

RETÓRICA E COMUNICAÇÃO CLÍNICA: UM EXAME INTRODUTÓRIO SOBRE A LINGUAGEM COMO PRÁXIS ÉTICA DO CUIDADO EM SAÚDE

RHETORIC AND CLINICAL COMMUNICATION: AN INTRODUCTORY EXAMINATION OF LANGUAGE AS AN ETHICAL PRAXIS OF HEALTH CARE

RETÓRICA Y COMUNICACIÓN CLÍNICA: UN EXAMEN INTRODUCTORIO DEL LENGUAJE COMO PRAXIS ÉTICA EN EL CUIDADO DE LA SALUD

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-168>

Data de submissão: 14/10/2025

Data de publicação: 14/11/2025

João Adalberto Campato Junior

Doutor em Literaturas em Língua Portuguesa

Instituição: Universidade Brasil

E-mail: campatojr@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9026-5007>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8881219894595704>

Roger Fernandes Campato

Doutor em Filosofia

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

E-mail: roger.campato@mackenzie.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8859-4031>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7053804306415312>

Paulo Fraga da Silva

Doutor em Educação

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

E-mail: paulofragadasilva@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-1446-6824>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5107989573840442>

Rosana Maria Pires Barbato Schwartz

Doutora em História

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

E-mail: rosanamaria.schwartz@mackenzie.br

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-3690-4119>

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8177502122038987>

RESUMO

O artigo examina a comunicação clínica à luz da retórica, entendendo a linguagem não como mero código ou representação, mas como ação e interação que produz efeitos no outro. Critica-se o modelo linear (emissor→receptor) e se enfatiza a dimensão dialógica situada do encontro clínico, no qual *ethos*, *pathos* e *logos* orientam estratégias para adesão terapêutica, manejo de expectativas e construção de confiança. A retórica (invenção, disposição, elocução e ação) oferece técnicas argumentativas — inclusive a tópica — úteis para contextos delicados. Em diálogo com a Bioética Clínica, o texto vincula comunicação a princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, destacando a

comunicação de más notícias como desafio ético e relacional: revisita-se o SPIKES articulando escuta ativa, manejo de emoções e planejamento compartilhado. Discutem-se ainda obstáculos como tecnicismo e preconceito linguístico, que podem afastar pacientes e reduzir a eficácia do cuidado. Propõe-se inserir a comunicação clínica como competência formativa nos currículos da saúde, favorecendo práticas humanizadas, simétricas e culturalmente sensíveis, nas quais o paciente se torna coautor do processo terapêutico. Conclui-se que integrar retórica e bioética potencializa uma comunicação persuasiva eticamente orientada, capaz de respeitar a dignidade, sustentar a esperança e qualificar decisões em cenários de incerteza.

Palavras-chave: Comunicação Clínica. Retórica. Bioética Clínica. Persuasão. Comunicação de Más Notícias.

ABSTRACT

This article analyzes clinical communication through the lens of rhetoric, viewing language not as a mere code or representation but as action and interaction that generates effects on the interlocutor. It critiques the linear model (sender→receiver) and foregrounds the dialogical, situated nature of clinical encounters, where *ethos*, *pathos*, and *logos* guide strategies for therapeutic adherence, expectation management, and trust-building. Classical rhetoric (invention, arrangement, style, delivery) provides argumentative techniques — including topics — suitable for sensitive contexts. In dialogue with Clinical Bioethics, communication is linked to autonomy, beneficence, non-maleficence, and justice, with breaking bad news framed as an ethical and relational challenge: the SPIKES protocol is revisited to integrate active listening, emotion handling, and shared planning. The paper addresses barriers such as technical jargon and linguistic prejudice, which may alienate patients and undermine care. It advocates incorporating clinical communication as a core competency in health curricula to foster humanized, symmetrical, and culturally responsive practices in which patients become co-authors of care. The conclusion argues that joining rhetoric and bioethics enables ethically oriented persuasion that upholds dignity, sustains hope, and supports decision-making amid uncertainty.

Keywords: Clinical Communication. Rhetoric. Clinical Bioethics. Persuasion. Breaking Bad News.

RESUMEN

El artículo examina la comunicación clínica a la luz de la retórica, entendiendo el lenguaje no como simple código o representación, sino como acción e interacción que produce efectos en el otro. Se critica el modelo lineal (emisor→receptor) y se destaca el carácter dialógico y situado del encuentro clínico, donde *ethos*, *pathos* y *logos* orientan estrategias para la adherencia terapéutica, el manejo de expectativas y la construcción de confianza. La retórica clásica (invención, disposición, elocución y acción) aporta técnicas — incluida la tópica — útiles en contextos sensibles. En diálogo con la Bioética Clínica, se vincula la comunicación a los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, subrayando la comunicación de malas noticias como desafío ético-relacional: se revisita el SPIKES integrando escucha activa, manejo de emociones y planificación compartida. Se abordan barreras como el tecnicismo y el prejuicio lingüístico, que pueden alejar a los pacientes y disminuir la eficacia del cuidado. Se propone incorporar la comunicación clínica como competencia formativa en los planes de estudio de salud, promoviendo prácticas humanizadas, simétricas y culturalmente sensibles, en las que el paciente sea coautor del proceso. Concluye que articular retórica y bioética potencia una persuasión éticamente orientada, capaz de preservar la dignidad, sostener la esperanza y cualificar decisiones en escenarios de incertidumbre.

Palabras clave: Comunicación Clínica. Retórica. Bioética Clínica. Persuasión. Comunicación de Malas Noticias.

1 INTRODUÇÃO

Para princípio de exame, vale indagar qual a concepção de linguagem verbal ou de língua que melhor caracteriza a comunicação clínica, matéria predominante deste trabalho. São três as vertentes teóricas que descrevem a linguagem e que podem ser aqui invocadas: 1) Como representação do mundo e do pensamento; 2) Como instrumento de comunicação; e 3) Como forma de ação ou interação (Koch, 2010; Travaglia, 2009; Rodrigues, 1996).

