cuidado propriamente dito, reconhece também a necessidade de uma comunicação específica voltada ao tratamento do paciente. Comunicação esta que pode se tornar no veículo por onde circulam as informações de “ida e volta” sobre o real estado do seu paciente internado. Cuidar desse instrumento de trocas passa a ser fundamental para credibilidade, tanto das informações veiculadas quanto do próprio profissional que faz uso dele.

Assim, a comunicação terapêutica ganha espaço dentro das instituições acadêmicas de enfermagem e passa a ser tratada com o *status* de técnica de cuidado, merecendo obras que a equiparam em importância aos cuidados relativos aos procedimentos técnicos não-comunicativos, como é o caso das obras que apresentaremos neste capítulo. Com a crescente abordagem da nova temática nessas obras e em produções acadêmicas, surgem também diversas definições do que seja a comunicação terapêutica. Para Atkinson & Murray, (1989, p.14):

A comunicação enfermeiro-paciente é denominada comunicação terapêutica, porque tem a finalidade de identificar e atender as necessidades de saúde do paciente e contribuir para melhorar a prática de enfermagem, ao criar oportunidades de aprendizagem e despertar nos pacientes sentimentos de confiança, permitindo que eles se sintam satisfeitos e seguros

Conforme Stefanelli (1993), autora e organizadora de uma das obras do *corpus*, a comunicação terapêutica é o instrumento básico da assistência de enfermagem e funciona como mediadora do relacionamento enfermeiro-paciente. A autora chama a atenção para o vínculo que se cria entre o uso da comunicação terapêutica e a qualidade da atenção prestada ao paciente. Dessa forma, ela enfatiza a importância da comunicação nos processos terapêuticos:

É pela comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão do mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os problemas por ele sentidos com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem, e tentar ajudá-lo a manter ou recuperar sua saúde. É por meio da comunicação com o paciente que o enfermeiro pode realmente efetuar mudanças no comportamento deste. O atendimento de quase todas as outras necessidades humanas básicas do paciente dependem, em várias circunstâncias, do processo de comunicação que ocorre entre ele e o enfermeiro. (STEFANELLI, 1993, p. 45)

Para Silva (1996), a outra autora que tem sua obra escolhida para constituir o *corpus*, a comunicação terapêutica é aquela que se torna adequada para a interação entre os agentes e os pacientes e ainda para a resolução de conflitos, concorrendo também para a qualidade da assistência e o alcance dos objetivos propostos pelo plano de cuidados. Nas palavras da autora, “a comunicação terapêutica é a habilidade de um profissional em ajudar as pessoas a enfrentarem seus problemas, relacionarem-se com os demais, ajustarem o que não pode ser mudado e enfrentarem os bloqueios à autorrealização” (SILVA, 2011, p. 37).

A professora Tamara Cianciarullo (2003, p. 38), define a comunicação terapêutica como:

um instrumento básico do cuidado em enfermagem. Ela está presente em todas as ações realizadas com o paciente, seja para orientar, informar, apoiar, confortar ou atender suas necessidades básicas. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para desenvolver e aperfeiçoar o saber-fazer profissional.

Essa concepção de ferramenta ou instrumento básico no auxílio ao cuidado em enfermagem é a mais corrente entre os teóricos pesquisados ao se referirem ao termo “comunicação terapêutica”. Porém, existem também outros que, sem negarem o papel de técnica com estratégias específicas de ação, recomendam-na como integrante do processo de interação em todas as necessidades de contato dialógico com os clientes, internos e externos e entre profissionais.

1.1 APRESENTAÇÃO DAS OBRAS

Os dois itens subsequentes serão dedicados à descrição das obras que compõem o *corpus* da presente pesquisa.

1.1.1 A primeira obra¹

Intitulada “**A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**”, a primeira obra a compor nosso *corpus* de pesquisa foi organizada por Maguida Costa Stefanelli e Emília Campos de Carvalho, ambas doutoras em Enfermagem.

Segundo as próprias autoras, o livro foi escrito com o propósito de convidar o aluno a refletir sobre o uso da comunicação terapêutica na prática assistencial do enfermeiro.

Na obra, distribuída em 11 capítulos, as autoras apresentam, por meio de artigos seus e de outras quatro doutoras em Enfermagem, as teorias da comunicação humana utilizadas em enfermagem, os conceitos teóricos sobre comunicação verbal e não verbal, as estratégias de comunicação terapêutica, assim como as dificuldades para sua implementação. Paralelamente, as autoras sugerem a aplicação dos conhecimentos da comunicação humana no processo de cuidado do paciente e também com os familiares. A obra mostra, ainda, a necessidade de associar esses conhecimentos com as demais competências do enfermeiro. Por fim, apresenta o ensino das habilidades de comunicação necessárias para a aquisição da competência comunicativa e para o processo de ensino-aprendizagem da comunicação em enfermagem.

A primeira autora-organizadora da obra em questão – Maguida Costa Stefanelli – é doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, onde leciona e é orientadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da USP. É também representante da área de Enfermagem na Capes e líder do grupo de estudos sobre comunicação na mesma área. Além disso, é membro fundadora do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) e autora de outros livros na área da Enfermagem.

A segunda autora-organizadora – Emília Campos de Carvalho – é doutora em Enfermagem pela Universidade de São Paulo, onde leciona e é orientadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Atua como orientadora das linhas de pesquisa de

¹ STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de. (Orgs.) **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

Comunicação em Enfermagem e do Processo de cuidar do adulto com doenças agudas. Coordena ainda o Grupo de Pesquisa de Enfermagem e Comunicação da USP de Ribeirão Preto.

Quanto à organização da obra, os capítulos que a constituem são de autoria das organizadoras e de outras quatro estudiosas da questão comunicativa em saúde. Os títulos de cada capítulo, suas respectivas autoras e as páginas a eles correspondentes encontram-se listados abaixo. Optamos por manter essa ordenação – capítulos, autores e páginas – para facilitar o trabalho de leitura ao longo das análises, uma vez que estas partirão de trechos extraídos dos diferentes capítulos das obras analisadas.

- Capítulo 1 – Comunicação e enfermagem
Maguida Costa Stefanelli, Emilia Campos de Carvalho e Evalda Cançado Arantes (p. 1-8)
- Capítulo 2 – Abordagens teóricas da comunicação humana e sua aplicação na enfermagem
Emilia Campos de Carvalho e Maria Márcia Bachion (p. 9-28)
- Capítulo 3 – Conceitos teóricos sobre comunicação
Maguida Costa Stefanelli (p. 29-49)
- Capítulo 4 – O aprendizado da linguagem verbal e não verbal e o cuidar
Maria Júlia Paes da Silva (p. 50-64)
- Capítulo 5 – Introdução à comunicação terapêutica
Maguida Costa Stefanelli (p. 65-76)
- Capítulo 6 – Estratégias de comunicação terapêutica
Maguida Costa Stefanelli (p. 77-109)
- Capítulo 7 – Comunicação não terapêutica e desafios à comunicação terapêutica
Maguida Costa Stefanelli (p. 110-122)
- Capítulo 8 – Habilidades de comunicação para a competência clínica: estratégias de ensino e aprendizagem
Emilia Campos de Carvalho e Maria Márcia Bachion (p. 123-142)
- Capítulo 9 – Comunicação e estratégias de intervenção familiar
Maria Angélica Pagliarini Waidmam e Maguida Costa Stefanelli (p. 143-163)
- Capítulo 10 – Comunicação e o processo de enfermagem
Emilia Campos de Carvalho e Maria Márcia Bachion (p. 164-182)
- Capítulo 11 – Desenvolvimento do jogo educativo no ensino da comunicação em enfermagem - *Maguida Costa Stefanelli* (p. 183-206)

1.1.2 A segunda obra²

Escrita por Maria Júlia Paes Silva, a segunda obra a compor o *corpus* intitula-se **“Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.”**

A autora, Maria Júlia Paes da Silva, possui graduação, mestrado e doutorado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da USP, onde, atualmente, é professor titular. Tem se dedicado ao estudo dos seguintes temas: comunicação, humanização, comunicação não-verbal, enfermagem, cuidar e práticas complementares de saúde.

Nas palavras da própria autora, sua obra é o resultado de um minucioso trabalho de pesquisa, que apresenta ao leitor a aplicação concreta das técnicas de comunicação interpessoal (terapêutica) na área de saúde. Ainda segundo ela, “Comunicação tem remédio” é mais do que um manual, chama também a atenção para a afetividade no dia a dia do trabalho hospitalar, principalmente no relacionamento entre profissionais e pacientes. O livro enfatiza que a comunicação terapêutica não se constitui apenas de palavras verbalizadas e que exerce poder de equilíbrio, tanto no tratamento de pacientes, quanto no relacionamento interprofissional. Na obra, a autora mostra que os profissionais da área de saúde têm como base as relações humanas com a equipe multidisciplinar e com pacientes. Tais profissionais devem levar em conta o processo comunicativo em que estão inseridos para um relacionamento positivo e adequado com todos os envolvidos no contexto hospitalar. O livro define o papel da comunicação como um instrumento de bom relacionamento entre cuidadores, pacientes e instituição e age ainda como disseminador dos valores da enfermagem.

No que se refere à organização interna, a obra se divide em 11 capítulos que se intitulam: “A comunicação na área de saúde”; “O bê-á-bá da comunicação”; “Comunicação verbal; comunicação não verbal”; “O jeito como falamos: paralinguagem ou paraverbal”; “A linguagem do corpo: cinésica”; “A distância entre as pessoas: proxêmica”; “O tocar: a tacésica”; “Aprendizagem da comunicação não verbal”; “Percebo, logo comunico” e “Reflexões sobre a comunicação nas relações de grupos de trabalho”.

Uma vez delineado o *corpus* da presente pesquisa, no capítulo seguinte apresentaremos a teoria linguística que julgamos mais apropriada para a análise das

² SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** 8. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

diferentes formas em que o ato comunicativo se estabelece durante a interação dos sujeitos, cuidadores e pacientes, qual seja: a Teoria Retórica.

CAPÍTULO II – ARCABOUÇO TEÓRICO

O presente capítulo abordará os principais autores e conceitos retóricos aos quais recorreremos ao longo da análise. Essa apresentação sucinta da teoria retórica presente nas obras de quatro importantes autores – Aristóteles, Perelman & Olbrechts-Tyteca e Meyer – nos permitirá mostrar a relevância que a retórica teve na Antiguidade e que readquiriu na contemporaneidade. Excluída da ciência e da filosofia, a retórica reencontra sua importância nesses teóricos. Antes tida como contrária à lógica, Perelman & Olbrechts-Tyteca, à luz do *logos*, buscaram reaproximá-las na medida em que resgataram a concepção aristotélica e propuseram uma argumentação que associa valores e racionalidade. Meyer, na esteira do resgate perelmaniano da dignidade retórica, numa teoria de equilíbrio entre as dimensões que compõem o convencimento, aponta para uma retórica de aplicação multidisciplinar. Desta forma nos permitirá também o esforço de aproximar a retórica, com essa abrangência multidisciplinar, do estudo da comunicação nos contextos da prática terapêutica em enfermagem.

2.1 RETÓRICA: SUA EMERGÊNCIA

A palavra Retórica provém do grego, *rhetoriké* (subentende-se *téchne*) e tem sido, ao longo da história, alvo de interpretações muito diversas. Numa acepção mais abrangente, os estudos da retórica incluem a poética, consistindo na arte oratória e da eloquência para proferir discursos de toda ordem (BARILLI, 1987, p. 11). Cabe-nos, aqui, certa delimitação dentre os sentidos possíveis para identificar o que nos interessa neste trabalho. Numa visada mais restrita, que concebe a retórica segundo a definição aristotélica, para quem a retórica é "a faculdade de ver teoricamente o que, em cada caso, pode ser capaz de gerar a persuasão" (ARISTÓTELES, 1988, p. 75), está o sentido pretendido, isto é, o de técnica de construção de discursos persuasivos (aplicável a qualquer disciplina).

O pressuposto das técnicas retóricas, ao orientar a elaboração do discurso persuasivo, é a liberdade do auditório. A retórica não recorre à violência, já que busca

ganhar a adesão intelectual do auditório apenas com o uso da argumentação presente em seu discurso. O objetivo de quem argumenta é obter a adesão daquele a quem se dirige, o qual pode, numa escala variável, prestar atenção ou não, acolher ou repelir sugestões propostas pelos argumentos, ou ainda, manifestar-se ou calar-se.

A retórica teve origem na Grécia antiga, com o advento da *Polis*, e as novas relações sociais que emergiram desse novo ordenamento. É comumente situada pelos estudiosos no século V antes de Cristo, mais especificamente em Siracusa, após a queda do tirano Trasíbulo e o surgimento de inúmeras causas de restituição de direitos diversos, sobretudo os de propriedades perdidas nas ações arbitrárias do tirano deposto. Período no qual fora elaborado o primeiro tratado de Retórica, escrito em 465 a.C. por Tísias e Córax, que eram oradores que se prestavam à defesa dos direitos dessas vítimas (ARISTÓTELES, 1988).

Apesar de ter seu surgimento historicamente ligado ao contexto de Siciliano, somente a partir de outro evento numa cidade grega, que a retórica pode de fato se desenvolver de forma contundente. Foi com o aparecimento do regime democrático ateniense, com o surgimento de uma nova classe de pessoas (os cidadãos, aos quais eram dados amplos direitos de deliberação sobre os mais variados assuntos) que a retórica teve seu advento. Com a possibilidade de dirigir-se a outrem em assembleias, com o intuito de convencimento acerca de uma nova posição, nasce a necessidade e a importância de exprimir-se bem e saber argumentar:

A oratória passou assim a ser fundamental, já não apenas para aqueles que aspiravam à política – que era a ambição ou carreira mais normal para os cidadãos livres daquele tempo –, mas também para os cidadãos em geral que, dedicados aos seus negócios e ocupações agrícolas ou artesanais, se viam frequentemente envolvidos em acusações e julgamentos no âmbito de infrações ou delitos, contratos, impostos, etc. (SOUSA, 2001, p. 14).

Assim, o ambiente tornou-se propício ao aparecimento de professores capazes de formar os futuros oradores que iriam tomar lugar nas assembleias e proferir discursos em defesa de uma tese qualquer. Surgiram, então, os sofistas, que eram mestres da arte oratória e que também formavam os interessados na carreira política. Eram os especialistas da eloquência, em busca de reconhecimento e fortuna. Tornaram-se itinerantes à procura de alunos dispostos a pagar pelo aprendizado e iniciação na arte retórica, ensinando a eles a maneira de serem bem sucedidos por meio do discurso persuasivo.

