



Veredas atemática
Volume 18 nº 2 – 2014

Tradução

SARANGI, S. Reconfiguring self/identity/status/role: The case of professional role performance in healthcare encounters. *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*, v. 7, n. 2, p. 75-95, 2010.

Créditos da tradução

A tradução deste artigo foi realizada pelo curso de Bacharelado em Tradução da Universidade Federal de Juiz de Fora, no âmbito do estágio de tradução coordenado pela profª. Drª Maria Clara Castellões de Oliveira, do Departamento de Letras Estrangeiras Modernas, e dela participaram os alunos: Fabiana Silva Rodrigues, Fernando Almeida Mendes Duque, Marcionilo Euro Carlos Neto, Marina Cabreli Pereira e Thaís Cassiano Martins.

O estabelecimento do texto final e a revisão técnica pelo prof. Dr. Paulo Cortes Gago, do Departamento de Letras, Universidade Federal de Juiz de Fora.

Agradecimentos

Agradecemos, em primeiro lugar, ao professor Srikant Sarangi, autor do texto, e à editora Equinox Ltda., nas pessoas de Janet Joyce e Valerie Hall, por terem-nos gentilmente cedido os direitos autorais. Em segundo lugar, mas não menos importante,

agradecemos ao curso de Bacharelado em Tradução da Universidade Federal de Juiz de Fora, especialmente à prof^a. Dr^a. Maria Clara Castellões de Oliveira, que todos os anos presta serviços de tradução à comunidade acadêmica da UFJF do curso de Letras, selecionando textos para serem traduzidos pela sua equipe de alunos, em trabalho feito com seriedade, profissionalismo e dedicação; já se vão alguns anos de parceria em traduções de língua inglesa. Essa empreitada possibilitou-nos mais esta tradução, disponibilizando ao público brasileiro, especialmente aos alunos de graduação, acesso a um texto seminal. Seu trabalho tem-nos ajudado muito na divulgação de textos de nossa área nos últimos anos. Deixo aqui nossos agradecimentos explícitos também à sua equipe: Fabiana Silva Rodrigues, Fernando Almeida Mendes Duque, Marcionilo Euro Carlos Neto, Marina Cabreli Pereira e Thaís Cassiano Martins. Agradeço, por fim, à Revista Veredas, da Universidade Federal de Juiz de Fora, por acolher a publicação desta tradução.

Apresentação da tradução

A Revista Veredas de estudos linguísticos proporciona ao público brasileiro a tradução do artigo *Reconfiguring self/identity/status/role: The case of professional role performance in healthcare encounters*, escrito por Srikant Sarangi em 2011 e publicado originalmente no *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*, cujo editor é o próprio autor.

A ideia de tradução deste artigo surgiu nos meus cursos de pragmática e de linguagem institucional da graduação na UFJF, nos quais sempre tocava no assunto papel, mas sentia falta de material em Língua Portuguesa a respeito para poder oferecer aos alunos como leitura. Eram aulas de apontamentos da fala do professor, expositivas, sem material de apoio neste tópico. Oferecia este texto em inglês, mas muitos não leem textos técnicos, que ainda resultam difíceis nesse estágio acadêmico. Trata-se, portanto, de um trabalho de divulgação de textos.

A pertinência desta tradução em nossa revista dá-se em virtude de uma trajetória de mais de nove anos, ao longo dos quais o professor Sarangi mantém contato com a nossa universidade. Essa parceria iniciou-se em sua primeira vinda ao Brasil, no ano de 2005, quando participou como palestrante convidado do 1º Congresso Internacional de Linguagem e Interação, organizado pela Unisinos, em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul. No mesmo ano, na sequência de sua viagem, veio ao Rio de Janeiro, onde participou, também como palestrante, do congresso internacional DICOEN (*Discourse, communication and the enterprise*), organizado pelas Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro e pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Como desdobramento desses eventos, nos anos de 2007, 2009, 2011, 2012 e 2013, o professor Sarangi retornou à UFJF, ministrando cursos, oferecendo palestras e prestando serviços de consultoria aos pesquisadores do Programa de Pós-Graduação em Linguística, especialmente das linhas de pesquisa de linguagem e sociedade e linguagem e ensino.