À custa da primeira, o homem representa o mundo por intermédio da linguagem, designando pessoas e objetos próximos ou distantes, não interagindo necessariamente com eles, tampouco atentando para as particularidades da enunciação, isto é, para quem fala, onde se fala e como se fala. A segunda concepção de linguagem é como veículo da comunicação, que lida com a linguagem como um código pelo qual o destinador transmite ao destinatário mensagens. A linguagem prossegue abordada por perspectiva formalista, monológica, em que se desconsideram os aspectos exteriores ao fenômeno linguístico. Na terceira concepção, a linguagem revela-se forma de ação, orientada para um evento prático, de interação humana, possibilitando aos membros da coletividade o exercício de atos que implicarão diretamente nos outros que tomam parte no processo dialógico (Campato Jr., 2015).

A ação linguística não se esgota no ato de dizer e de querer dizer algo. Para além deste movimento preliminar, constitui em essência um ato social no qual os membros de uma comunidade atuam de maneira coordenada uns sobre os outros, realizando intervenções, fomentando mudanças de comportamento e estimulando revisões no modo de pensar e de ser. Portanto, no que se refere a este artigo, apoiar-se no sistema de signos que compõem a linguagem não significa apenas exteriorizar pensamentos, ideias ou sensações, tampouco transmitir informações, mas principalmente operar sobre o leitor, atuar no interlocutor, influir no ouvinte, enfim, influenciá-los.

Uma situação cotidiana que remete ao funcionamento interativo da linguagem pode ser identificada na atitude de um professor que, ao entrar na sala de aula durante o verão, pergunta aos alunos: “vocês não estão sentindo calor?” Recorrendo a estas palavras, o professor não se propõe a apenas representar com fidedignidade a realidade daquele momento, muito menos a somente informar aos alunos que a temperatura está elevada. Na verdade, ao se deparar com o problema do calor, ele pretende agir quanto ao comportamento dos estudantes que estão na sala, de modo a persuadi-los seja a abrir a janela, a se dirigirem à diretoria para se apoderar do controle remoto do ar-condicionado ou até mesmo a permanecerem quietos, cada qual em sua carteira de costume, sem esboçar nenhuma reação mais incisiva. Em última instância, poderia estar em processo de germinação a semente de um futuro protesto contra o descaso que a Secretaria da Educação demonstra com os alunos em tempos de calor excessivo. No plano interativo, a ação do interlocutor se manifesta sob a forma de resposta: ou

os alunos abrirão a janela, em adesão à sinalização implícita do professor, ou continuarão nas respectivas carteiras, sob a alegação, por exemplo, de que um dos presentes é alérgico à poeira que vem de fora, ou ainda informarão que o ar-condicionado necessita de conserto.

Da mesma maneira, nos círculos da assim denominada comunicação clínica – a verificada em ambiente médico e cujo ponto fulcral reside na saúde do paciente - também não satisfaz abordar a linguagem sob o viés que a circunscreve a um mero código ou que a trata como estrita representação da realidade ou do pensamento. A comunicação clínica concerne à linguagem em uso, terreno de interação, de constituição e negociação de identidades, de valores, de sentimentos e de sentidos, em que os aspectos discursivos da comunicação assumem relevância. Assim, no decurso de uma palestra destinada a um público formado majoritariamente por não especialistas, ou seja, em um contexto discursivo de antemão assimétrico, o orador, ao ocupar a posição do especialista em medicina, não deixa de veicular informações embasadas na ciência sobre determinadas patologias; todavia, a tarefa precípua com a qual deve se comprometer diz respeito a zelar para que o auditório acolha suas ideias, compartilhe seus valores e aceite seus conselhos de tal maneira que se evidencie que a preocupação maior encontra-se dirigida à saúde e ao bem-estar daqueles que se dispõem a escutá-lo.

A interação mostra-se o sustentáculo mais sólido dos conceitos operacionais que atualmente versam sobre o campo da linguagem. É natural que o propósito languageiro seja o persuadir, o fazer acreditar, o proporcionar a alguém uma chance, indicando-lhe caminhos, o influenciar pessoas em geral, almejando de preferência a felicidade autêntica delas. Em síntese, a linguagem constitui um processo de ação e de interação sociais, de agir em vista de suscitar no outro respostas previamente planejadas. Esta concepção sobressalta com mais forte razão na retórica e na comunicação clínica, atividades em que a persuasão prevalece como estratégia linguística.

Marcuschi (2008, p.162) se posiciona de modo categórico em relação ao que ora se discute:

Dante disso, parece possível dizer que a produção discursiva é um tipo de ação que transcende o aspecto meramente comunicativo e informacional. Daí que não se pode ter na atividade informacional a função mais importante da língua. Eu me atreveria a dizer que a informação é um fenômeno eventual e talvez um simples efeito colateral do funcionamento da língua. Todos nós sabemos que a língua não é apenas um sistema de comunicação nem um simples sistema simbólico para expressar ideias. Mas muito mais uma forma de vida e uma forma de ação, como dizia o velho Wittgenstein.

Devido aos traços notadamente persuasivos que nela afloram, a comunicação clínica deve problematizar o esquema comunicativo linear e mecanicista, responsável pela abstração dos aspectos sociais, históricos e ideológicos do fenômeno linguístico, idealizando um processo em que tudo ocorre automaticamente sem interferências.

O esquema linear de comunicação, também chamado de “Modelo de Transmissão”, estriba-se na “premissa de que a comunicação é transmitida de maneira direta e objetiva, de um emissor a um receptor” (Wood, 2009, p.41). Marcondes Filho (2004, p.241) reforça a censura, ao indicar a fragilidade da “metáfora da transferência” que o modelo guarda. Mal comparando o comunicar com o ensinar, é possível lembrar de Paulo Freire (2003), para quem o ensinar não é transferir conhecimento, mas produzi-lo em um trabalho solidário de cooperação.

Nada mais falho do que se fiar na expectativa de êxito de discursos em que ao orador/profissional da saúde coubesse apenas a tarefa unidirecional de transmitir aos seus subordinados ou aos pacientes o conteúdo de sua fala, calcada em um protocolo qualquer e desconsiderando a complexidade do contexto, que, a cada momento, apresenta novas variáveis.