Assim, sob a forte influência sofística, formavam-se os retores, cidadãos bem sucedidos capazes de intervir, por meio do discurso, na vida política da comunidade. São os sofistas, portanto, os precursores mais importantes da retórica. Esses mestres na oratória, capazes de alavancar uma carreira no serviço público, acabaram por adquirir uma reputação respeitável e, por essa razão, seus ensinamentos eram disputados.

Porém, não foi sem resistência que os métodos sofistas com sua didática do pragmatismo extremo se tornaram protagonistas nos estudos retóricos, pois, se os sofistas gozavam de boa reputação entre os seus contemporâneos, a mesma coisa não se observava nos tempos de Platão, como podemos ver nesta afirmação do filósofo grego: “a retórica é sofística e não tem nada de positivo [...] Longe de assentar no caráter moral do orador, a sofística podia vender-se a todas as causas e foi apresentada antes de mais (sic) como o discurso dos incompetentes, daqueles que só veem fogo e fazem vento” (PLATÃO, 1997, p. 461).

Foi, sobretudo, contra esse ensino que se opôs Platão, sustentando que a retórica era a negação da própria Filosofia. Em seus diálogos, *Górgias* e *Fedro*, estabelecem uma distinção clara entre um discurso argumentativo dos sofistas, que, por meio da persuasão, procuram a manipulação dos cidadãos, e o discurso argumentativo dos filósofos, que procura atingir a verdade por meio do diálogo, pois só este importa.

Platão, em nome de uma filosofia dogmática e pura, dirigia aos sofistas de seu tempo as mais duras críticas. Acusava-os de manipular as pessoas, iludindo-as e induzindo-as ao erro. Considerava-os nocivos e capazes de desestabilizar a *Polis*. Essa sua oposição aos sofistas afetou diretamente a sua concepção de retórica:

O que denomino retórica é apenas uma parte de certa coisa que está longe de ser bela [...] A meu ver, essa prática compreende várias modalidades, uma das quais é a culinária, que passa, realmente, por ser arte, mas que eu não considero como tal, pois nada mais é do que empirismo e rotina. Como partes da mesma incluo também a retórica, o gosto da indumentária e a sofística (PLATÃO, 1997, p. 463).

Para Platão (1997), as técnicas sofistas não eram científicas, visto que não estavam baseadas em princípios racionais, não demonstrativos. Não buscavam a verdade das coisas e não visavam a excelência, mas, sim, a bajulação, jogando com os desejos e expectativas dos cidadãos. Eram imitações da *techné* (na área geral de preocupação com a alma humana, Platão inclui a declaração de normas de comportamento, as quais constituem, para

ele, a genuína *techné*). Portanto, essa investigação empírica, conhecida como sofística, é considerada por Platão como uma atividade espúria.

Na esteira da herança platônica é que o termo retórica tem suas origens ligadas às críticas aos sofistas. Não obstante, os males causados pela rejeição de Platão, a retórica assume um papel relevante como objeto nas reflexões dos teóricos gregos, dentre os quais, além do próprio Platão, se destaca Aristóteles.

Apesar das críticas, a retórica contemporânea não desconsidera o mérito dos sofistas e da sua reflexão centrada no homem. Esse mérito abrange sua formação cultural, a pedagogia, o surgimento das técnicas argumentativas e, sobretudo, o questionamento da tradição da sabedoria dos deuses tornando-a um produto terreno.

Em uma via bastante diferente de Platão, Aristóteles irá, após a morte de seu mestre, ser o responsável por disseminar e situar a retórica na cultura ocidental e influenciar muitos teóricos até os nossos dias.

2.2 ARISTÓTELES: A GÊNESE DE UMA CIÊNCIA

Dentro da tradição platônica surge Aristóteles, nascido em Estagira, no norte da Grécia, em 384 a.C. Já como morador de Atenas, tornou-se aluno da academia platônica e nela permaneceu até a morte de Platão, vinte anos após seu ingresso. Fundou sua própria escola, o Liceu, mas, antes disso, foi tutor de Alexandre – o Grande. Porém, foi em sua escola que começou dar importância ao estudo sistemático das diversas disciplinas das artes e das ciências, entre elas a arte retórica.

Apesar de inicialmente fazer coro com as críticas do seu antigo mestre, defendendo a supremacia das teses platônicas, contrárias às práticas dos sofistas, Aristóteles abandona, aos poucos, esse moralismo em favor da incorporação de posições que constroem sua própria concepção de retórica, fruto da influência de seu mestre Platão e daqueles que se opunha.

Aristóteles foi além dos seus precursores, a quem acusa de ensinar, em seus tratados, técnicas desgastadas, exclusivamente aplicáveis à oratória forense. Considerou, conforme Sousa (2001), que tais tratados eram pouco satisfatórios, e não passavam do recurso aos truques legais e às formas exageradas de suscitar a compaixão dos jurados. Buscou compreender, mais do que esses discursos judiciais sofistas rejeitados por Platão, a argumentação como recurso de que dispunha o orador no interior dos discursos.

Concentrou, assim, seus estudos naquilo que tinha de persuasivo nos discursos e que levava os oradores a obterem a adesão dos ouvintes.

Aristóteles (1988, p.104-105), em seu início de sistematização dos estudos retóricos, concebe uma divisão dos discursos, classificando-os em três gêneros: o deliberativo, o judiciário e o epidítico. Cada um desses gêneros é definido por uma série de critérios: o ouvinte ao qual ele se dirige, seu conteúdo, o tempo que ele tem em vista e o seu fim. Mais adiante é acrescentada uma definição segundo o estilo. Procedendo por raciocínios e afirmações, Aristóteles constrói um sistema tripartite, acompanhado de uma terminologia e com um rigor metodológico que podemos considerar como bases científicas.

Ao sistematizar os estudos retóricos, Aristóteles distanciou-se da visão negativista da retórica, ligada à oratória criticada por Platão, que, segundo este, não tinha nenhuma utilidade. Com efeito, a teoria aristotélica deu à técnica retórica o *status* de útil, principalmente para os cidadãos que precisavam se defender diante das assembleias e tribunais. A retórica tornou-se, assim, imprescindível para aqueles que buscavam a justiça pelas palavras, quando a lógica e as demonstrações científicas não tinham serventia alguma. Nesse sentido, a palavra ganha força, como o próprio Aristóteles escreve: “se é vergonhoso que alguém não possa servir-se de seu próprio corpo, seria absurdo que não o fosse no que respeita à razão, que é mais própria do homem do que o uso do corpo” (ARISTÓTELES apud MANOEL Jr., 2005, p. 11).

Aristóteles afastou-se ainda mais das concepções negativistas quando refutou a crítica de que a retórica serviria mais aos injustos e à enganação do que ao bem, ao afirmar que:

se é certo que aquele que usa injustamente desta capacidade para expor razões poderia causar graves danos, não é menos certo que isso ocorre com todos os bens, à exceção da virtude, sobretudo com os mais úteis, como o vigor, a saúde, a riqueza ou a capacidade militar, pois com eles tanto pode obter-se os maiores benefícios, se usados com justiça, como os maiores custos, se injustamente utilizados. (ARISTÓTELES, 1988, p. 105)

Desta forma, os estudos aristotélicos evidenciaram uma retórica mais abrangente, correlacionada inclusive com a dialética, ligada ao conhecimento comum e que não se ocupa de um campo específico de uma determinada ciência. É antes aberta às

possibilidades criadas pela ação de qualquer indivíduo possuidor da necessidade de sustentar uma opinião e persuadir, por meio de argumentos, qualquer que seja o auditório.

Esses meios ou recursos persuasivos de que se vale o orador na sua empreitada diante do seu auditório, são denominados, na teoria aristotélica, como meios de persuasão e classificados em meios técnicos e não técnicos. Por meios não técnicos, ou ainda, provas “não-artísticas” (ARISTÓTELES, 1988), entende-se aqueles que independem do orador para existirem, como as leis, tratados, testemunhos, documentos, etc. Já os meios de persuasão ditos técnicos, ou provas artísticas (ARISTÓTELES, 1988, p. 97), são os que o próprio orador cria no ato da argumentação, ou seja, se ligam à vontade do orador. “De sorte que é necessário usar as primeiras e inventar as segundas” (ARISTÓTELES, 1988, p. 97).

Nas provas não técnicas, aquelas ligadas à criatividade do autor, Aristóteles reconheceu que eram criadas por instâncias diferentes e as apresentou subdivididas em três grupos conforme o contexto de surgimento. Primeiramente o *ethos*, “aquela que reside no caráter moral do orador [...]. Persuade pelo caráter quando o discurso é proferido de tal maneira que deixa a impressão de o orador ser digno de fé” (ARISTÓTELES, 1988, p. 98). Onde o caráter do orador é central e gerador de persuasão, pois uma pessoa que parece íntegra conquista mais credibilidade do auditório, e de forma mais rápida, deixando-o predisposto ao convencimento. Entretanto, não se trata do caráter real do orador, mas da mera aparência construída no instante do seu discurso, ou seja, a impressão que o orador dá ao auditório sobre quem ele possa ser. O *pathos*, “persuade-se pela disposição dos ouvintes quando estes são levados a sentir emoção por meio do discurso, pois os juízos que emitimos variam conforme sentimos tristeza ou alegria, amor ou ódio” (ARISTÓTELES, 1988, p. 98).

O que podemos depreender desta noção aristotélica é a importância do aspecto emocional envolvido na persuasão. Os sentimentos que o orador consegue despertar no seu ouvinte são determinantes na decisão de ser a favor ou contra a causa que lhe é apresentada.

Finalmente, “persuadimos, enfim, pelo discurso, quando mostramos a verdade ou o que parece verdade, a partir do que é persuasivo em cada caso particular”. (ARISTÓTELES, 1988, p. 99). Nesta dimensão, a persuasão é conseguida através do próprio discurso, quando o que é dito ao auditório parece ser a mais pura expressão da

verdade. É, pois, na instância do discurso argumentativo, que as principais técnicas retóricas ganham relevância.

Como dissemos, Aristóteles instituiu as bases dos estudos retóricos, dando a eles *status* de ciência. Com isso, fez com que a retórica ganhasse o mundo e se tornasse essencial no ocidente por um longo tempo. Suas obras são marcos históricos e, ao mesmo tempo, material moderno (ainda atualizado) de consulta. Dada essa importância como fonte atual de pesquisa, dispomos aqui um brevíssimo comentário sobre sua principal obra: *Retórica*.

Retórica é uma obra de Aristóteles composta por três livros (I: 1354-1377 a.C., II: 1377 a.C.-1403 d.C, III: 1403-1420 d.C.). Apesar da longevidade, não há dúvida quanto à autoria da obra.

No livro I, Aristóteles analisa e fundamenta os três gêneros retóricos: o deliberativo (que procura persuadir ou dissuadir), o judiciário (que acusa ou defende) e o epidítico (que elogia ou censura). Além disso, argumentos em favor da utilidade da retórica são apresentados, bem como uma análise da natureza da prova retórica - o entimema - um silogismo derivado.

No livro II, o plano emocional é analisado em sua relação com a recepção do discurso retórico. Uma série de elementos, como a ira, amizade, confiança, vergonha e seus contrários são analisados, bem como o caráter dos homens (p.ex. o dos jovens e o dos ricos). Neste livro, também, volta-se a analisar as formas de argumentação, são apresentados uma série de tópicos argumentativos, o uso de máximas na argumentação e o uso dos entimema.

No livro III, o estilo e a composição do discurso retórico são analisados. Além de elementos como clareza, correção gramatical e ritmo, o uso da metáfora e as partes que compõem um discurso também estão presentes neste livro.

Com esta obra, Aristóteles lança as bases da retórica ocidental. Teoricamente, a evolução da retórica ao longo dos séculos representou muito mais um aperfeiçoamento da reflexão aristotélica sobre o tema do que construções verdadeiramente originais. E, com certeza, a vertente teórica contida nos trabalhos de Chaïm Perelman e Olbrechts-Tyteca, como será visto a seguir, se abastecer nessa fonte aristotélica.

2.3 PERELMAN: O RESGATE DA FONTE ORIGINAL E A PRIMAZIA DA RAZÃO

Para melhor compreender o porquê se creditou ao Filósofo belga Chaïm Perelman e a Lucie Olbrechts-Tyteca o resgate dos estudos retóricos de tradição aristotélica, faremos um breve relato das circunstâncias históricas.

Com o fim do Império Romano, a retórica deixa de ter importância como objeto de estudo. A sua desvalorização é agravada a partir da Idade Moderna, sobretudo com o desenvolvimento do pensamento cartesiano e o da formalização da Lógica, por Leibniz. Mais tarde, o positivismo consolidou uma perspectiva cientificista onde o discurso retórico não gozava de qualquer prestígio já que se distanciava dos pressupostos e da ótica positivista, para quem a verdade deveria ser passível de demonstração a partir de proposições lógicas. A retórica, então, possuía um papel menor por, supostamente, se ocupar daquilo que era incerto, subjetivo e sem lógica. Esta ausência de lógica levaria à necessidade de recorrer a outras áreas do conhecimento que não poderiam se basear na experiência ou na dedução lógica, então não poderia ser considerada ciência. A retórica foi, então, destituída de seu *status* racional, sendo relegada ao plano de mera prática mundana composta de prosaicos artifícios estilísticos. Assim, aquela que era até então uma das grandes ciências do mundo romano, entrou num profundo esquecimento no pensamento ocidental que perdurou por séculos.

Ainda nesse cenário de descrédito, a retórica assistiu, a partir do séc. XX, através do surgimento de uma corrente filosófica e acadêmica, ao restabelecimento do seu estatuto, que se deu principalmente com a divulgação das ideias de Chaïm Perelman, por meio de sua obra em parceria com Lucie Olbrechts-Tyteca, intitulada *Tratado de Argumentação: a nova retórica*. Neste capítulo, passaremos a mostrar parte do pensamento perelmaniano que resgata o projeto de Aristóteles e seu esforço para sistematizar os conceitos retóricos.