No ano de 2012, em reconhecimento de sua dedicação à nossa universidade e de seu trabalho, a Revista Veredas publicou um volume especial, intitulado de *Linguística Aplicada das Profissões*. Conforme seu texto de apresentação no final do artigo em pauta atesta, sua lista de publicações é extensa. Nos últimos anos, tem-se dedicado à área da saúde.

Nome de destaque na área de Linguística Aplicada, ele criou um foco particular de trabalho nessa grande área, que, operando na interface linguagem e instituições, volta suas atenções especificamente para as práticas profissionais. Trata-se da Linguística Aplicada das Profissões, rótulo criado por ele para dar conta de uma *mentalidade comunicativa* (SARANGI, 2004) necessária de ser desenvolvida pelos praticantes das mais variadas profissões. Médicos, engenheiros, matemáticos, enfim, em todas as profissões precisam-se desenvolver uma sensibilidade para o uso da linguagem, pois uma ao parte de nossas tarefas diárias são feitas através da linguagem.

No texto que se segue, o autor aborda um tema central em Sociologia: a teoria dos papéis, e os seus conceitos correlatos de self, identidade e status, muito utilizados em estudos do discurso e em linguística aplicada, de forma geral. O texto pode ser considerado seminal, porque condensa, tanto a discussão mais filosófica sobre *self* e identidade, quanto os autores mais importantes que trataram do tema dos papéis (MERTON, 1968, LINTON, 1971, GOFFMAN, 1961), inclusive aqueles que propõem conceitos que servem de ferramentas para a análise de dados, como Thomas (1986) e Zimmermann (1998). Inclusive, propõe formas concretas de operacionalizarmos a análise de dados, através dos conceitos de *conjunto de papéis* e *múltiplos papéis*, e as noções de *papel discursivo* e *papel de atividade*. Além disso, suas análises são muito elucidativas de como o entendimento dos papéis que os participantes de uma interação estão desempenhando, em um dado momento do encontro, representa uma rica ferramenta para a análise da vida institucional.

A este respeito, certa vez Sarangi afirmou (em conversa particular) que, para ele, a análise dos papéis está sempre subjacente à análise da performance dos participantes de qualquer interação, sob qualquer pretexto analítico. A importância dos papéis pode ser aquilatada na obra de Berger & Luckman (1966), um tratado sobre a construção social do conhecimento, em que há um capítulo especial dedicado ao tema, do qual citarei algumas passagens fulcrais.

Os autores discutem que uma instituição pode existir através de uma série de formas de representação, como o espaço físico, os emblemas, os uniformes, etc. No entanto, todas essas formas são mortas e inúteis, se não tivermos seres humanos, de carne e osso, usando-as, reconhecimento ao qual equivale afirmar que em uma instituição há pessoas desempenhando algum tipo de papel: na universidade, nosso lar profissional, há professores dando aulas, diretores de unidade administrando a faculdade e funcionários técnico-administrativos desempenhando as várias tarefas burocráticas. Nas palavras dos autores, “dizer, então, que os papéis representam instituições é dizer que os papéis tornam possível as instituições existirem, renovadamente, como uma presença real na experiência de indivíduos vivos” (p. 75). Eles chegam à seguinte conclusão sobre os papéis: “a representação de uma instituição no e pelos papéis é, assim, a representação por excelência, da qual todas as outras dependem” (p. 75). Por fim, deixo uma passagem emblemática, na qual eles discutem a noção de construção social da realidade em relação aos papéis e às instituições:

“As instituições estão incorporadas na experiência individual por meio de papéis. Os papéis, objetivados linguisticamente, são um ingrediente essencial do mundo objetivamente disponível de qualquer sociedade. Ao desempenhar papéis, o indivíduo participa do mundo social. Ao internalizá-los, esse mesmo mundo torna-se subjetivamente real para ele” (p. 74).

Espero que o/a leitor/a desfrute da leitura e que ela possa ajudar em seu entendimento da vida institucional. Mais ainda, que o leitor possa terminar a leitura com a sensação de que possui ferramentas práticas para a observação e estudo da vida institucional. Para quem ficar empolgado com o assunto, deixo como dica de próxima leitura Sarangi (2014), texto “fresquinho” no mercado, em que o autor dá continuidade ao estudo dos papéis, mas desta vez tratando do tema do hibridismo de papéis, assunto bastante contemporâneo. Boa leitura!