Eis uma forma de consulta médica lastimável do ponto de vista da comunicação: o profissional da saúde manifesta, imerso no referencial científico em que se refugia, o que julga imprescindível para alcançar a finalidade que move sua atividade, desconsiderando a recepção de sua fala, assim como as inquietações dos pacientes e daqueles que os acompanham, cujas interrupções são tomadas como indesejáveis. A fim de ilustrar o cenário delineado, quando se comunica aos pais que “o seu jovem filho é homossexual e que isto não é uma doença”, estamos diante de uma informação que, embora inquestionável do ponto de vista da ciência, pode acarretar dissabores sob outros ângulos (o religioso, o emocional, o social, o cultural, o afetivo e o identitário), já que não se deve pressupor que o conhecimento que o médico detém sobre a homossexualidade possa ser de súbito internalizado – e em poucas palavras - pelos pais, como se para eles migrasse por uma espécie de passe de mágica, além de sua fala ter sugerido a pretensão de não prosseguimento da conversa.

O que o médico poderia ter feito de melhor era afirmar resolutamente que o filho deveria ser amado e respeitado como qualquer outro ser humano, ao mesmo tempo que instruiria o casal e o jovem a se valerem de uma ampla e séria rede de apoio a homossexuais e seus familiares, que para muitas pessoas constitui um suporte decisivo.

A abertura de possibilidades de ações e a manutenção da esperança de viver bem caracterizam uma comunicação clínica eficaz. Assim, ela não deve se subscrever a comunicação como um ato de mobilidade unidirecional, partindo do emissor até chegar linearmente ao receptor, à semelhança de um movimento de transferência sem intercorrências (Barros, 2008). Nenhum profissional da saúde é capaz de extrair de seu próprio cérebro informações sobre como se comportar diante de uma enfermidade e implantá-las nas mesmas condições, a despeito de uma série de circunstâncias, no cérebro de um paciente.

A comunicação clínica desenrola-se como sistema interacional, com efeitos produzidos sobre o receptor e efeitos que o receptor produz sobre o emissor, como se não fizesse mais sentido determinar quem é o destinador e quem é o destinatário. Exclui-se a atitude que identifica no receptor uma única, solitária e passiva função, qual seja, receber idealmente a mensagem (Coelho Netto, 2010). A abordagem comunicacional de um médico variará conforme o quadro evolutivo da patologia do paciente, que talvez não consiga mais entender as explicações do profissional em virtude do surgimento de novos aspectos cognitivos e emocionais, o que dificultará a manutenção daquela comunhão de espíritos que fora criada ao longo dos primeiros tempos de terapia.

Então, como deve ser a mensagem de um profissional da saúde diante de um doente que se recusa a escutar, o interrompe sistematicamente, mente, inventa situações e manipula os fatos, colocando em xeque o sucesso do tratamento bem como a relação médico-paciente-família?

Urge ao profissional da saúde abordar a práxis comunicativa como atividade não linear, tendo em consideração os aspectos dinâmicos, caóticos e complexos que perpassam seus fluxos e direções (Barros, 2008). Os integrantes da comunicação modificam-se e se constroem no decorrer do processo. Eles escrevem e se escrevem, falam e se falam, uma vez que, na condição de sujeitos, não são elaborados de maneira prévia e fixa, imunes a transmutações. O paciente que se dirige à primeira consulta não será o mesmo que chega à segunda, nem às outras que se sucederão. Isso implica que a estratégia de abordagem verbal do médico não pode ser um constructo inerte. Pelo contrário, obriga-se a se rearranjar de acordo com as características cambiantes do receptor.

A substância dinâmica à qual a interação dialógica se conforma expõe outra nuança digna de nota: o vínculo de confiança e de credibilidade a se estabelecer entre os sujeitos que interagem na comunicação. A um profissional da saúde de fato envolvido no diálogo com o paciente cumpre continuamente questionar-se sobre sua credibilidade, sobre o patamar de autoridade técnica que as palavras proferidas exercem após a rotina de sucessivos encontros e sobre a reputação ética – a imagem positiva do caráter – modelada pelo discurso verbal e a possibilidade argumentativa de modificá-la em caso de necessidade. Na posição de interlocutor, tampouco o paciente pode eximir-se da obrigação de tais inquirições. De sua parte, cabe-lhe indagar-se sobre a real pertinência das queixas que exterioriza. Conscientes do papel de participantes de uma interação, cujo *telos* radica no entendimento mútuo, ambos não devem demonstrar apreensão em perguntar: até que medida a relação firmada não se localiza em uma obscura e perigosa zona de conforto que põe em iminente risco o tratamento em curso?

Dada sua relevância para o convencimento do paciente, algo que a ele pode se apresentar como decisivo para a adesão a uma situação, retomemos o papel que a imagem (*ethos*) do profissional da saúde desempenha. A visibilidade e o status profissional do médico Dráuzio Varella, por exemplo, advêm

menos de sua reputação na comunidade científica e de suas citações acadêmicas do que de sua capacidade de se fazer compreender sem ruídos em veículos de comunicação de massa, criando, assim, a imagem do médico “de antigamente”, que de tudo um pouco sabia e em cuja seriedade acolhedora era possível confiar. Seja como for, independentemente das expectativas que satisfaça, a imagem é uma construção que, acima de tudo, resulta da atuação do discurso.

Outro embaraço comunicativo situa-se na suposição da plena correspondência entre a informação transmitida e a recebida. Fiorin (2014) testemunha que o modelo tradicional de comunicação, linear e unidirecional, não estabelece diferença entre a comunicação recebida - a apreendida pelo receptor – e a comunicação assumida - aquela que, além de ser apreendida, é absorvida, apropriada e adotada. Nessa linha, toca especular o quanto se perdeu de informação entre o profissional da saúde e o paciente ao término de uma consulta. E quanto conhecimento deixou de ser produzido ao longo da interação, bem como quantos mitos, inverdades deixaram de ser esclarecidos e quantos tabus prosseguem em pé!

Acrescenta o linguista que o emissor semelha não estar sujeito a falhas e dúvidas, da mesma forma que o receptor parece sempre capaz de reconstruir à perfeição os propósitos semânticos do emissor. Tudo ocorre como se a comunicação forjasse um harmônico acordo entre emissor e receptor. Este é um tópico de elevada relevância para o qual a comunicação clínica deve estar atenta e pronta para oferecer alternativas de solução a esses lugares-comuns que acreditam na imediata perfeição de uma práxis comunicativa.