Perelman & Olbrechts-Tyteca chamaram de nova retórica o estudo da argumentação, o que já demonstra a sua pesquisa remonta às raízes gregas, particularmente à teoria retórica aristotélica. Ao abandonar sua formação lógica neopositivista, Perelman & Olbrechts-Tyteca centraram suas pesquisas nos antigos tratados de retórica, de forma mais detida na *Retórica* e nos *Tópicos* de Aristóteles, e encontraram neles a possibilidade de colocar os juízos de valor na esfera do racional. Já na introdução do seu Tratado, Perelman & Olbrechts-Tyteca esclarecem tanto sua vinculação quanto seu propósito:

A publicação de um tratado consagrado à argumentação e a sua ligação a uma velha tradição, a da retórica e da dialéctica gregas constituem *uma*

ruptura com uma concepção da razão e do raciocínio saídos de Descartes, que marcam com o seu selo a filosofia ocidental (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 1 grifo do autor).

A Nova Retórica de Perelman & Olbrechts-Tyteca traz, em lugar da necessidade do encadeamento das ideias no raciocínio lógico cartesiano, a noção do “plausível”, do “provável” e do “verossímil”. A verossimilhança em oposição à evidência empírica favorece o surgimento da noção de racionalidade atrelada à necessidade de adesão do auditório, como reforçam as palavras de Meyer (2005, p. XX):

A Nova retórica é, então, o “discurso do método” de uma racionalidade que já não pode evitar os debates e deve, portanto, tratá-los e analisar os argumentos que governam as decisões. Já não se trata de privilegiar a univocidade da linguagem, a unicidade *a priori* da tese válida, mas sim de aceitar o pluralismo, tanto nos valores morais como nas opiniões. A abertura para o múltiplo e o não-coercitivo torna-se, então, a palavra-mestra da racionalidade.

Nesse sentido, a teoria da argumentação perelmaniana revitaliza a dimensão prática e subjetiva que lida com valores, que permeiam nossas escolhas, influenciam nossas opiniões e se refletem em nossas decisões. Embora possa ser baseada em aspectos racionais, essa dimensão humana não se prende necessariamente aos critérios subjacentes da lógica formal. É para Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005) a “lógica do preferível”, que atinge todo o tipo de raciocínio, em que forma e conteúdo são inseparáveis e cuja compreensão é indissociável da adesão que conseguem promover em um auditório.

Perelman (1993) entende a argumentação como uma técnica capaz de substituir a violência. O que esta última pretende obter pela coerção, a argumentação pretende fazê-lo pela adesão. O autor da teoria da Teoria da Argumentação afirma que o recurso à argumentação requer o estabelecimento de uma comunidade de espíritos que, pelo mecanismo interno de sua própria constituição, exclua a violência. Ou seja, o orador não apela ao uso da força para convencer ou persuadir o seu auditório, apenas profere um discurso, sendo livre a adesão daqueles que ele pretende convencer e ou persuadir. (PERELMAN, 2005)

Assim concebido o processo argumentativo, assentado em bases discursivas, podemos afirmá-lo como possível a toda atividade comunicativa humana que renuncia ao uso da coerção. Desta forma, Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005) reconhecem como fundamental toda relação entre o orador e o auditório, uma vez que o uso da força não seja

possível para o convencimento. O auditório aqui definido por Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005, p. 22) como “o conjunto de todos aqueles que o orador quer influenciar mediante o seu discurso”, reforça que a necessidade de convencer e persuadir implica necessariamente um maior conhecimento desse auditório, visto que, quanto maior for o conhecimento do auditório por parte do orador, maior será o número de acordos prévios ao seu dispor. Tais acordos nascem dos conhecimentos que o orador possui de antemão sobre as teses que o auditório possa admitir como verdadeiras, e que durante uma argumentação, constroem o espaço dos consensos.

A noção perelmaniana concebe tipos gerais de auditórios, de acordo com a natureza de cada um, aos quais o orador deverá se adaptar, são eles:

O primeiro, constituído pela humanidade inteira, ou pelo menos por todos os homens adultos e normais, que chamaremos de auditório *universal*; o segundo formado, no diálogo, unicamente pelo *interlocutor* a quem se dirige; o terceiro, enfim, constituído pelo *próprio sujeito*, quando ele delibera ou figura as razões de seus atos (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 34).

Segundo Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005), é pela análise dos diferentes auditórios que podemos melhor compreender a distinção clássica entre convencimento e persuasão, no âmbito da qual se concebem os meios de convencer como racionais e, portanto, dirigidos ao entendimento, e os meios de persuasão como irracionais, atuando diretamente sobre a vontade. A persuasão seria então a consequência natural de uma ação sobre a vontade (*Pathos*) e o convencimento, o resultado ou efeito do ato de convencer (*logos*).

Entretanto, o auditório, segundo Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005, p. 22), é sempre uma construção ideal feita pelo orador e, como sendo este quem determina o modo de proceder do orador, os autores alertam: “A argumentação efetiva tem de conceber o auditório presumido tão próximo quanto possível da realidade” (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 22), sob pena de criar uma imagem que não corresponda à realidade e que possa ter como consequência no desempenho do orador, enquanto deva se adaptar às características do auditório, de modo a alcançar melhores resultados.

Se tivermos, de um lado, o esforço do orador para obtenção da atenção daqueles a quem se dirige, buscando adesão às suas teses, por outro lado teremos a quem cabe o papel de questionar a credibilidade das proposições discutíveis apresentadas: o auditório. Dessa

maneira, não há como afastar a ideia de que a argumentação se desenvolva a partir do auditório, que, em última análise, é quem determina a qualidade da argumentação (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005).

A interpretação do conteúdo torna-se, assim, essencial como fator determinante da adesão ou não às teses expostas. Emerge daí a necessidade de estratégias por parte do orador com fim de melhorar sua aceitação e ampliar o número de acordos com o seu público. Essas estratégias são, na verdade, técnicas argumentativas utilizadas como instrumentos para orientar a argumentação no sentido da adesão. Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005, p. 4), em seu *Tratado*, se propõem a estudar estas “técnicas discursivas que permitem provocar ou aumentar a adesão dos espíritos às teses que são apresentadas ao seu assentimento”. Para eles, é possível, a partir de um conjunto de técnicas de análise, identificar os argumentos, classificá-los e compreender como se articulam com vistas à eficácia persuasiva.

Nessa busca pela adesão do auditório, as técnicas argumentativas se apresentarão sob dois aspectos diferentes, assim classificados:

O aspecto positivo consistirá no estabelecimento de uma solidariedade entre teses que se procuram promover e as teses já admitidas pelo auditório: trata-se de argumentos de ligação. O aspecto negativo visará abalar ou romper a solidariedade constatada ou presumida entre as teses admitidas e as que se opõem às teses do orador: tratar-se-á da ruptura das ligações e dos argumentos de dissociação. (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 1987, p. 246)

Os argumentos de ligação se agrupam em três classes: os argumentos quase lógicos, os argumentos fundados na estrutura do real, e aqueles que fundam a estrutura do real. Argumentos quase-lógicos, como o próprio nome sugere, são aqueles cuja estrutura lógica lembra os argumentos da lógica formal, mas que não possuem o mesmo rigor, ou seja, não têm valor conclusivo, constroem-se à imagem de princípios lógicos. Argumentos baseados na estrutura do real são aqueles que se constroem não a partir do que é real, no sentido ontológico, mas do que o auditório acredita que seja real, isto é, aquilo que ele toma por fatos, verdades ou presunções, cujo fundamento encontra-se na ligação existente entre os diversos elementos da realidade. Uma vez que se admite que os elementos do real estejam associados entre si, em uma dada ligação, é possível fundar sobre tal relação uma argumentação que permita passar de um destes elementos ao outro. Finalmente, os argumentos que fundam a estrutura do real é um tipo de argumentação que opera como que

por indução, estabelecendo, assim, generalizações e regularidades, propondo modelos, exemplos, antimodelos, ilustrações a partir de casos particulares (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 251-258).

Todavia, os elementos de adesão referentes ao orador (*ethos*) e ao auditório (*pathos*) não são trabalhados pelos autores tanto quanto o *logos*. Em Perelman & Olbrechts-Tyteca encontramos dificuldade de separar os elementos trabalhados no espaço em que a sedução atua. Guiada pela necessidade de encontrar aderência ao discurso e não somente sua coerência interna, a teoria de Meyer (1993) defende que a adesão acontece também de forma afetiva, de modo que se torna difícil ver os argumentos isoladamente.

2.4 MICHEL MEYER: O RESGATE DO AFETO (A RETOMADA DO *ETHOS* E DO *PATHOS*)

Michel Meyer, Filósofo belga, nascido em 1950, tornou-se o professor que substituiu Chaïm Perelman & Olbrechts-Tyteca na Universidade de Bruxelas. Mantém uma estreita relação com o fundador da “Nova Retórica” e, como este, funda suas reflexões na teoria aristotélica. É de Meyer o prefácio do *Tratado da Argumentação* de Perelman & Olbrechts-Tyteca, confirmando o vínculo da sua emergência. Posiciona-se mais como um analista da teoria perelmaniana do que necessariamente apropria-se de seus conceitos.

Nessa perspectiva analítica, Meyer (2007, p. 24) afirma, sobre a *Nova Retórica*, que, embora seus mentores se concentrem no modelo retórico aristotélico, acabam por modificar tal modelo, pois mesmo ampliando suas bases e o seu alcance, eles centraram seus estudos no aspecto argumentativo da retórica, o *logos*. Para Meyer, os autores do *Tratado* abordam as questões ligadas às paixões e às emoções com menos importância, visando uma maior racionalidade argumentativa. Neste sentido, podemos dizer que a noção de *ethos* e de *pathos* foi resgatada na perspectiva teórica de Michel Meyer, para se igualar em condições com o *logos*. Essa harmonia entre as três dimensões foi assim defendida por Meyer (2007, p. 25): “decorre que o *ethos*, o *pathos* e o *logos* devem ser postos em pé de igualdade, se não quisermos cair em uma concepção que exclua as dimensões constitutivas da relação retórica. O orador, o auditório e a linguagem são igualmente essenciais”.

A retórica funciona bem quando não ocorrem as “hipertrofias”. A hipertrofia do *ethos* provoca um aumento da autoridade de um orador muito acima do necessário, que levaria a uma adesão compulsória; a hipertrofia do *logos* se caracteriza pela

supervalorização do discurso, crendo que possa convencer independente do orador e da disposição do auditório; a hipertrofia do *pathos* se caracteriza quando o orador centra em excesso sua preocupação no estado emocional do auditório e busca a adesão pelo agrado, caminhando para a adulação e demagogia. Esse desequilíbrio afetaria o consenso entre orador e auditório, os quais, segundo Meyer (2007, p. 25), buscam retoricamente estabelecer tal consenso:

A retórica é o encontro dos homens e da linguagem na exposição das suas diferenças e das suas identidades. Eles afirmam-se aí para se encontrarem ou para se repelirem, para encontrarem um momento de comunhão ou, pelo contrário, para evocarem essa impossibilidade e verificarem o muro que os separa (MEYER, 1993, p. 26).

Essa definição de retórica fundada na noção de diferenças e identidades entre os retores nos impõe uma ideia implícita que está em jogo: a de distância, que precisa ser suprimida para construção de um consenso. Daí a definição geral proposta por Meyer (2007, p. 25): “a retórica é a negociação da distância entre os homens a propósito de uma questão dada”.

A igualdade de importância dada aos três aspectos pela teoria de Meyer justifica-se plenamente quando o autor traz à luz a noção de *ethos* e *pathos* projetivos e efetivos. De acordo com o filósofo, existe um *ethos* e um *pathos* projetivos, e um *ethos* e um *pathos* efetivos. O *ethos* projetivo, como o nome sugere, é uma projeção que emana do auditório, existe antes da ação do orador, ou seja, é a imagem prévia que o auditório faz do orador. O *pathos* projetivo, por sua vez, é o reverso, ou seja, a imagem que o orador cria acerca do auditório. Já o *ethos* efetivo é a ação real do orador, ao passo que o *pathos* efetivo é o auditório real. Entretanto, na maioria das vezes, os *ethos* projetivo e efetivo não coincidem, e o orador, ao tomar consciência dessa diferença que cria uma relativa distância, se esforça por construir seu argumento na busca da redução da distância para ampliar a identidade. Dessa forma, em seu discurso, o orador age de modo a controlar a imagem que pretende projetar para que coincida o mais possível com a projeção antecipada do auditório (MEYER, 2007, p. 52-54).

O enfoque dado na retórica proposta por Meyer recebe por ele mesmo o título de problematológico. Para ele, a argumentatividade retórica se assenta na existência de uma questão que seja susceptível de receber mais do que uma solução. Daí, a questão que se apresenta é o que permite que a negociação entre orador e auditório aconteça. Segundo Meyer (1993), sem uma questão que se coloca, não há possibilidade de debate, nem de

discussão, nem de controvérsias, pois que só existiria o consenso. A questão é, então, instauradora da retórica da seguinte forma:

Sem questões, já dizia Aristóteles, não haveria duas escolhas contrárias, todos teriam o mesmo ponto de vista e não consultariam senão a si próprios para esclarecer as coisas. Dessa forma, a retórica é a análise dos questionamentos que são feitos na comunicação interpessoal e que a suscitam ou nela se encontram (MEYER, 2007, p. 26).

É, pois, no seio desta questão ou interrogatividade própria de todo discurso retórico que surgem duas possibilidades distintas do uso da retórica, a que Meyer denomina retórica negra e retórica branca. Assim explica o autor:

Para se compreender a essência do pensamento, importa portanto restabelecer sempre a diferença pergunta-resposta, aquilo a que eu chamei a diferença problematológica. Tendo em conta esta diferença, podemos então distinguir dois tipos de uso retórico: aquele que é crítico e lúcido sobre os procedimentos de discurso, e aquele que visa ofuscar o interlocutor, ou em todo o caso adormecê-lo (MEYER, 1993, p. 46).

A retórica branca é, portanto, aquela que não elimina a questão posta, mas permite que seu caráter problemático mantenha a interrogatividade, sem nunca ocultar o que é problema nos seus argumentos e nas suas respostas. Engloba, assim, simultaneamente, o estudo da retórica e o seu bom uso. “Na negociação da distância entre os questionadores, analisa-se a relação questão-resposta porque surge colocada em prática, mesmo implicitamente” (MEYER, 1993, p. 46). A retórica negra, contrariamente, ao ocultar a problematidade e a interrogatividade levantada por uma questão, busca antes a manipulação, por tornar concludente e verdadeiro aquilo que é apenas plausível, ou possível.