Paulo Cortes Gago

Referências

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. **The social construction of reality**: a treatise in sociology of knowledge. 1ª ed. New York: Hapor Books, 1966. Tradução: “**A Construção Social da Realidade: tratado de sociologia do conhecimento**”, trad. Floriano Fernandes, Rio de Janeiro, editora Vozes, 1978.

SARANGI, S. Towards a communicative mentality in medical and healthcare practice. *Communication & Medicine*, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2004.

_____. **Activity types, discourse types and role types: interactional hybridity in professional-client encounters.** In: D. R. Miller and P. Bayley (Eds.). *Hybridity in Systemic Functional Linguistics: Grammar, Text and Discourse Context*. Sheffield: Equinox, 2014.

Reconfigurando *self*/identidade/status/papel: o caso do desempenho de papel profissional em encontros na área da saúde *

Srikant Sarangi (Universidade de Cardiff)¹

RESUMO: Conceitos como *self*, identidade, status e papel são centrais para os esforços discursivo-analíticos. Entretanto, esses conceitos são usados intercambiavelmente e, por vezes, de forma associada (por exemplo, identidade do *self*, identidade de papel), por estudiosos dentro e para além de diferentes domínios analíticos, com trajetórias ontológicas e epistemológicas sobrepostas. Começando com uma discussão teórica mais ampla de *self*, status e identidade a partir de tradições sociológicas e sócio-psicológicas foco, neste artigo, no papel e no desempenho de papel em contextos profissionais. Utilizando o trabalho de Goffman como ponte, ofereço, em seguida, uma perspectiva interacional sobre o desempenho de papel, que se estende à relação médico-paciente em encontros na área da saúde. Os exemplos ilustrativos de dados são retirados do contexto de atenção primária, chamando atenção para os papéis concorrentes do médico, ou seja, o terapêutico e o pedagógico, contidos no conjunto de papéis profissionais, em um etos que é predominantemente direcionado para a prestação de cuidados médicos centrada no paciente. Meu principal argumento é que uma investigação do desempenho de papel profissional em nível interacional é capaz de oferecer percepções teóricas e empíricas interessantes.

Palavras-chave: Desempenho de papel profissional; Conjunto de papéis; Papéis terapêuticos e pedagógicos; Comentários *online*; Comentários *offline*; Consulta médica de atenção primária.

1. *Self*/identidade/status/papel: Um preâmbulo sociológico e sócio-psicológico

Mead (1934, p. 140) advoga uma teoria social do *self*, em oposição a uma teoria individualista: “O *self*, como aquele que pode ser um objeto para si mesmo, é, essencialmente, uma estrutura social, e surge na experiência social”. O *self*, visto dessa maneira, tem dimensões de desenvolvimento e de comunicação. Central para essa conceituação é a noção do outro, ou “outro generalizado”: “É na forma do outro generalizado que o processo social influencia o comportamento dos indivíduos nele envolvidos e que dele participam” (MEAD, 1934, p. 155). Por um viés filosófico, Ricoeur (1992, p. 3) introduz seu livro intitulado *Oneself as Another*² como se segue: “o si de alguém implica na alteralidade a tal grau íntimo, que um não pode ser pensado sem o outro, que, ao invés disso, um penetra o outro”. Para ele, a alteralidade é constitutiva do si, não uma justaposição. As dimensões desenvolvimental e comunicativa do *self*, por um lado, e a sua orientação para outros, por outro lado, estendem-se às noções cognatas discutidas abaixo – identidade, status e papel – tanto em contextos diários como em encontros profissionais/institucionais situados.

¹ Endereço: Srikant Sarangi: Health Communication Research Centre, Cardiff School of English, Communication and Philosophy, Cardiff University, Humanities Building, Colum Drive, Cardiff CF10 3EU, UK. Email: sarangi@cardiff.ac.uk

² N. T: Publicado em português com o título de *O si-mesmo como um outro* (Trad. Luci Moreira Cesar. Campinas: Papirus, 1991).