Isso posto, planeja-se ao longo do presente texto, com apoio numa metodologia qualitativa, bibliográfica e exploratória, conferir uma abordagem introdutória ao conjunto de conhecimentos formados pela articulação entre a comunicação clínica e a comunicação persuasiva (retórica) a fim de que essa interface de saberes, perpassada pela dimensão ética, possa beneficiar o tratamento médico de pacientes e constituir mais um instrumental terapêutico de que os profissionais da saúde podem se valer.

2 A RETÓRICA

Neste escrito, já nos referimos em pelo menos três oportunidades ao termo retórica, com o intento de aproximar uma eficiente comunicação médica a essa prática do discurso persuasivo que remonta ao século IV a.C. Os pressupostos da retórica proporcionam subsídios, tanto teóricos quanto práticos, para que a comunicação clínica ofereça estratégias discursivas para auxiliar a persuasão do paciente e de seus familiares, sobretudo no tocante à adesão ao tratamento, à melhoria da autoestima, ao apoio ao adoentado, a lidar com os estágios terminais de uma doença, entre outras situações.

A retórica apresenta-se como o primeiro estudo metódico sobre a linguagem, sobre a comunicação humana e sobre o discurso (Fiorin, 2014). Sua conceituação abarca o conjunto de múltiplas técnicas de persuasão pelo discurso verbal. Persuadir corresponde ao processo pelo qual o orador conduz alguém a aderir a uma tese de uma questão controversa, da qual se originam partidos contrários defendendo posições igualmente contrárias.

A persuasão logra proeminência na jurisdição da incerteza e do provável, quando é factível defender dois pontos de vistas contrários, porque a verdade não é exclusividade de nenhum dos dois. A verdade cada vez mais se aparta de uma visão positivista, que apregoa certezas absolutas, únicas, objetivas e imutáveis. O que assoma agora é a percepção de que a verdade não passa de uma entre várias versões possíveis da realidade, plasmadas de acordo com a subjetividade, as crenças, os valores, as hierarquias e o momento histórico de quem observa.

À luz de semelhante posição, determinadas questões transmudam-se em aporias conceituais de improvável solução: o aborto deve ser entendido como direito ou crime? A eutanásia deve ser punida ou é um gesto de compaixão e respeito com o próximo? A política de cotas raciais é justa ou injusta? Deve-se liberar o uso de determinada modalidade de drogas? O Estado deve intervir na economia ou não? As políticas afirmativas são justas e eficientes? Como tais aporias são conflituais e insolúveis, resta à retórica agir e, por meio da persuasão e da lógica informal, dar foros de verdade ao que não passa de opinião.

O conceito de persuasão incorpora três modalidades: convencer, comover e agradar. A persuasão lógica relaciona-se com o convencer. Comover consiste em uma persuasão de ordem afetiva. Por seu turno, agradar segue as trilhas de uma persuasão de natureza estética, deleitando o gosto (Tringali, 2014). Julga-se que a retórica de Aristóteles é a completa por cobrir quase todas as partes do discurso persuasivo, principalmente a invenção (encontrar argumentos), a disposição (dispor os argumentos em ordem eficiente e convincente), a elocução (empregar palavras e estilos adequados a cada situação de enunciação) e a ação (emitir a mensagem de forma expressiva). A memória e a ação foram mais desenvolvidas pelos latinos, perdendo aos poucos a valia em razão do “papel cada vez mais reduzido do exercício oral da palavra pública” (Amossy, 2018, p.19).

Os planos retóricos apenas podem ser elaborados quando se têm em mira e de forma concreta o público para o qual eles são direcionados. Dependendo do perfil do destinatário ao qual se endereça o profissional de saúde, suas falas deverão seguir rumos particulares. Nos diálogos travados com pacientes idosos, um geriatra, para convencê-los de que vale a pena viver, muito provavelmente não empregará valores, tons, ênfases e formulações idênticos àqueles de que se serve um psiquiatra envolto no tratamento da depressão de um jovem com ideações suicidas. Em tais circunstâncias, a retórica

ajuda a encontrar argumentos, a utilizá-los no momento apropriado e a retratá-los com cores mais afetivas ou racionais.

Nas investigações sobre a retórica, existe uma disciplina que se debruça sobre os meios disponíveis para a identificação de provas e argumentos que sejam compatíveis com cada situação específica de debate ou conflito: trata-se da tópica, cujo elenco, evidentemente, precisa ser estudado por quem pretende usá-lo.

Pensemos na situação em que um enfermeiro se esforça para influenciar por meio da comunicação um paciente idoso indigente quanto à importância de não perder a esperança. Para tanto, ele se lembra do *argumento a fortiori*, o argumento do “com mais razão”, adaptando-o à ocasião: “Se o senhor teve ânimo para aguentar até aqui vivendo nas ruas, certamente terá agora mais razão e força para seguir em frente, já que morará em um aconchegante asilo!”. Se esta interação inicial não for o bastante para demovê-lo do estado de espírito depressivo, o enfermeiro poderá acrescentar, de preferência em linguagem não infantil, que, apesar de estar de folga, resolveu justamente neste dia fazer uma visita para ver como andava sua saúde. Esta estratégia verbal é chamada de *argumento pelo sacrifício* (Perelman; Olbrechts-Tyteca, 1996): só se sacrifica por quem se tem elevada estima e a quem se atribui muito valor. “Sacrifiquei minha folga para vir vê-lo. O senhor é muito importante para mim”. Ao ouvir estas palavras, é de esperar que o idoso se sinta mais confortado e, com o concurso de outras terapias, melhore.

Não é o caso aqui de nos determos em toda dimensão da arte retórica, registrando como ela oferece, por um lado, técnicas simples e, por outro, sofisticadas estratégias de construção de formas influenciadoras de interação linguística, mas de apenas indicarmos a existência de uma variada gama de possibilidades passíveis de serem aproveitadas por profissionais da saúde interessados em tornar a comunicação clínica uma práxis dialógica mais frequente e eficaz. Antes de tudo, visamos ressaltar o quão proveitoso seria a combinação planejada e rigorosa das técnicas da comunicação clínica com as da retórica.

3 A COMUNICAÇÃO CLÍNICA

Na esfera da teoria e da prática da comunicação, já constam estratégias específicas desenvolvidas para o exercício da comunicação clínica, modalidade de interação que planeja plasmar, na área da saúde, processos de produção e de intercâmbio de mensagens que potencializem a eficácia terapêutica, a confiança social humanitária e o alcance retórico-persuasivo das trocas languageiras sobretudo – mas não exclusivamente – entre profissionais e pacientes.