Mesmo que a retórica possa ser utilizada para manipular o auditório, provocando ilusão e engano, ainda assim não pode ser condenada pelo uso que dela fazem. Como assevera o filósofo:

Se a retórica é culpada, é-o como pode sê-lo a medicina, ou a ciência em geral. Condenar-se-á a arte médica porque os médicos podem usar a sua ciência para fazer mal, como fizeram nos campos nazis ou nas prisões argentinas? [...] No fundo, a diferença entre a retórica branca e a retórica negra deve-se a uma diferença de atitude [...] Em resumo, a verdadeira questão não se situa tanto ao nível do *ethos*, da vontade ou não de seduzir e de manipular, mas do *pathos*, quer dizer, da aceitação mais ou menos consciente dessa manipulação (MEYER, 1993, p. 50).

Intrínseca à concepção dos usos da retórica, sobrevém a noção de lógica do predador e lógica do sedutor, que para o autor emergem do jogo da identidade e da diferença: “a identidade dá conta das nossas simpatias, das nossas aproximações e de tudo o que, em geral, definiu o comunitário; a diferença, pelo contrário, demarca-se pela oposição e pela exclusão, pelas distâncias e pelas relações de poder ou de estatuto” (MEYER, 1993, p. 135). Operando para reduzir as diferenças ou fazer parecer que as distâncias desapareceram, a lógica do sedutor trabalha no campo do ilusório e fascinante, porém uma ilusão consentida, sem nenhuma coerção, cabendo ao seduzido sair no momento que lhe seja oportuno. No outro caso, na lógica do predador, como afirma Meyer (1993, p. 146), “convencer é vencer. A diferença existe e as alternativas encerram o outro num colete de forças”.

Assim, finalizamos esse capítulo, após a apresentação da noção teórica que norteia nossa pesquisa, isto é, os conceitos que utilizamos para observar a ocorrência da retórica dentro dos textos contidos no corpus que selecionamos.

CAPÍTULO III – ANÁLISE DO *CORPUS*

Este capítulo será dedicado à análise. Nele, elencaremos os excertos das obras que compõem o *corpus* para, em seguida, proceder à associação destes com a teoria retórica. A análise encontra-se organizada a partir de *tópicos conceituais*, que representam acepções teóricas basilares da retórica. Esses tópicos foram extraídos de conceituadas obras dentro da teoria retórica, a saber: *A Retórica* de Aristóteles, *O Tratado da Argumentação*, de Perelman e Olbrechts-Tyteca e *Questões de Retórica* de Michel Meyer. Quando necessário, outros autores serão evocados para corroborar as inferências desenvolvidas.

3.1 METODOLOGIA DE ANÁLISE

Para cada tópico conceitual posto, numerados em sequência (1,2,3,...), retomaremos pontos dentro da teoria retórica que os sustentam. Em seguida, serão apresentados, em sequência numérica expoente (A^1 , A^2 , A^3 ...), os excertos extraídos do *corpus* que, em nossa análise, julgamos possuidores de concepções consonantes com cada tópico retórico, posto em destaque. É importante ressaltar que destacaremos nos excertos, com o recurso do negrito, os termos, expressões e frases que evidenciam a consonância com a teoria retórica expressa no tópico.

Procederemos a partir daí a uma análise que culmina em inferências da relação de imbricação entre os conceitos retóricos e as propostas didático-pedagógicas das obras em questão. Para melhor identificar cada excerto com a respectiva obra, chamaremos de **LA** (Livro A), aqueles oriundos da obra das organizadoras e autoras **Maguida Costa Stefanelli** e **Emília Campos de Carvalho**, e de **LB** (Livro B), aqueles os extraídos do livro de **Maria Júlia Paes da Silva** (ambos devidamente apresentados no capítulo I).

Em cada cotejo, os fragmentos serão apresentados na sequência em que aparecem nas obras, com identificação de autora e página no caso de **LA**, ex.: (STEFANELLI, p. 1), por se tratar de mais de uma possibilidade de autoria; e somente com identificação de página, em **LB**, ex: (p. 2), por se tratar de uma única autora.

3.2 ANÁLISE

3.2.1 Tópico: **Linguagem comum e adequada ao auditório**

A adequação da linguagem ao auditório é tida, na retórica, como ponto crucial para a performance da argumentação. Aristóteles (1988) enfatiza que o discurso retórico, por querer influenciar, persuadir, se utiliza sempre da linguagem comum ou adaptada conforme as circunstâncias. Aristóteles (1988, p. 258) reforça essa ideia com a frase “Ninguém se vale da linguagem elegante quando ensina geometria.” Já Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p. 17) afirmam que o mínimo indispensável para existência de acordos prévios é uma linguagem comum. Meyer (1993), no que se refere à escolha do vocabulário, afirma que o orador deve se preocupar em se comunicar com uma linguagem acessível ao seu auditório. Abreu (2005, p. 15) observa que, num processo argumentativo, nós somos os únicos responsáveis (como oradores) pela clareza de tudo aquilo que dissermos. Vejamos como esse premissa se apresenta no *corpus* em análise:

LA¹ – “No intercâmbio de mensagens que se processa, o enfermeiro tem de **conhecer o repertório do paciente, sua bagagem cultural e de vida**, ou seja, entre outros elementos, **seu vocabulário, seu linguajar, sua escolaridade, sua origem e suas expectativas**, para que o significado das ideias veiculadas no processo de **comunicação possa tornar-se comum.**” (STEFANELLI, p. 35)

LA² – “A comunicação entre enfermeiro e paciente tem eficiência quando as mensagens enviadas possuem **clareza, simplicidade [...]. Eficiência** inclui também ausência de termos técnicos, de jargões profissionais e de linguagem **rebuscada e ambígua.**” (STEFANELLI, p.73)

LA³ – “Se falta um **linguajar comum**, não haverá compreensão da significação da mensagem nem, portanto, comunicação efetiva. Para exemplificar, basta imaginar uma paciente que só fala japonês sendo assistida por um enfermeiro que só fala português. Torna-se impossível fazer o histórico e diagnóstico de enfermagem e, conseqüentemente, prestar assistência adequada.” (STEFANELLI, p. 120)

LB¹ – “**Uso de linguagem inacessível** – especialmente o uso de jargões e termos técnicos, só são compreensíveis para determinado grupo. Para haver efetiva troca de mensagens, **é preciso que as palavras usadas tenham um significado comum** e conheçamos o repertório do outro, seu grau de escolaridade, **vocabulário**, expectativas, valores e crenças.” (p. 39)

LB² – “**A linguagem deve ser adequada ao contexto:** [...] **Simplicidade e clareza** na linguagem facilitam a transmissão da mensagem. *Se algo já é difícil, por que dificultar ainda mais a compreensão?* (p. 42, grifo da autora)

Considerando que os excertos acima evidenciam, sobretudo nas expressões em negrito, a necessidade da acessibilidade e adequação da linguagem do cuidador em relação ao seu paciente, para estabelecer um ambiente de troca de informações úteis (ao primeiro para compor com dados confiáveis o quadro de saúde do paciente, e a este para cooperar com o seu cuidador e receber a terapia mais adequada), podemos afirmar que as autoras confirmam a ideia preconizada pela retórica de que o ponto de partida para a adesão é uma linguagem compatível e comum aos actantes.

3.2.2 Tópico: A liberdade e o apreço pela adesão

Os teóricos da Nova Retórica, Perelman & Olbrechts-Tyteca (2005, p. 18), afirmam: “Com efeito, para argumentar, é preciso ter apreço pela adesão do interlocutor, pelo seu consentimento, pela sua participação mental”. Entretanto, desde Aristóteles as formas de enganação do auditório são fortemente criticadas e excluídas do objetivo real da retórica. Sobre a liberdade dos cidadãos em uma assembleia, Aristóteles (1988) advoga que devemos oferecer razões válidas e racionais para que aceitem ou rejeitem nossas ideias, lúcida e criticamente. A partir dele, mostraremos que a marca essencial da argumentação, como recurso retórico, está na renúncia ao simples uso da força ou da adulação, oposta a toda forma de constrangimento e no reconhecimento do interlocutor como alguém que deve ser convencido ou persuadido por meio de argumentos, tendo apreço pela sua crença e preservando, dessa forma, a sua liberdade de adesão. Destarte a argumentação se afasta

da mera imposição arbitrária, injustificada, como podemos ver bem afirmado por Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p. 61):

Pode-se, de fato, tentar obter um mesmo efeito seja pelo recurso à violência seja pelo discurso que visa à adesão das mentes. É em função dessa alternativa que se concebe mais claramente a oposição entre liberdade mental e coação. O uso da argumentação implica que se tenha renunciado a recorrer unicamente à força, que se dê valor à adesão do interlocutor, obtida com a ajuda de uma persuasão racional, que não o trate como um objeto, mas que se apele à sua liberdade de juízo. O recurso à argumentação supõe o estabelecimento de uma comunidade das mentes que, enquanto dura, exclui o uso da violência.

Da mesma forma, podemos ver este preceito de liberdade de expressão das subjetividades, tão caro à retórica, afirmado em Meyer (1993, p. 19), por meio “da contingência das opiniões, da livre expressão das crenças e das oposições entre os homens, que procuram sempre afirmar as suas diferenças ou, pelo contrário, superá-las para libertar um consenso.” Dentro dessa mesma perspectiva, temos, segundo Sousa (2001, p. 90), “de um lado, a liberdade de invenção, do outro, a liberdade de adesão. Uma simetria de posições onde o fluxo comunicacional resulta da troca e do confronto dos respectivos argumentos.” Destarte a argumentação se afasta da mera imposição arbitrária, injustificada e coerciva.

LA¹ – “Pode-se falar que a comunicação é efetiva ou eficiente quando o outro oferece uma resposta ou mudança de **forma consciente** ao **demonstrar compreensão** da comunicação ocorrida. Isso ocorre quando se **oferecem ao outro os elementos para que ele entenda as vantagens e desvantagens** de um procedimento, de tratamento ou do limite colocado ao seu comportamento e **ele tem a oportunidade de tomar decisões** com base em informações adequadas. [...] Desse modo, **mesmo que o paciente decida** não fazer o tratamento ou submeter-se ao procedimento proposto, a comunicação é considerada bem-sucedida”. (STEFANELLI, p. 36)

LA² – “Estabelecer relacionamento significativo com o paciente é uma das principais funções da comunicação na assistência de enfermagem. [...] Vivenciar esta função do **relacionamento** permite ao enfermeiro satisfazer as necessidades de inclusão e afeição do paciente, enfim, a necessidade de que ele seja **respeitado e tratado como uma pessoa livre**.” (STEFANELLI, p.42)

LA³ – “[...] A participação do paciente deve ser, o máximo possível, **voluntária**. Ele deve ter a máxima **liberdade de recusar** a participar dos procedimentos, ou, se aceitar, **retirar seu consentimento a qualquer momento**, sem que isso afete seu tratamento”. (STEFANELLI, p. 174)

LB¹ – “Somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá **ajudar o paciente** a conceituar seus problemas, enfrentá-los, **visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento**”. (p. 14)

LB² – “Não podemos esquecer que o paciente, antes de estar em uma cama totalmente dependente de cuidados, já foi uma **pessoa livre e autônoma**, dona de seu corpo e de suas vontades.” (p. 15)

Em todos os fragmentos expostos acima, as expressões negritadas demonstram que a participação do paciente, quando consciente, é uma prerrogativa dele, e que a abordagem deve seguir preceitos de respeito às liberdades da pessoa humana e ainda, que a adesão deve ser conseguida pela linguagem. O profissional auxilia, mas sempre com o consentimento do paciente, isto é, sem coerção.

Nesse cotejo podemos perceber que a liberdade de que trata a retórica é a mesma necessária à ciência do cuidado, preconizada pela autora, ou seja, é aquela que advém do respeito ao indivíduo na manifestação das suas particularidades. E também é claro que se trata de uma proposta altamente argumentativa quando a autora refere-se assim, em **LA¹**, à participação dos cuidadores: “oferecem ao outro os elementos para que ele entenda as vantagens e desvantagens” e em, **LB¹**, “além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.” Esses elementos e esse auxílio são propriamente os argumentos que os cuidadores terão à disposição no momento da interação com seus pacientes. E a retórica, desde a antiguidade grega, ensina que quem impõe sua opinião ou vontade aos outros não faz uso de argumentos, pois que a ele já não importa a adesão voluntária.

3.2.3 Tópico: A competência técnica do orador

A retórica é por definição aristotélica uma ciência que visa estudar as estratégias que tornam os discursos persuasivos (ARISTÓTELES, 1988). Na visão de Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p. 4), o objeto da retórica “é o estudo das técnicas discursivas que visam a provocar ou a aumentar a adesão das mentes às teses apresentadas a seu assentimento”, e Michel Meyer (1993) vê a retórica como tendo várias definições e sublinha que em primeiro lugar, ela foi uma técnica de persuasão. Nesse sentido o orador é alguém que se prepara, em certa medida, para dirigir-se a outrem com o propósito de afirmar suas teses, pois que a qualidade de orador, segundo Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p. 21), pertence a certas “funções que autorizam – e só elas – a tomar a palavra em certos casos, ou perante certos auditórios, há campos em que tais problemas de habilitação são minuciosamente regulamentados.” Amossy (2005, p. 120) assim se refere a essa autorização: “o discurso não pode ter autoridade se não for pronunciado pela pessoa legitimada a pronunciar-lo em uma situação legítima, portanto, diante dos receptores legítimos”.

LA¹ – “São poucas as situações, teóricas ou práticas, em que o aluno é convidado a refletir sobre a comunicação no ambiente de aprendizado ou a exercitar-se no uso de **estratégias de comunicação terapêutica** com objetivo explícito de ajudá-lo a perceber **formas mais adequadas** para seu comportamento interacional”. (STEFANELLI; CARVALHO, p. XII)

LA² – “Para atingir esse estágio, o enfermeiro vale-se de sua **competência interpessoal** no uso do **conhecimento sobre educação humana e das estratégias** que tornam a comunicação terapêutica.” (STEFANELLI, p. 36)

LA³ – “Prestar atendimento em saúde **exige do profissional distintas competências**, [...] Para **desenvolver competências** a pessoa (aluno ou profissional) precisa **mobilizar conhecimentos, habilidades, destrezas e criatividade**, associados a **atitudes e compromissos adequados**, o que resultará na sua **capacidade de exercer a atividade**.” (BACHION; CARVALHO, p. 124)

LA⁴ – “A competência comunicativa em enfermagem **requer habilidades** de comunicação, que, por sua vez, implicam a **apreensão de técnicas** que ficam disponíveis

no **repertório da pessoa** para mobilização quando for apropriado.” (BACHION; CARVALHO, p.124-125)

LA⁵ – “**As técnicas** não existem para serem usadas mecanicamente. Ao utilizá-las o enfermeiro deve considerar cada uma delas particularmente para cada situação específica. O enfermeiro, por interagir com o paciente com uma maior frequência do que os demais profissionais da área de saúde, precisa estar mais atenta **ao emprego das técnicas de comunicação terapêutica** como facilitadora no processo de interação com o paciente.”(STEFANELLI, p. 65)

LB¹ – “Mas (a enfermeira) precisa estar atenta ao uso adequado **das técnicas da comunicação interpessoal**”. (p. 14)

LB² – “Assim, seja por meio das palavras faladas ou escritas, seja por meio de gestos, expressões faciais e corporais, o trabalho na área de saúde **exige do profissional o conhecimento desse processo chamado comunicação interpessoal** e de seus fundamentos básicos” (p. 45).