Giddens (1991) vê o *self* (e a identidade) como reflexivamente entendido pelo indivíduo em termos de sua biografia; é uma trajetória que se estende do passado até o futuro antecipado. Para Giddens (1991, p. 186):

“uma identidade do *self* tem que ser criada e mais ou menos continuamente reordenada contra o pano de fundo de experiências mutáveis da vida cotidiana e as tendências de fragmentação de instituições modernas. Mais ainda, a sustentação de tal narrativa afeta diretamente, e em alguns pontos ajuda a construir, o corpo, assim como o *self*.”

Aqui, Giddens adiciona uma dimensão reflexiva às trajetórias de desenvolvimento e comunicação do *self*/identidade. Ele também parece estender a noção de *self* para além de outras, para incluir processos institucionais e sociais. Um ponto de vista similar é proposto na conceituação de identidade de Hall e Du Gay (1996), que é construída “dentro, não fora do discurso”. Pode-se considerar que “Discurso”, aqui, inclui perspectivas tanto micro (contingentes) quanto macro (históricas). Nos últimos anos, um número de estudos tem adotado uma visão discursivo-construcionista de identidade (ex: ANTAKI, WIDDICOMBE (1998); SARANGI, ROBERTS (1999); BENWELL, STOKOE (2006); DE FINA *et al.* (2006).

Apesar de a reflexividade e a situação serem marcas da construção da identidade, não se pode negar a base estável e social de tipos de identidade. Como afirmam Berger e Luckmann:

A identidade é um fenômeno que emerge da dialética entre o indivíduo e a sociedade. Tipos de identidade, por outro lado, são produtos sociais *tout court*, elementos relativamente estáveis de uma realidade social objetiva (o grau da estabilidade sendo, claro, por sua vez, socialmente determinado). Como tal, eles são o tópico de alguma forma de teorização em qualquer sociedade, mesmo que sejam estáveis e a formação de identidades individuais seja relativamente não problemática. Teorias sobre identidade estão sempre encaixadas em uma interpretação mais geral da realidade; elas estão “embutidas” em um universo simbólico e suas legitimações teóricas e variam de acordo com o caráter destas. A identidade permanece ininteligível, a menos que esteja localizada em um mundo. Qualquer teorização sobre a identidade – e sobre tipos de identidades específicas – deve ocorrer dentro da estrutura de interpretações teóricas, na qual a identidade e as interpretações estão localizadas (BERGER, LUCKMANN, 1967, p. 195).

Para Berger e Luckman, as identidades individuais não são formadas em um vácuo social. A natureza contínua da construção de identidade no contexto social é atestada por McCall e Simmons (1966, p. 163), quando escrevem metafóricamente:

“a identidade, assim como a liberdade, deve ser conquistada e reconquistada a cada dia. Cada identidade deve ser continuamente legitimada. Legitimar a estrutura do *self* de alguém é como espanar uma

enorme casa velha: caso se comece por espanar a sala, no momento em que se chega ao quarto de visitas do andar de cima, já haverá uma enorme necessidade de se espanar a sala novamente”.

Espanar e reespanar a identidade apontam para a necessidade de legitimação da presença de alguém, ao mesmo tempo em que se permanece orientado para o outro.

1.1. A conexão entre status e papel

O ponto-chave que emerge a partir da discussão acima é a conceituação de identidade em termos da dialética entre o *self* e os outros, entre o indivíduo e a sociedade.

De relevância aqui é a conexão entre status e papel dentro de um dado sistema/ordem sociocultural, apresentada por Linton (1971 [1945]). De acordo com Linton, status refere-se a “posição de um indivíduo no sistema de prestígio de uma sociedade”, enquanto papel designa “a soma total dos padrões culturais associados a um status particular” (p. 112). Embora Linton tenha sido criticado por uma visão estática da relação status-papel, ele realmente sugere que “um papel é o aspecto dinâmico de um status: o que o indivíduo deve fazer para validar sua ocupação de status” (p. 112). Ele ilustra seu argumento com o exemplo de um/uma atendente de uma loja que muda seu papel ao lidar com colegas de trabalho em oposição aos clientes, e na esfera familiar em oposição ao local de trabalho. Através dessas mudanças dinâmicas, afirma Linton, seu status de atendente torna-se latente, à medida que ele/ela assume outro status ativo ou pertença a um grupo. Além das mudanças individuais e situacionais, Linton (1971, p. 114) também oferece uma perspectiva histórica sobre as transformações sociais no que diz respeito à inter-relação entre status e papel:

Sob a necessidade de reorganizar nossa estrutura social para ir ao encontro das necessidades de uma nova tecnologia e de uma mobilidade espacial sem paralelos na história humana, nosso sistema de status e papéis herdado está desfazendo-se, enquanto um novo sistema, compatível com as condições atuais da vida moderna, ainda não emergiu. O indivíduo, então, encontra-se frequentemente confrontado com situações, nas quais não tem certeza tanto de seus próprios status e papéis quanto sobre dos dos outros. Ele é, não só compelido a fazer escolhas, mas também pode não ter certeza de que escolheu corretamente e de que o comportamento recíproco dos outros será aquele que ele prevê com base no status que presumiu que eles ocupam.

Isso é claramente possível de ser estendido ao contexto profissional, quando consideramos o papel assumido pelo profissional *vis-à-vis* as expectativas de seus pacientes/clientes. Os papéis são transformados ao longo do tempo; existem múltiplos papéis disponíveis para qualquer indivíduo dentro de uma dada atividade, mas alguns desses papéis podem ser situacionalmente ambivalentes e conflitantes – um ponto ao qual retornarei em minha discussão sobre “conjunto de papéis” (MERTON, 1968).

1.2. O desempenho de papel

Goffman (1961) faz uma distinção entre papel (teoria) e desempenho de papel (ou representação de papel) – o último termo é reservado para a natureza situada do papel. O desempenho de papel, para Berger e Luckmann, remonta às mediações entre sistemas de conhecimento/significado macroscópicos e microscópicos. Enfatizando a função de socialização do papel, eles sugerem:

“[...] cada papel abre uma entrada para um setor específico do estoque total de conhecimento da sociedade. Aprender um papel não é suficiente para adquirir as rotinas imediatamente necessárias para o seu desempenho “voltado para fora”. Deve-se também ser iniciado em várias camadas cognitivas e mesmo afetivas do corpo de conhecimento que é direta e indiretamente apropriado para esse papel” (BERGER, LUCKMANN, 1967, p. 94).

Ordens institucionais/profissionais assumem legitimidade, quando se manifestam através do desempenho de papel. De acordo com Berger e Luckmann (1967, p. 92):

[...] por um lado, a ordem institucional é real apenas na medida em que ela é percebida em papéis desempenhados e que, por outro lado, papéis são representantes de uma ordem institucional que define o caráter deles (incluindo seus apêndices de conhecimento) e da qual eles derivam seu sentido objetivo.

É possível, assim, analisar a relação entre papéis e conhecimento a partir de dois pontos de vista. Considerados a partir da perspectiva da ordem institucional, os papéis aparecem como representações e mediações institucionais de agregados de conhecimento institucionalmente objetivados. Considerados a partir da perspectiva de vários papéis, cada papel carrega consigo um apêndice de conhecimento socialmente definido. Ambas as perspectivas, certamente, apontam para o mesmo fenômeno global, que é a dialética essencial da sociedade.

“Papel” é um termo teatral tomado emprestado pela ciência social e tornado popular nos escritos de Goffman (1959, 1961). Goffman baseou-se em Park (1950, p. 49), o qual sustenta que:

Provavelmente não é mero acidente histórico que a palavra “pessoa”, em seu primeiro sentido, seja uma máscara. É mais um reconhecimento de que todos estão sempre e em qualquer lugar, e mais ou menos conscientemente, desempenhando um papel [...]. É nesses papéis que conhecemos uns aos outros; é nesses papéis que conhecemos a nós mesmos [...]. No fim, nossa concepção do nosso papel torna-se uma segunda natureza e uma parte integral de nossa personalidade.