Compreendida como procedimento dialógico-argumentativo, a comunicação clínica encontra na retórica fundamentos para assimilar a linguagem como forma de ação e interação social. As possibilidades deste trabalho conjunto adquirem contornos ainda mais nítidos quanto articuladas com as contribuições propiciadas pela bioética, campo de conhecimento interdisciplinar, que, desde os anos 1980, se concentra, dentre outras preocupações, em analisar, acompanhar e orientar a prática clínica em situações concretas que envolvem valores, dilemas e conflitos de cunho moral (Jonsen; Siegler; Winslade, 2015). Nesse horizonte, a comunicação deixa de ser mero instrumento técnico ou formal para se tornar recurso ético-terapêutico voltado à promoção da dignidade, da autonomia e do cuidado integral do paciente.

Considerada a centralidade do processo comunicativo, a bioética clínica, no que se refere à abordagem metodológica, sustenta que as decisões médicas não se circunscrevem a protocolos técnicos ou evidências biomédicas: para além disso, devem necessariamente levar na devida conta as dimensões relacionais e os valores que se manifestam em cada consulta (Santos, 2018). Ao afastá-la da concepção que a reduz a meio informativo, restitui-se a esta forma de comunicação a unidade de seu escopo: construir sentido compartilhado entre profissional, paciente e familiares, reconhecendo as assimetrias de poder e buscando uma relação mais equânime e respeitosa.

Beauchamp e Childress (2019), ao formularem os princípios da bioética - autonomia, beneficência, não maleficência e justiça -, parecem não descurar da ideia de que a comunicação constitui condição *sine qua non* para que se concretizem. Sem diálogo efetivo e empático, não há como assegurar a participação autônoma do paciente em decisões terapêuticas, tampouco como garantir beneficência ou justiça em situações de vulnerabilidade. A linguagem, portanto, é também veículo de responsabilidade moral.

Conforme observado, é lícito definir a comunicação clínica como um processo que intenta assegurar o cuidado integral do enfermo, com vistas ao aperfeiçoamento da qualidade das relações interpessoais (Lima et al, 2021). Em algumas instituições de ensino superior, a comunicação clínica já é estudada em componentes curriculares específicos sobre o tema, dispondo para tanto de relativa bibliografia que busca sistematizar, tanto do ponto de vista metódico quanto ético, recursos e estratégias que a tornem mais eficaz, presente e produtiva – isto é, mais humana - nas ocasiões em que médico e paciente interagem.

A relevância premente de um processo que contempla pessoas que recebem cuidados e pessoas que as provêm de tais cuidados não pode ser objeto de contestação ou indiferença. Isso porque a comunicação clínica revela-se essencial para: 1) a reunião de informações que contribuam para a formulação de diagnósticos; 2) a troca de ideias sobre tratamentos 3) legitimar a tomada de decisões;

4) comunicar más notícias e 5) trabalhar com colegas em múltiplos cenários, mormente os complexos (Lloyd; Bor; Noble, 2021, p.1). Enfim, esta forma de comunicação ocupa um significativo lugar como meio qualificado para exercer influência sobre os indivíduos em tratamento de saúde, estimulando representações sobre sua situação, bem como repercutindo nas relações que mantêm com os médicos, por intermédio de uma adesão mais sólida à terapia ou mediante a mitigação do sofrimento físico e emocional.

Dentre os desafios que assolam a comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, aquele que talvez seja de maior monta reside no compartilhamento de más notícias, tema recorrentemente debatido pela bioética clínica. Informar sobre diagnósticos graves, prognósticos limitados ou situações irreversíveis exige não apenas competência técnica, mas também sensibilidade ética e habilidade interativa. O clássico protocolo SPIKES (Baile et al., 2000) exemplifica a tentativa de sistematizar etapas para conduzir tal prática: preparação do ambiente (*Setting*), percepção do paciente (*Perception*), convite para compartilhar informações (*Invitation*), fornecimento de conhecimento (*Knowledge*), manejo de emoções (*Emotions*) e estratégias de seguimento (*Strategy & Summary*). Embora seja um guia, sua efetividade depende do *ethos* do profissional e da capacidade de estabelecer um espaço de escuta e acolhimento, dimensões que a retórica já reconhecia como indispensáveis à persuasão.

Assim, ao comunicar notícias desencorajadoras ou conduzir decisões sublinhadas pela complexidade, o médico não deve se restringir a dados objetivos, mas elaborar uma estratégia discursiva que abranja crenças, valores, contextos culturais e vulnerabilidades do paciente. Casos envolvendo aborto, eutanásia, cuidados paliativos ou recusa de tratamento são exemplos paradigmáticos em que a retórica, longe de ser ornamento estilístico, se torna instrumento bioético de negociação de sentidos.

No que versa sobre sua gênese, compensa enfatizar o fato de a comunicação clínica originar-se de um autêntico cadiño no qual se acham em profunda permutação e sinergia as ciências médicas, a bioética, as teorias da comunicação e da argumentação, a análise do discurso e da conversação, a linguística, a retórica e a pragmática, entre outros campos de estudo que se dedicam a investigar linguagem como manifestação viva do agir humano, rejeitando tratá-la como simples abstração ou fenômeno estrutural.

A comunicação clínica não deixa de sinalizar para situações em que é contraproducente para o campo da saúde debruçar-se exclusivamente sobre o rol de conhecimentos técnicos em atitude devedora do modelo biomédico (Giddens, 2012) e colocar à margem procedimentos, saberes e propostas provenientes de diferentes áreas do conhecimento, como as vinculadas às ciências da linguagem, conforme demonstrado acima. Uma vez que a linguagem é a mediadora de todo

pensamento, isto é, dado que ninguém pode pensar sem se apoiar em seu aparato (Marcondes Filho, 2009; Bizzocchi, 2021), a prática clínica apenas tem a ganhar se souber associar-se com tais fatores. Constituída esta esfera interativa, tanto profissionais da saúde quanto pacientes revelam-se atores ativos e protagonistas da comunicação, não havendo, ao fim e ao cabo, detentores de uma suposta verdade absoluta, sendo cada qual respeitado e valorizado nos papéis ampliados que lhes competem.