Percebemos pelos excertos selecionados, que a comunicação, na visão das autoras, é mais do que uma competência inerente aos seres humanos. É uma habilidade específica de importância vital no relacionamento com os pacientes. Desse modo é necessário o aprendizado dessa especificidade para utilizá-la como técnica de comunicação terapêutica. Além disso, as autoras atribuem à competência comunicativa o êxito das relações e, conseqüentemente, a confiabilidade dos dados nelas obtidos.

Nos conceitos retóricos, expostos no início desta análise, o orador é alguém que tem o objetivo claro de persuadir e para tanto precisa se apossar das técnicas argumentativas se quer lograr êxito diante do seu auditório, neste caso, fazê-lo admitir as teses que lhe são apresentadas. Em enfermagem o cuidador encarna o orador e, na sua necessidade de trocas significativas com os pacientes/auditório, visando à adesão destes, vale-se de técnicas específicas de comunicação terapêutica, que, devido ao caráter relacional, são eminentemente retóricas. Além do que, possuir essa competência específica é a habilitação da autoridade do cuidador diante do seu auditório, é a habilidade que lhe confere o direito de tomar a palavra diante do paciente/auditório para lhe propor algo.

3.2.4 Tópico: Conhecimento prévio e adaptação ao auditório

Aristóteles (1988), ao propor uma análise das paixões e emoções do auditório em seu segundo livro da Retórica, mostrou-nos o quanto considerava importante o conhecimento daqueles a quem se pretende persuadir. Entretanto é na Nova Retórica que essa noção ganhou mais atenção dos estudiosos, pois que, é em relação ao auditório que os discursos devem ser ajustados. “O conhecimento daqueles que se pretende conquistar é, pois, uma condição prévia de qualquer argumentação eficaz” (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 23). Torna-se, então, fundamental para qualquer orador conhecer previamente, de seu auditório, as crenças e os sistemas de valores, pois o êxito da argumentação depende dessa condição necessária, como dizem Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p. 22) “se quiser agir, o orador é obrigado a adaptar-se a seu auditório.” Segundo os mesmos teóricos (2005, p. 127), é o conhecimento desses valores que evitará a “petição de princípio”: supor admitida uma tese que se deseja fazer aceite pelo auditório. Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005) consideram esta a falha mais grave de toda a argumentação, pois que compromete o seu resultado. Para Bernard Meyer (2008, p. 8):

Conhecer-se e conhecer o outro são coisas preciosas para o emissor. Assim, ele pode evitar certos excessos nos quais, sabidamente, sua personalidade poderá levá-lo a incidir, como, por exemplo, a irritação, a falta de rigor ou a falta de atenção a conteúdos orais. Mas, conhecendo bem a personalidade do receptor, também pode escolher argumentos que sabe serem certos, por tocarem certa corda sensível.

LA¹ – “Enfermeiros e pacientes são seres humanos e, como tais, são únicos, **singulares em suas peculiaridades**. O enfermeiro precisa estar atento às **características do paciente, percebê-las e interpretá-las da forma mais fiel possível**, avaliando como elas **influenciam no modo de ser do paciente**. Ao mesmo tempo, o profissional deve **conhecer quais são suas próprias singularidades** e estar consciente de como **elas afetam sua comunicação com o outro**.” (STEFANELLI, p. 37)

LA² – “O profissional da saúde deve ter a consciência de que a **cultura** é um papel significativo no **modo de ser e de se comunicar de cada pessoa**, através de **crenças** e

valores, sendo assim não deve **levar em consideração** apenas as **suas características culturais, mas também as do paciente**". (STEFANELLI, p. 38)

LA³ – “É preciso estar vigilante [...]. **Estar aberto a diferentes abordagens para os mesmos problemas, de modo a adaptar-se às necessidades e às preferências dos pacientes**". (CARVALHO; BACHION, p. 131)

LB¹ – “A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os **aspectos** envolvidos nesse processo, estão as tentativas de compreender o outro e de fazer compreender [...] não existe comunicação totalmente objetiva. Ela se faz entre pessoas, e **cada pessoa é um mundo à parte** com seu **subjetivismo**, suas **experiências**, sua **cultura**, seus **valores**, seus **interesses** e suas **expectativas**. (p. 22)

LB² – “Entre os fatores que **influenciam** a distância mantida (e a comunicação) entre as pessoas, é importante ressaltar: idade e sexo; **cultura e etnia; tema ou assunto; ambiente da interação; características físicas; orientação emocional; características da personalidade**.” (p. 82-83)

Para mostrar a aproximação conceitual das autoras a este tópico retórico, escolhemos excertos que evidenciam a preocupação com o conhecimento prévio que o cuidador precisa ter sobre o paciente. Os dois livros são, na verdade, uma tentativa de ampliar conhecimentos prévios dos mais diferentes tipos de pessoas que poderão ser assistidos pelos futuros profissionais. Como na teoria retórica, a didática proposta nesses excertos dá máxima importância ao conhecimento prévio concernente à questão cultural e dos valores dos pacientes e à forma como influenciam e afetam a relação comunicativa entre enfermeiro e paciente.

Como dissemos, esse também é um conceito fundamental da retórica, como pode ser visto em todos os fragmentos dos diferentes teóricos. Assim como a retórica advoga que o maior conhecimento daqueles a quem visamos persuadir é condição essencial para conseguir ou ampliar a adesão às nossas teses, da mesma forma o faz as autoras com seus aconselhamentos didáticos. Ao propor um conhecimento prévio, mais fiel possível, dos indivíduos a serem cuidados, as autoras, na verdade, está propondo que se adaptem aos

diferentes discursos e ampliem a possibilidade de adesão, como na retórica, é em relação ao **auditório/paciente** que o **orador/cuidador** cria sua estratégia de persuasão.

Os excertos supra elencados abrigam ainda outros preceitos retóricos já explicitados em tópicos anteriores, como a linguagem comum e adequada a cada auditório, o desenvolvimento da competência comunicativa do orador, e o respeito e o apreço pela adesão do auditório. Além destes, os trechos selecionados remetem a conceitos que serão envolvidos mais adiante na análise, como os **acordos**, que são dependentes dos **conhecimentos prévios** e, da mesma forma, a **qualidade da adesão**.

3.2.5 Tópico: Os acordos prévios – o ponto de partida da argumentação

O tópico anterior versou sobre o conhecimento prévio do auditório como condição primeira da argumentação. É este conhecimento obtido pelo orador que lhe dá os primeiros elementos para buscar sucesso na interação. Através dele, o orador poderá estabelecer acordos, a partir de pontos admitidos pelo auditório, que segundo Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p. 78-79), podem ser baseados em fatos, verdades e presunções. Michel Meyer (1993, p. 19), assevera que é por meio “da contingência das opiniões, da livre expressão das crenças e das oposições entre os homens, que procuram sempre afirmar as suas diferenças ou, pelo contrário, superá-las para libertar um consenso.” Na visão de Abreu (2005, p. 44),

Ao iniciar um processo argumentativo visando ao convencimento, não devemos propor de imediato nossa tese principal, a idéia que queremos “vender” ao nosso auditório. Devemos, antes, preparar o terreno para ela, propondo alguma outra tese, com a qual nosso auditório possa antes concordar.

Essa tese, ainda segundo Abreu (2005, p. 46), é a tese de adesão inicial. “Uma vez que o auditório concorde com ela, a argumentação ganha estabilidade, pois é fácil partir dela para a tese principal”. O certo é que só há adesão quando se parte do que o auditório já admite, estabelecendo a seguir uma relação entre as crenças já admitidas e o que orador busca fazer admitir.

LA¹ – “O profissional da saúde deve ter a consciência de que a **cultura** é um papel significativo no **modo de ser e de se comunicar de cada pessoa**, através de **crenças** e

valores, sendo assim não deve **levar em consideração** apenas as **suas características culturais, mas também as do paciente**". (STEFANELLI, p. 38)

LA² – “Lembre-se, portanto, de **adotar comportamentos que encorajam** a interação, porque demonstram **aceitação e respeito**.” (SILVA, p. 63)

LA³ – “É por meio da **aceitação** que a pessoa sente-se livre e com **prontidão para começar a interagir** com o outro. O mesmo acontece com o paciente. Não se fala aqui de uma aceitação automática de todas as manifestações de comportamento do paciente[...] Como seu comportamento decorre de condição de doente, a **aceitação** temporária,[...] suas ações precisam de **compreensão empática**.” (STEFANELLI, p. 88-89)

LA⁴ – “[...] o conjunto de habilidades de comunicação compreende: obter a perspectiva de outra pessoa; reconhecer a perspectiva do outro; apresentar suas próprias perspectivas, crenças e expectativas; **procurar objetivos comuns (identificando a situação que ambos estão tentando resolver e, então, negociando o alcance dos objetivos)**”. (CARVALHO; BACHION, p. 125-126)

LA⁵ – “Quando o profissional de saúde presta atendimento a pessoas de culturas ou grupos culturais diferentes do seu, precisa de **atitude empática e respeito pelos pensamentos, pela linguagem, pelos costumes, pelas crenças e pelas instituições desses pacientes**”. (CARVALHO; BACHION, p. 131)

LA⁶ – “É preciso estar vigilante [...]. Estar aberto a diferentes abordagens para os mesmos problemas, de modo a **adaptar-se às necessidades e às preferências dos pacientes**”. (CARVALHO; BACHION, p. 131)

LA⁷ – “Escolhida a estratégia de comum acordo com o cliente, sempre que possível, o passo seguinte”. (CARVALHO; BACHION, p. 177)

LB¹ – “A tarefa do profissional de saúde é decodificar, decifrar e **perceber o significado** da mensagem que o paciente envia, **para só então estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente** com as suas necessidades.” (p. 14)

LB² – “A comunicação interpessoal ocorre no contexto da interação face a face. Entre os **aspectos** envolvidos nesse processo, estão as **tentativas de compreender o outro e de fazer compreender** [...] não existe comunicação totalmente objetiva. Ela se faz entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte com seu subjetivismo, **suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas**. (p. 22)

Nesse tópico, parece-nos que as autoras reforçam, como condição preliminar para que haja um atendimento e a sua aceitação, o conhecimento da realidade que envolve o atendimento do sujeito, bem como questões ligadas às suas subjetividades. Partindo dessa compreensão do outro, de suas particularidades, o cuidador é orientado a estabelecer uma relação coerente e empática, sempre partindo da aceitação, mesmo que temporária, das preferências e necessidades do paciente.

Na argumentação retórica, como vimos, a condição preliminar é a existência de acordos (para Perelman e Olbrechts-Tyteca, 2005) ou consensos (para Meyer, 1993) dos quais possamos partir com o intuito de convencer e persuadir, e nos parece que partir da compreensão de mundo do outro e estabelecer objetivos comuns (acordo, consensos), como sugerem as autoras. Este é um preceito retórico, pois que a orientação é no sentido de partir de teses já admitidas pelos pacientes e, ao longo do tratamento, propor-lhe novos comportamentos.

3.2.6 Tópico: A qualidade e a intensidade da adesão

Para Perelman (2005, p. 18), como já citado no tópico 2, o apreço pela adesão do ouvinte é condição para se argumentar, então toda argumentação ocorre em função de um auditório ao qual o orador deve se ajustar para provocá-la ou ampliá-la. Porém, devemos nos atentar, segundo Perelman (1997, p. 365), ao “fato de que os homens aderem a toda espécie de opiniões com uma intensidade variável”. O assentimento tem seus graus, e isso ocorre porque na retórica falamos de juízos de valor distintos entre os interlocutores de um mesmo auditório. No entanto, para Perelman (1987, p. 29), a argumentação eficaz é a que aumenta a intensidade da adesão dos interlocutores, de forma que produza uma ação imediata ou crie neles uma disposição para a ação no futuro. Logo, “é, de fato, ao auditório que cabe o papel principal para determinar a qualidade da argumentação e o

comportamento dos oradores” (PERELMAN E OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 27), cabendo ao orador buscar os meios para diminuir a possibilidade de desaprovação. Perelman (1997, p. 365) busca na qualidade daqueles que adiram a uma tese o critério para avaliar a qualidade da argumentação. O auditório tem assim o papel de determinar a qualidade da argumentação.

LA¹ – “A comunicação é o meio através do qual, pessoas interagem umas com as outras. O homem utiliza a comunicação nas ações do cotidiano e é por meio dela que partilha, com os demais, suas ideias. **Nessa partilha, ele está sujeito a receber aprovação e desaprovação das outras pessoas, e isto acaba por determinar sua sensação de segurança e satisfação e seu ajustamento no ambiente que o rodeia**” (STEFANELLI, p. 57).

LA² – “As habilidades de comunicação desejadas na prática clínica, incluem [...] **maximizar as chances de o paciente seguir as decisões acordadas sobre o tratamento e as recomendações sobre mudanças no estilo de vida.**” (STEFANELLI, p. 125).

LA³ – “A participação do paciente deve ser, o máximo possível, **voluntária**. Ele deve ter a máxima **liberdade de recusar** a participar dos procedimentos, ou, se aceitar, **retirar seu consentimento a qualquer momento**, sem que isso afete seu tratamento”. (STEFANELLI, p. 174)

LB¹ – “Somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá **ajudar o paciente** a conceituar seus problemas, enfrentá-los, **visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.**” (p. 14)

Os excertos deste tópico evidenciam que a qualidade da comunicação do cuidador é que gerará o consentimento do paciente, mais que isso, determinará a qualidade dessa aceitação e sua durabilidade. Quanto à qualidade: se o paciente responde bem aos cuidados propostos sem objeções e quanto à intensidade: se vai durar algumas horas, apenas durante o tratamento ou se vai modificar-lhe o comportamento ao ponto de aderir a novos hábitos.

Fazemos aqui uma identificação com a retórica: O argumento do cuidador é responsável por convencer ou persuadir o paciente. (Esse conceito será desenvolvido no tópico 8).