Demais a mais, cumpre ao médico e a outros profissionais da área oportunizarem situações comunicativas o mais possível simétricas com vistas a que o paciente se sinta seguro de que sua fala será levada em consideração, não sendo seguida por interrupções, como assalto aos turnos e sobreposição de vozes. Propiciamente instados pelo médico, quantos pacientes já iniciarão na prática o processo de cura se alcançarem explicar seus sintomas sem experimentar sentimento de vergonha, culpa ou mesmo temor de um excesso de subjetividade. Quantos médicos e outros profissionais da saúde - senhores de procedimento verbais e não verbais retórico-argumentativos de origem milenar - poderão obter a benevolência, a atenção e a docilidade dos pacientes, estabelecendo uma comunhão de que se beneficiarão ao longo de todo o processo terapêutico, que passa a ser uma responsabilidade dos dois, cada qual um “especialista” a seu modo.

Já se aventaram numerosas patologias ou situações desgastantes passíveis de receber auxílio - com resultados positivos variáveis, mas quase sempre animadores - da comunicação clínica. Lloyd et al (2021) recordam a dificuldade de o profissional de saúde ter de eventualmente expor notícias como falecimentos, sequelas de acidentes, comas, doenças degenerativas, entre outras. Neste ponto, interessa salientar que a explicação do médico será aquela que deverá chegar aos parentes, cabendo ao profissional possuir a exata dimensão disso. Os autores acentuam ainda o fato de que os médicos devem similarmente estar preparados e sensibilizados a fim de externar verbalmente auxílio aos pacientes se estes se encontram sob a incumbência de tomar uma decisão séria e solitária. Nessa mesma ordem de reflexões, o médico deve ter expertise nas várias alternativas que a comunicação oferece na contingência de lidar com pacientes com dificuldades cognitivas, com idosos, com crianças, com pacientes socialmente vulneráveis, etc. Há, sem espaço para dúvidas, mensagens impreveríveis a veicular, mas as maneiras pelas quais elas podem ser externadas são múltiplas, cada uma gozando de uma particularidade e fomentando um resultado singular. Para saber qual delas deve ser usada, é preciso estudo metódico.

É evidente que os profissionais da saúde, nas ações e nos procedimentos do cuidar que protagonizam, devem debruçar-se sobre os instrumentos que uma boa comunicação lhes oferece. Torna-se fundamental que elementos como linguagem, língua, discurso, comunicação, expressão, retórica, argumentação e léxico passem a transitar com frequência tanto entre profissionais e estudantes

de saúde quanto nos cursos que os formam. Todavia, sem necessidade de uma taxonomia que faça tais profissionais de saúde decorarem termos técnicos pouco úteis. Deve-se refletir e compreender como a língua funciona e de que modo se alcança expressar determinada pretensão com palavras, frases, orações, períodos, textos e discursos que produzam efeitos de sentido de alegria, paz, coragem, segurança, fortaleza, resignação e paciência.

Não basta apelar à norma culta para angariar automaticamente a autoridade de quem está adoentado nem mesmo apoiar-se no português coloquial para arrecadar a simpatia dos pacientes. Antes disso, urge se apropriar dos recursos da língua em uso, sua vertente pragmática, sempre meditando sobre os efeitos de sentido que o emprego de certas estratégias e táticas provocam em algumas circunstâncias de interação humana, como as do espaço da saúde.

Um médico sensível o bastante à comunicação clínica deve, da mesma forma, ter ciência elementar do preconceito linguístico, que consiste na atitude de sancionar alguém pelo fato deste não dominar as variedades de prestígio da língua portuguesa ou mesmo uma suposta norma culta, expressando-se numa variedade linguística tomada de imediato como “errada”. Em geral, as variedades de prestígio de uma língua são aquelas faladas por pessoas que detêm o poder econômico, social e cultural do país, não por acaso habitantes das regiões mais desenvolvidas dos grandes centros urbanos.

Decorre daí um grave incômodo: numerosas pessoas não tiveram acesso às variedades prestigiadas da língua e, em virtude do preconceito de que são ou temem ser vítimas, reduzem sua inserção nos diversos segmentos da sociedade, deixando, por exemplo, de cuidar da saúde por recearem não usar os termos adequados quando estiverem diante de um médico ou de outro profissional da área. Chega-se ao triste paroxismo de que, por não saberem como se referir em situações formais a palavras relativas ao aparelho reprodutor, acabam se calando sobre elas, por vezes, com consequências fatais.

Um dos escolhos mais resistentes da comunicação clínica responde pelo tecnicismo ao qual médicos e outros profissionais de saúde recorrem na interação com os pacientes. Se não for contornado, este empecilho linguístico conduzirá o paciente a se convencer de que a doença e não ele próprio é o tópico mais importante de uma consulta. Isso sem contar que o vocabulário técnico e o jargão o introduzem no universo do desconhecido e do ameaçador.

Não se mostra razoável aventar a hipótese de que médicos se sirvam deliberadamente de semelhante expediente para suscitar tais sensações em pacientes. Sabe-se que o termo técnico é agregador e fomentador de comunicação rápida entre os médicos, mas é estranho aos situados fora desse círculo. Nesse quadro, compete aos profissionais da saúde empregar um pouco de seu exíguo

tempo para traduzir os tecnicismos em palavras transparentes, atingindo a clareza na comunicação clínica e acalmando os pacientes que esperam informações inteligíveis.

Pelo que restou dito, a comunicação deve ser contemplada na matriz curricular dos cursos de saúde. Pouco se duvida que a formação de alunos competentes em comunicação em geral e, particularmente, em comunicação clínica é premente na realidade em que se vive. O contato dos médicos, dos fisioterapeutas, dos farmacêuticos, dos biomédicos, entre outros, com os pacientes ocorre por intermédio da linguagem, portanto, da comunicação. Mas não se trata de conhecer a comunicação que objetiva apenas a expressão correta da linguagem verbal (gramática normativa, português instrumental, etc.); é preciso se apossar da comunicação que dispõe, a quem a utiliza na esfera da saúde, de recursos verbais e gestuais que auxiliam no sucesso do tratamento.

Distante de ser irrelevante, a comunicação clínica pertence ao rol das competências desejáveis aos estudantes da saúde, uma vez que eles devem interagir, com proficiência, com o paciente. A cura – ou algo com ela parecido – constitui um processo complexo e, por vezes, demorado, para cuja construção são exigidas ações do profissional de saúde e dos pacientes. É exatamente da interação dialética desses dois atores que a superação da doença principia.