3.2.7 Tópico: **Negociação de distâncias e identidades**

Para Michel Meyer (1993, p. 26-27), “a retórica é o encontro dos homens e da linguagem na exposição das suas diferenças e das suas identidades.” A partir desse pressuposto, o autor conclui: “daí a definição geral que agora propomos: a retórica é a negociação da distância entre os homens a propósito de uma questão, de um problema” (MEYER 2007, p. 25). Este conceito retórico, fundado na noção de diferenças e identidades entre os participantes do diálogo, remete-nos à necessidade de uma negociação em busca de um ponto de equilíbrio, essencial para a obtenção da adesão às teses propostas. Em Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005), como já nos referimos, esse conceito está implícito no conhecimento e na adaptação do orador ao seu auditório e também na noção de acordos prévios. Novamente, com Michel Meyer (1993, p. 19), reforçamos a concepção de mútua e plena participação, em busca de identidades, baseada no reconhecimento “da contingência das opiniões, da livre expressão das crenças e das oposições entre os homens, que procuram sempre afirmar as suas diferenças ou, pelo contrário, superá-las para libertar um consenso.”

LA¹ – “**quando os valores entre emissor e o receptor são discrepantes**, pode-se dizer que se está diante de um desafio. Ambos, como seres humanos únicos, têm o direito de ter suas próprias crenças, mas deve **haver respeito mútuo**, cabendo ao profissional, como terapeuta, a responsabilidade de sua manutenção.” (STEFANELLI, p. 120)

LA² – “[...] o conjunto de habilidades de comunicação compreende: obter a perspectiva de outra pessoa; reconhecer a perspectiva do outro; apresentar suas próprias perspectivas, crenças e expectativas; **procurar objetivos comuns (identificando a situação que ambos estão tentando resolver e, então, negociando o alcance dos objetivos, estabelecer limites profissionais)**”. (CARVALHO; BACHION, p. 125-126)

LB¹ – “A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos”. (p. 14)

LB² – **“Dicas para ser convincente verbalmente**

1- **Seja específico** - quando transmitir um dado procure focalizar nome, data, local, Características fisiológicas.

2- **Revele alguns de seus aspectos negativos - ao abordar um ponto "nevrálgico", conflituoso**, diga também alguma dificuldade e problema que já enfrentou. **Evite começar um encontro pelo ponto mais conflituoso da conversa.**

3- **Ouçã com atenção e peça opinião** - durante uma conversa, você precisa dar espaço para que a outra pessoa também verbalize o que pensa e sente. Se você quer entender a pessoa ou solucionar um problema, ouça primeiro e espere para dar sua opinião.

4- **Não camufle opiniões** - cuidado com exemplos usando o termo você na terceira pessoa...

5- **Seja informal** - use palavras simples se você quer compreensão.

6- **Elogie com sinceridade e objetividade** - é um reforço positivo....

7- **Reflita sobre críticas recebidas** - evite ignorá-las, negá-las, dar desculpas, rebatê-las no olho a olho.”

“Tais dicas, pois, nos possibilitarão **entrar no mundo do cliente**, entrar realmente no mundo do outro, **com aceitação, cria um tipo de vínculo muito especial**”. (p. 34-35)

LB³ – “A comunicação é um processo imprescindível [...] **minimizando as diferenças e aproximando as pessoas** pela compreensão do porquê das variadas percepções”. (p. 114)

Os excertos acima nos remetem às questões que ressaltam as diferenças entre os cuidadores e seus pacientes, que, em certa medida, transformam-se em obstáculos à efetividade da comunicação nos contextos hospitalares. Mas, ao mesmo tempo, esses mesmos excertos trazem propostas e “dicas” de comportamentos comunicativos adequados, que levem ao respeito mútuo que aproxima e ao estabelecimento de vínculos saudáveis e objetivos comuns, diante de diferenças que possam suscitar a discordância.

A retórica, sem dúvida, desempenha o papel que influencia na aproximação entre os homens, ao promover o respeito pelas suas identidades e diferenças, no exercício da aceitação mútua, que pode vir a moldar crenças, opiniões e valores de determinados

auditórios em seu próprio favor. Também, nesse ponto teórico, podemos dizer que os conceitos didáticos de comunicação para cuidadores se encontram em plena consonância com a retórica. Observamos também que as dicas em LB¹ comportam várias análises retóricas, porém, nosso objetivo neste trabalho é a busca da identidade entre as duas teorias e não a classificação dos argumentos.

3.2.8 Tópico: **Persuadir e convencer**

A retórica pressupõe um contato entre o orador e o auditório. E como esse contato tem por finalidade, da parte do orador, agir sobre a vontade do auditório e pretender, de certo modo, convencê-lo por meio do discurso e até levá-lo à ação, então o objetivo primeiro, do orador quando argumenta, é provocar ou aumentar a adesão do auditório às teses que apresenta. Segundo Perelman (1987, p. 15), a retórica é a “antiga arte de persuadir e de convencer”, entretanto, assim como outros teóricos, ele faz distinção entre os dois termos. O teórico belga, distingue-os entre os raciocínios analíticos (racionais), no campo das verdades, e os raciocínios dialéticos (irracionais), pertencentes à esfera das vontades. Conforme Perelman e Olbrechts-Tyteca (2005, p.30), “persuadir é mais que convencer”, se pretendemos uma ação como resultado. Enquanto que convencer será mais do que persuadir se queremos apenas uma convicção racional. Assim, pensamos que o essencial é persuadir, pois sugere que o ouvinte reúne condições para agir de acordo com a nova convicção. Abreu (2005, p. 25), na esteira de Perelman, também faz sua distinção: “convencer é saber gerenciar informação, é falar à razão do outro, demonstrando, provando. [...] Persuadir é construir no terreno das emoções, é sensibilizar o outro para agir”. Embora haja, entre os autores, uma distinção entre os conceitos, fazê-la não é tarefa fácil na prática.

LA¹ – **“PERSUASÃO E MUDANÇAS – Esse processo refere-se aos efeitos da comunicação, ou seja, como as mensagens alteram as atitudes, ações e valores dos receptores.”** (STEFANELLI, p. 24)

LA² – “Com isso, o profissional estará apto a oferecer elementos ao paciente para que consiga **reestruturar suas ideias**, analisar suas crenças e seus valores, suas atitudes e seu

comportamento e engajar-se em um **processo de mudança** rumo a melhores condições de saúde e qualidade de vida.” (STEFANELLI, p. 35)

LA³ – “É por meio da comunicação com o paciente que o enfermeiro pode realmente **efetuar mudanças no comportamento deste**. O atendimento de quase todas as outras necessidades humanas básicas do paciente dependem, em várias circunstâncias, do processo de comunicação que ocorre entre ele e o enfermeiro”. (STEFANELLI, p. 45)

LA⁴ – “A comunicação tem várias funções, podemos citar a de investigação (busca de dados sobre o paciente); informação (envio de mensagens entre emissor e receptor ou vice e versa); **persuasão (levar o receptor a mudança de comportamento, sobre o qual não havia pensado antes)**”. (STEFANELLI, p. 55)

LB¹ – “Somente pela comunicação efetiva é que o profissional poderá **ajudar o paciente** a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a **encontrar novos padrões de comportamento**”. (p. 14)

LB² – “A comunicação [...] somente é eficaz quando torna o pensamento comum, produz uma resposta e apresenta capacidade de persuadir. Entenda-se a persuasão não como sinônimo de coerção ou mentira, mas como a indicação de alguns comportamentos, cujos resultados finais demonstram saldos socialmente positivos.” (p.40)

Percebemos a preocupação das autoras em incutir no cuidador a necessidade de conquistar algo a mais do que a simples aceitação do cliente ao tratamento, isso fica patente em diversos excertos, além dos destacados nesse tópico, por meio do incentivo à busca pela participação do sujeito em seu processo de cuidado. A leitura dos trechos nos envia, primeiro, ao conceito de *convencimento*, quando em LA² usa a expressão “**consiga reestruturar suas ideias**”, sugerindo algo inicialmente racional, e, em seguida, ao conceito de *persuasão*, quando propõe que a comunicação conduz a uma mudança no padrão de comportamento, o que se verifica em todos os excertos, especialmente em LA¹ e LB², onde as autoras definem persuasão, tal qual é concebida por alguns teóricos da

argumentação. Dessa maneira confirma-se, de forma incontestável, a imbricação da retórica dentro das propostas para o fazer comunicativo da enfermagem.

3.2.9 Tópico: *Ethos*

O conceito de *ethos* em Aristóteles (ARISTÓTELES, 1988, p. 98): “Persuade pelo caráter quando o discurso é proferido de tal maneira que deixa a impressão de o orador ser digno de fé”, define que a persuasão é dependente do caráter, ou melhor, da imagem que o orador constrói de si no ato do discurso. Uma pessoa que transmite a imagem de íntegra conquista mais credibilidade do auditório, e de forma mais rápida, deixando-o predisposto ao convencimento e à persuasão. Ressalte-se que não é o seu caráter real que importa, mas o que se constrói no momento em que se toma a palavra.

Como teoria, basta-nos Aristóteles, pelo caráter fundador e por ainda ser interpretado da mesma forma pela maioria dos teóricos da retórica. Vejamos como esse tópico pode ser observado nos excertos abaixo.

LA¹ – “**A pessoa que o enfermeiro é e as condições nas quais ele se encontra no momento** em que se comunica com o paciente **têm importância vital** no processo de comunicação. [...], pois **tudo que ele é**, diz ou faz, ou seja, **seu comportamento comunica alguma coisa** e pode afetar o comportamento do paciente.” (STEFANELLI, p. 37)

LA² – “A enfermeira tem que ter consciência de tudo o que está acontecendo, **para que o paciente a veja como uma pessoa que ele possa confiar**, podendo se abrir e contar tudo o que esta acontecendo com ele naquelas circunstâncias, **sabendo que ela é uma pessoa como ele.**” (STEFANELLI, p. 173)

LB¹ – “Já ficou comprovado que doentes reclamam entre si e **reprovam o profissional que “não é franco”**.” (p. 14)

LB² – “**A percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme nossa percepção.**” (p. 22)

LB³ – “As mensagens são informações ou emoções que queremos passar, as quais **não são necessariamente decodificadas na forma como planejamos**. Sempre envolve um querer, uma emoção e **aquilo que valorizamos no momento**.” (p. 26)

LB⁴ – “É necessário estar atento para não negar um sentimento que o **outro tenha percebido em você**, sem parar para apensar **o que poderá ter levado o outro a perceber as coisas daquela maneira**. Entender os indicadores de uma situação é importante para saber o que levou àquela opinião” (p. 36)

Nesses excertos, as autoras alertam para alguns fatores que interferem no ato interativo, a saber: as condições em que o profissional possa se encontrar no momento da interação, a imagem de pessoa de confiança e empatia que precisa passar ao cuidando, e, que a sua imagem é conforme a percepção do paciente, da forma como ele “filtra”, “decodifica”, e julga. Segundo as autoras, é pelas críticas e reprovação dos pacientes que o cuidador percebe que sua imagem não corresponde à desejada. Vale dizer que a preocupação das professoras com a postura dos profissionais é a mesma de Aristóteles para com os oradores ao chamar a atenção para a figura do orador e a imagem que associa à relação no ato discursivo. A essa postura do cuidador/orador cabe o papel de definir os modos de interação e a imagem, que vai influenciar, de uma forma ou de outra, a resposta do paciente/auditório.

3.2.10 Tópico: *Pathos*

Se no tópico anterior Aristóteles centra a persuasão na pessoa do orador, aqui ele a centra no auditório, ao afirmar: “persuade-se pela disposição dos ouvintes quando estes são levados a sentir emoção por meio do discurso, pois os juízos que emitimos variam conforme sentimos tristeza ou alegria, amor ou ódio” (ARISTÓTELES, 1988, p. 98). Por outro lado, o retor também precisa ter domínio de si mesmo a fim de não sentir paixões que não estejam condizentes com o discurso por ele proferido. Aristóteles propõe que elas sejam racionalmente identificadas e orientadas pelo orador e que os sentimentos do auditório sejam colocados em sintonia com as ideias que ele defende. (1998, III, p.183),

Mais uma vez somente citaremos, pelos mesmos motivos, apenas o mestre estagirita.

LA¹ – “**Emoções e sentimentos interferem na percepção** dos sinais que o outro emite. Quando **tristes**, ficamos mais voltados para nós mesmos, e, portanto, percebemos menos o outro. No entanto, ao estarmos felizes e **bem-humorados**, estamos mais receptivos às mensagens do outro. Em situações de **medo e ansiedade**, ficamos atentos a todos os sinais que ocorrem a nosso redor. Todavia o **medo e a ansiedade** levam-nos a interpretar os sinais de forma inadequada. O profissional de saúde percebe, em sua rotina, a importância desse conhecimento como instrumento de avaliação da adesão ou não do paciente ao tratamento” (STEFANELLI, p. 59).

LA² – “A percepção de um fenômeno só é possível a **partir da leitura da carga racional e emocional** que carrega. Determinados fenômenos não possuem sua origem no físico ou fisiológico. Há situações em que a **emoção é o fator determinante** em uma patologia” (STEFANELLI, p. 61).

LA³ – “**Empatia**, confiança e respeito mútuo são elementos-chave do processo comunicativo” (STEFANELLI, p. 70).

LA⁴ – “O enfermeiro pode usar a comunicação para conseguir estabelecer relacionamento efetivo com o paciente, a fim de oferecer-lhe apoio, conforto e informação, e **despertar seu sentimento de confiança e auto-estima**” (STEFANELLI, p. 76).

LA⁵ – “o conjunto de habilidades de comunicação compreende: **obter a perspectiva de outra pessoa (identificando o sistema de crenças, emoções e expectativas)**” (CARVALHO; BACHION, p. 125).

LB¹ – “Por sermos humanos, **não deixamos de sentir**, de ficar preocupados com o que é aceito ou esperado culturalmente, socialmente, quando estamos doentes; portanto como profissionais, não podemos considerar **apenas o “fisiológico”** do paciente, pois seu **comportamento está diretamente relacionado ao que ele sente e pensa**” (p. 15).

LB² – “A própria recuperação do paciente **não depende exclusivamente** de fatores bioquímicos, mas sim de **quanto ele se sente aceito ou rejeitado, à vontade ou constrangido enquanto está no hospital.**” (p. 15)

LB³ – “Todas as reações físicas obedecem ao comando mental e o **que leva uma pessoa a agir, em primeira instância, é sempre a emoção.**” (p. 15-16)

LB⁴ – “O paciente hospitalar, por sua vez, age basicamente **como uma pessoa assustada**, pois está em um ambiente desconhecido e, **em sua imaginação**, tudo pode acontecer. **O instinto natural** de autodefesa e autopreservação fala mais alto, e ele passa a prestar atenção redobrada ao que acontece à sua volta”. (p.16)

LB⁵ – “As mensagens são **informações ou emoções** que queremos passar, as quais não são necessariamente decodificadas na forma como planejamos. Sempre **envolve um querer, uma emoção e** aquilo que valorizamos no momento” (p. 26).

Nesse tópico, o que fica explícito nos ensinamentos é a necessidade do enfermeiro de perceber quais sentimentos e emoções estão presentes no outro no ato do cuidado e moldar seu comportamento “a partir da leitura da carga racional e emocional” do paciente. Ao despertar no paciente o sentimento de confiança, o cuidador o leva a superar o medo, comum aos que se internam, gerando, assim, uma melhora na autoestima. De acordo com as autoras, saber o estado psicológico em que se encontra o paciente no momento do diálogo é essencial para a boa aceitação da mensagem, que depende sempre do querer do outro. Certamente é a mesma orientação dada pela retórica ao retor que pretender sucesso junto ao seu auditório. O enfermeiro, tal qual o orador, deve adaptar-se às disposições do paciente, quaisquer que sejam, se quer mudar nele uma disposição contrária ao tratamento proposto.

3.2.11 Tópico: *Logos*

Sobre o *logos*, último dos meios de persuasão que apresentamos, diz Aristóteles (1988, p. 99), “persuadimos, enfim, pelo discurso, quando mostramos a verdade ou o que parece verdade, a partir do que é persuasivo em cada caso particular.” Aqui a persuasão está, pois, ligada à dimensão da linguagem e à importância do próprio discurso, do seu rigor e coerência. Assim, é pelos argumentos do discurso (*logos*) proferido pelo orador (*ethos*) que se tenta a adesão dos ouvintes (*pathos*). A formulação do discurso é parte

essencial na adesão do auditório, pois que é nessa etapa que se consideram os argumentos e a forma como serão apresentados, lembrando que estes deverão estar de acordo com o que se presume serem os ouvintes.

Como nos outros dois meios de persuasão já discutidos, valemo-nos aqui das proposições encontradas na obra de Aristóteles.

LA¹ – “No intercâmbio de mensagens que se processa, o enfermeiro tem de conhecer o repertório do paciente, sua bagagem cultural e de vida, ou seja, entre outros elementos, seu vocabulário, seu linguajar, sua escolaridade, sua origem e suas expectativas, para que o significado das ideias veiculadas no processo de comunicação possa tornar-se comum” (STEFANELLI, p.35).

LA² – “A comunicação entre enfermeiro e paciente tem eficiência quando as mensagens enviadas possuem clareza, simplicidade [...]. Eficiência inclui também ausência de termos técnicos, de jargões profissionais e de linguagem rebuscada e ambígua” (STEFANELLI, p.73).

LB¹ – “É considerada comunicação adequada aquela apropriada a uma determinada situação, pessoa, tempo e que atinge um objetivo definido. Envolve uma preparação especial, levando em conta a mensagem a ser transmitida, o emissor o receptor e a técnica de comunicação necessária” (p. 28).

LB² – “Uso de linguagem inacessível – especialmente o uso de jargões e termos técnicos, só são compreensíveis para determinado grupo. Para haver efetiva troca de mensagens, é preciso que as palavras usadas tenham um significado comum e conheçamos o repertório do outro, seu grau de escolaridade, vocabulário, expectativas, valores e crenças” (p.39).

LB³ – “A escrita geralmente representa um pensamento mais elaborado, pois podemos filtrar a emoção e a espontaneidade. Entretanto é bom lembrar que a comunicação escrita também transmite emoções, tanto pela pontuação quanto por meio das próprias palavras” (p. 40).

LB⁴ – “A linguagem deve ser adequada ao contexto: [...] Simplicidade e clareza na linguagem facilitam a transmissão da mensagem” (p. 42).

Em *ethos* (tópico 9), o cuidador tem que voltar sua atenção para a imagem que constrói enquanto dialoga com o paciente. Em *pathos* (tópico 10), essa atenção se volta ao estado emocional do outro, com vistas a utilizá-lo no diálogo em favor da aceitação. Neste tópico a atenção se atém ao próprio discurso, à elaboração da mensagem, ao *logos*, que vai ser utilizada por esse *ethos* para alcançar o *pathos*. Nos pressupostos didáticos, toda preocupação passada com a forma como o enfermeiro vai elaborar sua fala diante do paciente diz respeito ao *logos*. Temos então mais um caso de retoricidade na didática da comunicação terapêutica.

3.2.12 Tópico: Saber ouvir

Para que alguém seja convencido e persuadido, é preciso reconhecer nesse alguém indicadores capazes de viabilizar a construção de acordos. Para tanto, não há meio mais eficaz do que a análise do que ouvimos do outro. “Não esqueçamos que ouvir alguém é mostrar-se disposto a aceitar-lhe eventualmente o ponto de vista.” (PERELMAN & OLBRECHTS-TYTECA, 2005, p. 19). Mesmo porque o orador precisa, como já vimos, adaptar-se continuamente ao seu auditório e para isso precisa avaliar sua *performance* em tempo real e nada melhor do que o dizer do outro para trazer as impressões, isto é, o *feedback* que necessita para adequar seu discurso e provocar a adesão desejada. De acordo Abreu (2005, p. 39),

As palavras são escolhidas inconscientemente. É preciso prestar atenção a elas. É preciso prestar atenção também ao som da voz do outro! É por meio da voz que expressamos alegria, desespero, tristeza, medo ou raiva. Às vezes, a maneira como uma pessoa usa sua voz nos dá muito mais informações sobre ela do que o sentido lógico daquilo que diz. [...] Ouvir com empatia quer dizer, pois, ouvir dentro do sentimento do outro. [...] Argumentar é também saber persuadir, preocupar-se em ver o outro por inteiro, ouvi-lo, entender suas necessidades, sensibilizar-se com seus sonhos e emoções.

LA¹ – “O ouvir reflexivamente é um processo ativo que requer concentração de atenção e de energia para sua utilização. [...] Essa atitude para com o paciente corresponde a **tentar ler e compreender o que existe “nas entrelinhas”**, como se faz na leitura de algum texto.

[...] Há três perguntas básicas que o enfermeiro deve ter em mente quando ouve o paciente: “O que ele disse”; “O que significa o que ele disse” e “o que não está sendo dito.” (STEFANELLI, p. 84)

LA² – “No relacionamento enfermeiro-paciente, o **“ouvir reflexivamente”** é uma habilidade a ser desenvolvida pelo enfermeiro e pelo paciente. O ‘ouvir reflexivamente’ **demonstra um esforço voluntário para compreender a mensagem do outro**, e o sucesso do relacionamento entre enfermeiro e paciente depende, em grande parte, dessa habilidade. É principalmente por esse **meio** que o enfermeiro pode **conhecer a experiência do paciente** e identificar seus sentimentos, problemas e necessidades com mais segurança.” (STEFANELLI, p. 85)

LA³ – “esquece que o outro **pode também estar querendo falar alguma coisa sobre si mesmo**, relatar algum problema que está gerando ansiedade intensa ou comentar sobre o próprio atendimento que está recebendo.” (STEFANELLI, p. 95)

LA⁴ – “O enfermeiro deve sempre ter em mente que precisa **dar oportunidade ao paciente de falar por iniciativa própria** sobre algo de sua vida, seja sobre sua saúde ou doença, seja sobre outro tema que ele tenha necessidade, **dando-lhe direito de falar sobre outros aspectos que ele considera importantes** e que podem estar afetando seu tratamento ou sua recuperação.” (STEFANELLI, p. 95)

LB¹ – “Tentar **ouvir o que o outro tem a dizer**, a maioria tende a falar de mais a ouvir de menos. É bom lembrar, que para conseguir ouvir os outros, precisamos aprender a controlar nossos sentimentos e preconceitos. [...] e **dar indicações de estar prestando atenção ao que o outro diz.**” (p. 32)

LB² – “**Ouçã com atenção e peça opinião** - durante uma conversa, você precisa **dar espaço para que a outra pessoa também verbalize** o que pensa e sente. Se você quer entender a pessoa ou solucionar um problema, **ouça primeiro e espere para dar sua opinião.**” (p. 34)

Na leitura dos excertos, de forma mais atenta nas partes por nós destacadas em negrito, vê-se que o que se busca na interação com o paciente é conhecê-lo o mais possível, para, a partir daí, estabelecer toda estratégia de cuidados. Além disso, conforme as autoras deixam claro, tudo isso deve ser conseguido por meio da comunicação interpessoal e terapêutica. Assim sendo, não resta dúvida de que ouvir o paciente é primordial, é uma etapa indispensável para se conseguir o conhecimento prévio do indivíduo a ser assistido e sua aceitação às suas condições atuais e ao modelo de tratamento proposto. Isto posto, podemos dizer que a autora, ao sugerir aos futuros cuidadores adotar a atitude de “ouvir reflexivamente” o paciente, os conduzirá, assim como descreve a ciência retórica, a uma aproximação com o paciente, aumentando a identidade e o conhecimento prévio. Assim procedendo, esse cuidador poderá adaptando-se ao seu paciente, estabelecer acordos e provocar nela a adesão total ao tratamento. Todos esses preceitos, que são sumamente retóricos, estão contidos nos excertos acima.

3.2.13 Tópico: Manipulação: o mau uso da retórica

A concepção de retórica apresentada nos tópicos anteriores refere-se ao bom uso da retórica, que consiste basicamente na liberdade da adesão, que permite ao auditório decidir por ele mesmo de um modo consciente e crítico, portanto, fruto de uma negociação, a serviço da ética e do bem, variável e sempre passível de revisão. Porém, desde os tempos de Platão e Aristóteles, os usos da retórica são objeto de debate, como descrito no capítulo teórico deste trabalho. Sendo assim, no presente tópico evidenciaremos as proposições permeadas da noção do mau uso da retórica, ou manipulação, que consiste no uso indevido da argumentação com o intuito de levar os interlocutores a aderir acrítica e involuntariamente às propostas do orador. Essa visão teve início com o próprio Aristóteles que, em coro com Platão, criticou o uso da retórica pelos sofistas, acusando-os de apenas usar truques para conseguirem convencer o auditório a qualquer preço. E, na modernidade retórica, esse conceito é mais bem desenvolvido por Michel Meyer, quando retoma a temática aristotélica dos usos da retórica. Para Meyer (1993, p. 46):

A colocação da interrogatividade em evidência permite compreender uma oposição entre dois usos da retórica: aquele que visa manipular os espíritos e aquele que, pelo contrário, torna públicos os procedimentos da primeira, e de uma maneira mais geral todos os mecanismos da inferência não lógica.

Dessa forma a manipulação retórica consistirá, basicamente, em concentrar seus esforços no desenvolvimento de técnicas adequadas à sua imposição com o fim de fazer tomar por concludente e razoável o que ainda permanece problemático. Apela a uma adesão estritamente emocional, em que é patente a intenção de confundir o auditório, tirando-lhe toda liberdade de escolha

Intrínseca à concepção dos usos da retórica, sobrevém a noção de lógica do predador e lógica do sedutor que, para o Meyer (1993, p. 98), nascem do jogo da identidade e da diferença. A lógica do sedutor trabalha no campo do ilusório, parece resolver a diferença. No outro caso, a lógica do predador, em que o convencer é vencer, mantém a diferença e os argumentos encerram o outro em um colete de forças.

Finalmente, para Abreu (2005, p. 40), a condição mais importante da argumentação é “agir de forma ética. Isso quer dizer que devemos argumentar com o outro, de forma honesta e transparente. Caso contrário, argumentação fica sendo sinônimo de manipulação”.

LA¹ – “De vez em quando o **enfermeiro precisa deixar de lado o “poder divino”** que se atribui ao julgar que tudo sabe a respeito do paciente: o que é melhor para ele, quais são suas necessidades, como ele gosta de ser cuidado, o que ele precisa falar ou de que informações e orientações necessita [...]. Chega ao paciente e lhe diz o que acha necessário e esquece que o outro pode também estar querendo falar alguma coisa sobre si mesmo, relatar algum problema que está gerando ansiedade intensa ou comentar sobre o próprio atendimento que está recebendo.” (STEFANELLI, p. 94-95)

LA² – “**O não saber ouvir** é um tipo de comunicação não terapêutica dos mais observados [...]. A aquisição da competência interpessoal é o caminho a ser seguido para tornar efetiva a comunicação entre o enfermeiro e o paciente.” (STEFANELLI, p. 112)

LA³ – “**Nada deixa o paciente mais irritado, quando em estado de ansiedade intensa,** do que ouvir do enfermeiro algumas “frases feitas” ou estereotipadas na tentativa de tranquilizá-lo [...]. Ao usar essas frases, o enfermeiro estará oferecendo falsa tranquilização, **transmitindo a quem o ouve ausência de sentimento empático,** que traduz **falta de sensibilidade e consideração pelos sentimentos do paciente** e, ainda, que

não o respeita como ser humano único [...], tal comportamento inibe a expressão do que o paciente está sentindo.” (STEFANELLI, p. 113-114)

LA⁴ – “Demonstrar aprovação ou reprovação do comportamento do paciente emitindo julgamento da situação, dizer-lhe o que é bom ou o que é ruim, o que está certo ou errado **retira do paciente a oportunidade de tomar as próprias decisões**, com base em suas crenças e seus valores na relação que estabelece com o enfermeiro e outros profissionais.” (STEFANELLI, p. 114)

LA⁵ – “**Ao emitir julgamento**, bom, ruim certo ou errado, o enfermeiro diz ao paciente como agir e esse poderá **passar a comportar-se segundo a aprovação do enfermeiro**. O ideal é que o paciente chegue aos poucos a suas conclusões com o apoio do profissional.” (STEFANELLI, p. 115)

LA⁶ – “**A indução de respostas** é outro aspecto que merece atenção no estudo da comunicação não terapêutica. Há determinadas perguntas que o enfermeiro faz ao paciente que praticamente contém a resposta que quer ouvir [...]. **O paciente fica praticamente sem alternativa** para dar outra resposta que não a contida na pergunta. É o tipo de **comunicação que não estimula nem propicia a expressão verbal dos sentimentos ou pensamentos do outro**.” (STEFANELLI, p. 115)