A inclusão da comunicação clínica nos currículos da área da saúde é hoje consensual (Pessini; Barchifontaine, 2012). Em conjunto com as técnicas de oratória ou os protocolos de comunicação, deve-se cultivar a reflexão ética, a escuta ativa e a capacidade de lidar com a incerteza. No âmbito desta perspectiva, as contribuições da retórica e da bioética convergem no sentido de formar profissionais capazes de humanizar o encontro clínico, transformando a consulta e o tratamento em espaço de efetiva coautoria, no qual profissionais e pacientes são sujeitos ativos na busca pelo cuidado.

4 COMUNICAÇÃO RETÓRICA ALIADA À CLÍNICA

Rediviva nos dias de hoje, em que é preciso empregar a linguagem para persuadir racional ou afetivamente as pessoas sobre assuntos que estão no campo da opinião, a milenar retórica – surgida no século IV a.C. e logo transformada em uma das bases da concepção de educação predominante da antiguidade ao medievo - pode associar-se à linguagem médica, à comunicação clínica, à interação entre paciente e profissional de saúde, à interlocução entre médico e doente a fim de tornar tal troca de ideias mais atuante nos esforços terapêuticos de cura ou de abrandamento dos males do corpo e da alma

A retórica ensina a persuadir, a convencer, a fazer com que alguém adira a determinado ponto de vista por meio da linguagem argumentativa, mediante o diálogo, abandonando quaisquer modalidades diretas ou indiretas de violência, opressão ou tirania. Nasce a retórica em Siracusa, na

Sicília, quando, ao final da ditadura, a população que havia sido anos antes obrigada a abandonar suas terras retorna com o fito de recuperá-las. Como já não se sabia a quem pertenciam as terras outrora expropriadas, a solução foi colocar frente a frente os litigantes, que, pelo exercício do debate oral, tinham de convencer juízes sobre a correção e justeza de sua demanda. Alguns debatedores mostraram na ocasião excelsa capacidade de persuadir, redigindo neste cenário as primeiras artes retóricas.

Com efeito, a retórica persuade sobre questões que não geram certezas nem evidências, mas opiniões. Ela reside no campo do verossímil, do provável, daquilo que acontece com frequência, mas que, a despeito disso, não corresponde a uma verdade absoluta. Por não persuadir acerca daquilo que versa sobre o científico, poder-se-ia especular que a retórica não atuaria nos limites da ciência médica. Nada mais inadequado. A comunicação clínica tem por escopo não exatamente convencer alguém de que o coração funciona deste modo, excluindo todas as outras possibilidades de explicação, ou dissuadir alguém da convicção de que os rins não filtram o sangue para remover toxinas ou de que a morte encefálica caracteriza a morte dita legal (domínio da ciência ou da lógica demonstrativa). Não se concentra nesses enunciados científicos o objetivo persuasivo da retórica.

Pelo contrário, a máquina retórica incide sobre valores, hierarquia de valores, opiniões, crenças, costumes, moral, percepções e vivências que estão fortemente ligados tanto à subjetividade quanto à visão de mundo particular das pessoas, o que as fazem atuar como partidos. Se em uma primeira consulta sobre o aborto o médico baseia suas considerações apoiado exclusivamente em valores (pouco religiosos) que discordam frontalmente daqueles propugnados pela paciente (muito religiosa), é bem provável que a interação entre os dois seja conflituosa, gerando dissenso e mal-estar. Daí pode decorrer que a paciente abandone o médico e deprima. O dissenso que eventualmente ocorre entre médico e paciente advindo de problemas de comunicação pode ser previamente antecipado e atenuado.

Os profissionais de saúde devem se preocupar, para além do já mencionado, com as técnicas de entrevistas endereçadas ao paciente, com a gestualidade assertiva que demonstram enquanto o paciente estiver lhes falando, com os olhos nos olhos e não nas anotações, com o respeito ao turno de fala (a vez do paciente se manifestar), evitando a sobreposição de vozes, com o encorajamento pelo qual incentivam o interlocutor a prosseguir falando, com a demonstração de que compreendem o que escutam (Dohms; Gusso, 2021).

Isso ocorre com sucesso quando o profissional da saúde prepara tal abordagem previamente, refletindo e estudando sobre como colocar em prática suas habilidades de interação com o paciente, dando a este último a percepção de que ele pode falar e de que o conteúdo de sua manifestação verbal será levado em conta numa escuta ativa empática.

Ao chegar ao consultório, torna-se de grande valia que o médico já saiba antecipadamente sobre o paciente muito mais que o nome, a idade e a profissão. Ter ciência de seus valores, de como ele pensa sobre alguns aspectos e de qual opinião defende sobre outras tantas questões vitais pode representar uma vantagem imensa quanto à forma pela qual o médico adaptará a comunicação ao paciente e como conquistará sua confiança por meio de provas éticas baseadas na imagem que deixa transparecer pelo discurso verbal. Nessa senda, saber se o paciente é mais acessível a uma comunicação ética (*ethos*), lógica (*logos*) ou afetiva (*pathos*) recobre importância incontornável.

Pelo manejo consciente e planejado da linguagem gestual, o médico deve fazer perceber ao paciente que ele ocupa o núcleo das atenções. O contato visual na origem da entrevista é fundamental nesse aspecto, persuadindo o paciente de que a sua posição – os problemas que o conduzem a buscar o tratamento – sobressai no âmbito desta interação. Não basta ser o centro das atenções, é preciso parecê-lo! Complementa tal técnica o esforço despendido pelo médico para evitar olhar excessivamente para a tela do computador ou para outros meios de registro de informação. Para finalizar esse ponto, cabe ao profissional ostentar uma expressão facial afetiva (Dohms; Gusso, 2021). O conjunto sistemático e orgânico da linguagem gestual visa converter o paciente que se mostra benevolente em alguém mais motivado a aderir ao propósito de contribuir para o sucesso da consulta e, por conseguinte, do tratamento ao longo do tempo. A comunicação clínica associada aos ensinamentos retóricos torna o paciente um coautor da consulta, haja vista que sua contribuição para o sucesso da empreitada é tão valiosa quanto a dos profissionais da saúde.