LA⁷ – “Quando o paciente diz algo que possa não ser verdadeiro, se o enfermeiro **não conhecer formas adequadas** de se comunicar, correrá o risco de pôr o paciente à prova, ou seja, **contestá-lo com conotação de reprovação** [...]. O enfermeiro pode aproveitar para ajudar o paciente a expressar suas ideias.” (STEFANELLI, p. 116)

LA⁸ – “**A comunicação unidirecional** ocorre quando só o enfermeiro fala. Cria-se assim um monólogo, uma vez que **não é dada oportunidade ao paciente de se manifestar** [...]. O paciente **passa a ser passivo, não tendo oportunidade de esclarecer suas dúvidas** e as ações da assistência continuam sendo adotadas a partir do referencial dos profissionais apenas.” (STEFANELLI, p. 117-118)

LB¹ – “Apaixonar-se pela ideia de compreender as pessoas pode **eliminar o preconceito** de que os pacientes nada sabem sobre as questões de saúde.” (p. 17)

LB² – “Existem algumas formas verbais utilizadas com muita frequência dentro das instituições que necessitam de atenção para se obter um resultado positivo. Talvez elas **devessem ser evitadas** [...] **Formas ambíguas de comunicação verbal: 1-A ordem** – se você precisar dar uma ordem, ressalte a crença na capacidade de a outra pessoa fazer o que lhe está sendo solicitado; **2-A Ameaça** – se indicamos uma condição para se cumprir alguma coisa; **3-A lição de moral** - quando estiver no meio de uma situação problemática, **não interessa ao outro o que você poderia ter feito**, porque é ele quem está vivenciando o problema; **4-A sugestão** – ao dar uma sugestão, é preciso saber se a pessoa está querendo ouvi-la [...]. Em vez de criar mais um problema para ela, que precisará descobrir uma solução diferente da sua para não **se sentir inferiorizada**, a alternativa é ajudá-la na elaboração de um raciocínio; **5-A negação da percepção** – é necessário estar atento para **não se negar um sentimento** que o outro tenha percebido em você; **6-O falso apoio** – expressões como “Isso passa”, “Logo melhora”, “Todo o mundo fica assim!...” podem transmitir a sensação de **desvalorização** da intensidade do que o outro está sentindo; **7-A fuga do problema** – é semelhante ao “falso apoio”, só que, em vez de usar um chavão, muda-se de assunto. [...] Posso ser educada e pedir desculpas por estar mudando de assunto, e retomá-lo depois. No entanto, a primeira leitura que o outro faz, se simplesmente mudarmos de assunto, é de **fuga**. **8-A crítica** –Muitas vezes, uma opinião um pouco diferente da nossa já soa como crítica. Para que haja mudanças, é necessário cuidado nos argumentos para não generalizá-los (“Você sempre faz assim...”), senão poderemos **perder a razão** em relação à crítica feita, uma vez que **rebaixar a autoimagem do outro dificulta seu processo de mudança** e de crescimento; **9-Elogio x manipulação** – é preciso saber se nosso elogio soa como manipulação para a outra pessoa. **Manipulação** é o processo pelo qual um indivíduo influencia outro a agir conforme seus desejos, preocupado unicamente com a sua própria satisfação; **10-As perguntas** – quando fazemos perguntas, temos de esperar para ouvir a resposta. Pode parecer óbvio, mas preste atenção quantas vezes perguntamos e interrompemos a resposta do outro, porque achamos que já entendemos todo o raciocínio. Agindo assim, estaremos **inibindo a expressão** da pessoa e **perdendo a oportunidade de ouvir coisas novas** que “achamos” que já sabemos. [...] Caso queiramos realmente saber a opinião do outro, é necessário dar liberdade de expressão; **11-Não saber**

ouvir – ir “concluindo” o raciocínio do interlocutor antes mesmo de ele terminar a frase;
12-Uso de linguagem inacessível – especialmente o uso de jargões e termos técnicos, só compreensíveis para determinado grupo.” (p. 35-39).

Os problemas decorrentes da interação comunicativa entre cuidador e paciente, já referidos nesse trabalho, certamente têm suas origens creditadas a fatores como os expostos nos fragmentos das duas obras. Para as autoras, muitas são as causas que podem levar o enfermeiro a não prestar um atendimento de qualidade. Ressaltam, entretanto, a condição humana do cuidador (que está sujeito ao estresse, provocado pela “correria” do cotidiano) e a falta de uma formação em comunicação, adequada ao processo de interação com os pacientes, como fatores principais para o aparecimento de erros no cuidado, superando a falta de conhecimento técnico. Mesmo não havendo má fé, existe a comunicação que provoca a rejeição ou a dificuldade de aceitação da terapia pelo paciente. É nessa inadequação da comunicação no momento interativo que queremos situar o conceito de mau uso da retórica, neste caso, aquele que não vai resultar numa adesão ou vai consegui-la de forma arbitrária, o que não é concebível dentro de um processo argumentativo, mormente na relação paciente-cuidador dentro de uma instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da comunicação na enfermagem compreende, além da busca de resultados necessários para o restabelecimento da saúde do indivíduo por meio de seu exercício técnico e ético, a harmonização entre os diversos fazeres do enfermeiro dentro das instituições hospitalares. A comunicação o acompanha sempre nas mais distintas posições, visões e perspectivas, bem como nos momentos em que precisa explicitar os seus interesses e valores. Assim, percebemos a retórica como uma grande aliada da ciência do profissional da enfermagem, o que pôde ser corroborado durante todo o cotejo das obras sobre as quais nos debruçamos em análise com os conceitos pertencentes às teses retóricas.

As instruções comunicativas, comuns nos dois livros tomados como *corpus*, desponha como uma maneira de amenizar a distância entre os profissionais da saúde e a comunidade assistida por meio de ações interativas, ao redescobrir a relevância da comunicação como meio de compreensão mútua e aprendizagem contínua. Essa perspectiva insere a argumentatividade na comunicação durante o cuidado ao envolver necessariamente condições fundamentais para sua integralização: a observância das técnicas terapêuticas e o respeito aos indivíduos, mediados pelo diálogo, poderíamos dizer, argumentos.

O resultado da ação discursiva do cuidador, por meio desse diálogo, há de ser eficaz, no sentido de intensificar a adesão, de modo a provocar um comportamento que seja considerado o que efetivamente possa contribuir para o atendimento das demandas dos pacientes e das exigências ético-legais da atividade, sobretudo em um contexto de internação, em que é imperativo o reconhecimento do indivíduo como ser humano dotado de vontade própria e a demarcação de limites necessários ao estabelecimento de condutas adequadas.

Dessa forma, a comunicação como proposta terapêutica redefine o encontro do profissional de saúde com o seu “auditório” como uma relação interpessoal em que se encontram por intermédio da linguagem para dar conta de suas diferenças e do que os aproxima. Essa postura, se adotada, leva o paciente a compartilhar os espaços na

comunicação, que fortalecerão o diálogo nas relações cuidador-paciente, diminuindo sua vulnerabilidade, e conquistando maior liberdade e autonomia nas etapas da assistência.

O realinhamento da interação comunicativa proposto pelas autoras pode ser então associado à teoria retórica, sobretudo quanto ao aspecto argumentativo. A comunicação ganhando *status* de terapêutica, deixa de ser mera técnica verbal para se apresentar também sob a forma de estratégia do convencimento e persuasão, implicando esquemas argumentativos como instrumentos indispensáveis à aplicação do cuidado. Dessa forma, torna-se possível, ao profissional cuidador, com essa habilidade, exercer a enfermagem de acordo com os ideais da sociedade, presentes nas manifestações de cada paciente. Assim sendo, o “enfermeiro/orador” pode convencer o “paciente/auditório” de que cuida com equidade e, ao final, persuadi-lo à adoção de novos hábitos, atingindo o objetivo de estabelecer uma adesão de qualidade e intensidade duradoura.

Porém, a argumentação é sempre relativa ao que é contextual e aos interesses do auditório, o convencimento e a persuasão dependem, entretanto, do tipo de auditório presumido pelo orador. É isso que encontramos nas obras analisadas e é sobre isso que as autoras discorrem na maior parte de suas outras obras e trabalhos acadêmicos, e que procuram incutir em seus leitores. São enfáticas na necessidade de obtenção de informações, também sobre o indivíduo paciente, além dos conhecimentos sobre a enfermidade que o aflige e do domínio das técnicas protocolares.

Dessa forma, com um olhar retórico, depreendemos dos textos didáticos propostos que, mesmo de posse de mais conhecimento do seu cliente, o cuidador precisa saber que a aceitação do paciente, por representar livre adesão, é suscetível a graus de intensidade. E é, no próprio jogo argumentativo a ser empreendido, que, ora usando elementos da sua criatividade, ora incluindo argumentos baseados na racionalidade dos dados diagnósticos, constrói retoricamente a sua verdade e aprende o caminho do convencimento e da persuasão de cada paciente, conforme cada caso. Exatamente como a teoria Aristotélica quer que seja: descobrindo teoricamente o que é capaz de persuadir em cada caso.

Amparados pela teoria da argumentação, dizemos que, mesmo de posse de recursos tecnológicos para diagnósticos avançados e de todo empenho comunicativo do cuidador, a adesão a esta verdade não é inconteste, não se dá apenas por convicção diante das evidências. Não obstante, é sempre variável, envolve diferentes graus de adesão e pode não ser permanente.

Dessa maneira, esperamos que este trabalho sirva de caminho e estímulo para a continuidade de nossos questionamentos acadêmicos e também para o aparecimento de um maior número de estudos críticos sobre a temática da argumentação retórica associada à outras formas do fazer comunicativo, visando uma melhor compreensão dos processos estabelecidos entre indivíduos e/ou entre grupos. Existe uma carência de pesquisas que se concentram na análise retórica de discursos de muitas outras áreas, dado que na maioria das vezes os estudos existentes versam sobre a retoricidade de discursos políticos, religiosos ou jurídicos.

A percepção da simbiose entre comunicação terapêutica e o uso de técnicas retóricas é tão nítida nas proposições didáticas, que, após a análise efetuada, não conseguimos mais falar das duas de forma dissociada. Então, pensamos que a ideia que mais exprime a verdade dessa imbricação conceitual, sem a pretensão de gerar neologismo, é a de *argumentação terapêutica*: uma prática terapêutica do convencimento e da persuasão de pacientes nos contextos de tratamento em ambiente hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Antônio Suárez. **A arte de argumentar: gerenciando razão e emoção**. 8. ed. São Paulo: Ateliê Editorial, 2005.

AMOSSY, Ruth (org.). **Imagens de si no discurso: a construção do ethos**. Tradução Dílson Ferreira da Cruz; Fabiana Komesu; Sírio Possenti. São Paulo: Contexto, 2005.

ARISTÓTELES. **Retórica**. Trad. Manuel Alexandre Júnior, Paulo Farmhouse Alberto e Abel do Nascimento Pena. Lisboa: Imprensa Nacional / Casa da Moeda, 1988.

ARISTÓTELES. **Retórica**. Lisboa: Imprensa Nacional / Casa da Moeda, 1998.

ARISTÓTELES. **Arte retórica e arte poética**. 16. ed. Rio de Janeiro: Ediouro, s/d.

ATKINSON, Leslie D.; MURRAY, Mary Ellen. **Fundamentos de Enfermagem: introdução ao processo de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

BARILLI, Renato. **Retórica**. Editorial Presença: Lisboa, 1987.

BRAGA, Eliana Mara. **Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na Enfermagem**. São Paulo: E. M. Braga; 2004.

CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. **Instrumentos básicos para o cuidar : um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu; 2003.

MANOEL Jr., Alexandre. **Obras completas de Aristóteles**. Lisboa: Imprensa Nacional / Casa da Moeda. 2005.

MARCOLINO, J. S.; FELIPES, L.; SILVA, D. M.; HIGARASHI, I. A importância da comunicação na passagem de plantão e sua interferência no processo de trabalho da equipe de enfermagem. In: SEMANA DE ARTES DA UEM, 7., 2004, Maringá. **Anais...** Maringá: UEM, 2004, p. 777-781.

MEYER, Bernard. **A arte de argumentar: com exercícios corrigidos**. Tradução Ivone C. Benedetti – São Paulo: WMF Martins Fontes, 2008.

MEYER, Michel. **Questões de retórica: linguagem, razão e sedução**. Lisboa: Edições 70, 1993.

MEYER, Michel. Prefácio. In: PERELMAN, Chaim & OLBRECHTS-TYTECA, Lucie. **Tratado da Argumentação: a nova retórica**. São Paulo, Martins Fontes, 2005. p. XIX-XXI.

MEYER, Michel. **A retórica**. Tradução de Marly N. Peres. São Paulo: Ática, 2007.

NIGHTINGALE, Florence. **Notas sobre a enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez; 1989.

OLIVEIRA, Beatriz Guitton Renaud Baptista de. **Construção da identidade profissional da enfermeira**: a passagem pelos espelhos. (Tese de Doutorado). Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2000.

ORIÁ, Monica Oliveira Batista; MORAES, Leila Memória Paiva Moraes; VICTOR, Janaína Fonseca. A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [online] 2004. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_2/comunica.html>. Acesso em: 11 mar. 2012.

PEPLAU, Hildegard Elizabeth. **Interpersonal relations in nursing**: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. New York: G. P. Putnam & Son, 1952.

PEREIRA, Maria das Graças Alves; AZEVEDO, Eliane. A relação médico-paciente em Rio Branco/AC: sob a ótica dos pacientes. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 153-157, jun. 2005.

PERELMAN, Chaïm. Argumentação. In: **Enciclopédia Einaudi**. v. 11. Lisboa: Imprensa nacional – Casa da moeda, 1987.

PERELMAN, Chaïm. **O império retórico**. Porto: Asa, 1993.

PERELMAN, Chaïm. **Retóricas**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

PERELMAN, Chaïm e OLBRECHTS-TYTECA, Lucie. **Tratado da argumentação**: a nova retórica. Tradução de Maria Ermantina Galvão G. PEREIRA. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

PLATÃO. **Górgias**. Tradução de Manuel de Oliveira Pulquério. Lisboa: Edições 70, 1997.

SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 8 ed. São Paulo: Loyola, 2011.

SOUSA, Américo. **A persuasão**. Covilhã: Editora da Universidade da Beira Interior, 2001.

STEFANELLI, Maguida Costa; CARVALHO, Emília Campos de (Orgs.). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**. Barueri: Manole, 2005.

STEFANELLI, Maguida Costa. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino. 2 ed. São Paulo: Robe, 1993.