Em paralelo, como apontado por Walter Hesbeen (1998), cumpre destacar que a comunicação clínica deve ser vista como uma prática do cuidado em que a transmissão de informações desagradáveis nunca pode se dissociar da responsabilidade simultânea e de igual monta de oferecer suporte emocional e de preservar a esperança. Não se trata de ocultar a verdade, mas de comunicá-la de modo que não destrua, mas sim fortaleça, a dignidade do paciente. Aqui, a aproximação entre retórica e bioética torna-se novamente evidente: persuadir, neste contexto, consiste em convocar à resiliência e à cooperação terapêutica, não em manipular.

5 CONCLUSÃO

Em virtude de serem tais expedientes retóricos uma técnica aprendida, exercitada e aplicada com mais ou menos sucesso, não se deve desprender que o profissional da saúde simplesmente manipulará de forma deliberada, à revelia da ética, a comunicação com o paciente no decorrer de uma consulta ou de um exame.

O domínio da retórica não altera a integridade do médico, do psicólogo, do dentista, do fisioterapeuta, do biomédico ou do nutricionista. O profissional da saúde, com base no caráter que lhe é próprio, tem de possuir maturidade e racionalidade suficientes para compreender até que ponto se encontra autorizado a se servir dos potenciais benefícios que a comunicação clínica e a retórica lhe disponibilizam.

Mal comparando, o emprego de determinados instrumentos pertencentes à retórica avizinha-se ao uso de uma anestesia, ao recurso à hipnose, quando estes são considerados como elementos terapêuticos voltados a agregar valor ao tratamento. Mais ainda: da mesma maneira que o médico não se vê obrigado a revelar ao paciente toda a técnica da hipnose, tampouco tem a obrigação de descer a detalhes a respeito do propósito que move a comunicação clínica persuasiva. Como quer que seja, tudo caminha para a relevância da construção de uma relação entre profissional da saúde e paciente que seja potencializada ao nível máximo.

Devidamente esclarecida pela retórica e pela bioética, a comunicação clínica revela-se mais do que simples recurso auxiliar: constitui antes dimensão nuclear do ato voltado ao cuidar. Quando dedicadas a este papel, retórica e bioética convergem, por um lado, na direção da crítica ao modelo linear de comunicação e, por outro, na valorização da interação dialógica, que reconhece a efetiva singularidade do paciente. O domínio das técnicas retóricas não manipula, mas amplia a capacidade do profissional de respeitar, confortar e persuadir eticamente, sobretudo quando confrontado com a árdua tarefa de comunicar notícias desalentadoras. Como lembra Diego Gracia (2008), o sentido último da bioética clínica é possibilitar que o ser humano, mesmo diante da finitude e do sofrimento, seja tratado com respeito, dignidade e esperança. Para tanto, os recursos comunicativos se fazem imprescindíveis.

REFERÊNCIAS

- AMOSSY, R. **Argumentação no discurso.** São Paulo: Contexto, 2018.
- BAILE, W. F. et al. Spikes—a six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. **Oncologist**, v. 5, p. 302–311, 2000.
- BARROS, D. L.P. Língua como instrumento de comunicação. In: FIORIM, J.L. (Org.). **Introdução à linguística: objetos teóricos.** São Paulo: Contexto, 2008. p.25-53. v.1.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Principles of biomedical ethics.** 8. ed. New York: Oxford University Press, 2019.
- BIZZOCCHI, A. **O universo da linguagem:** sobre a língua e as línguas. São Paulo: Contexto, 2021.
- CAMPATO JR, J. A. **A comunicação persuasiva:** teoria e prática. São José do Rio Preto: HN, 2015.
- COELHO NETTO, J. T. **Semiótica, informação e comunicação.** São Paulo: Perspectiva, 2010.
- DOHMS, M.; GUSSO, G. (Org.). **Comunicação clínica:** aperfeiçoando os encontros em saúde. Porto Alegre: Artmed, 2021.
- FIORIN, J. I. Comunicação e linguagem. In: CITELLI, A. et al. (Org.). **Dicionário de comunicação:** escolas, teorias e autores. São Paulo: Contexto, 2014.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia.** São Paulo: Paz e Terra, 2003.
- GIDDENS, A. **Sociologia.** 6.ed. Porto Alegre: Penso, 2012.
- GRACIA, D. **Fundamentos da bioética.** São Paulo: Loyola, 2008.
- HESBEEEN, W. **Cuidar no hospital.** São Paulo: Loyola, 1998.
- JONSEN, A. R.; SIEGLER, M.; WINSLADE, W. J. **Clinical ethics:** a practical approach to ethical decisions in clinical medicine. 8. ed. New York: McGraw-Hill, 2015.
- KOCH, I. V. **A inter-ação pela linguagem.** São Paulo: Contexto, 2010.
- LIMA, A. G.P. et al. Comunicação clínica no internato: habilidade em interface com o currículo integrado e orientado por competência. **Revista Brasileira de Educação Médica.** 45 (3): e134, 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rbem/a/g3zr3JTFHdMmhW6sjxP8xDv/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em 10 de março de 2025.
- LLOYD, M.; BOR, R.; NOBLE, L. **Habilidades de comunicação clínica para medicina.** 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.
- MARCUSCHI, L. A. **Produção textual, análise de gêneros e compreensão.** São Paulo: Parábola, 2008.
- MARCONDES FILHO, C. (Org.). **Dicionário da comunicação.** São Paulo: Paulus, 2009.

MARCONDES FILHO, C. **O escavador de silêncios:** formas de construir e desconstruir sentidos na comunicação. São Paulo: Paulus, 2004.

PERELMAN, C.; OLBRECHTS-TYTECA, L. **Tratado da argumentação.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. (Org.). **Problemas atuais de bioética.** 12. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

RODRIGUES, A. D. **Dimensões pragmáticas do sentido.** Lisboa: Cosmos, 1996.

SANTOS, J. A. **Bioética clínica:** uma introdução. Petrópolis: Vozes, 2018.

TRAVAGLIA, L. C. **Gramática e interação:** uma proposta para o ensino da gramática. São Paulo: Cortez, 2009.

TRINGALI, D. **A retórica antiga e as outras retóricas:** a retórica como crítica literária. São Paulo: Musa, 2014.

WOOD, J. T. **Mosaicos da comunicação.** São Paulo: Ática, 2009.