A dimensão situada de desempenho de papel, com suas implicações rituais, é explicada em maior profundidade por Katz e Danet (1973, p. 275-276):

Muitos papéis são desempenhados em trajes: médicos vestem jalecos brancos, e policiais, casacos azuis. Mas, mesmo quando não há um uniforme associado a um papel, as pessoas apresentam para as outras, e procuram nelas, sinais externos de quem elas são. São as coisas mundanas, como vestimenta, sotaque e o jornal que alguém carrega, que contam a história.

Além das “fachadas pessoais”, muitos papéis possuem adereços permanentes mais importantes, incluindo um palco e bastidores. A região do palco, assim como a fachada pessoal, é feita para criar uma impressão e também para delimitar uma área, que são os bastidores. O garçom é uma pessoa diferente na sala de jantar do que é na cozinha, e, aos clientes, de fato, não é permitido entrar na cozinha de forma alguma. A sala de espera do médico é cuidadosamente abastecida com certos tipos de revistas, suas paredes possuem certos tipos de quadros e, mais adentro, estão as credenciais do médico, devidamente firmadas e exibidas.

Em sua orientação dramaturgica, Goffman (1974, p. 128) faz uma “distinção entre um indivíduo ou pessoa e uma capacidade, ou seja, uma função especializada que a pessoa pode desempenhar durante uma determinada série de ocasiões”. Ele reserva o termo “identidade pessoal” para o primeiro, com o intuito de destacar biografias individuais, e propõe o termo “papel” para referir-se ao último, *i. e.*, à função especializada (ou ao que ele chama em outras ocasiões “o *self* virtual” ou “o *self* do papel”) que se aplica, tanto aos atores no palco, quanto aos espectadores. Um influente livro de Goffman, chamado *The Presentation of Self in Everyday Life*,³ coloca ambos os termos em primeiro plano – *self* e papel. Contudo, em sua discussão do *self*, Goffman não se apoia explicitamente em Mead, em parte porque suas preocupações, ao contrário das de Mead, estão mais no nível da performance. Goffman (1961, p. 77), porém, afirma que o papel é a unidade básica de socialização: “é através dos papéis que as tarefas na sociedade são alocadas e arranjos são feitos para colocar em prática sua performance”. Podemos ver ressonância com Linton, quando ele sugere que:

“quando manifestamente participando de um sistema de papéis, o indivíduo terá alguma capacidade de manter em suspenso o seu envolvimento em outros padrões, sustentando, assim, um ou mais papéis adormecidos, que são papéis representados em outras ocasiões” (GOFFMAN, 1961, p. 80).

Isso é reverberado por McCall e Simmons (1966, p. 131) na sua formulação do modelo de papel-identidade, que sugere uma distinção entre papel social e papel interativo:

³ N. T.: Publicado em português com o título de *A Representação do Eu na Vida Cotidiana* (Trad. Maria Célia Santos Raposo. Petrópolis: Vozes, 1975).

A habilidade de assumir papel pode, assim, desenvolver-se, tanto a partir de experiências “subjetivas” com papéis semelhantes, quanto de experiências mais “objetivas”, observando outros nesses papéis. Os profissionais muitas vezes desenvolvem uma grande quantidade desse conhecimento “objetivo” sobre seus clientes, e estes são muitas vezes surpreendidos pelo que lhes parece de estranha familiaridade com seus próprios pontos de vista. Tal conhecimento, por parte do médico, do professor, do funcionário aponta para o fato de que “empatia” não deve ser confundida com simpatia ou envolvimento emocional de qualquer tipo; o profissional muitas vezes coloca-se bastante reservado e “clínicamente distante” de seu cliente.

A demarcação de Goffman (1961) entre o *desempenho regular de um papel* e um *desempenhador regular de um papel* é instrutiva. Como exemplifica, o/a diretor(a) de uma funerária desempenha seu papel regularmente em comparação com o papel daquele(a) que está imediatamente de luto ou com o do(a) falecido(a)! Da mesma forma, o/a médico(a) desempenha seu papel clínico regularmente, em comparação com o/a paciente ou com o/a cuidador(a), embora os papéis possam passar por uma reconfiguração diferente no contexto de doenças crônicas.

1.3. Abraçar um papel e distanciar-se do papel: um exemplo

Dois conceitos que são particularmente relevantes para pesquisadores interessados em análise de linguagem/interação são o de abraçar um papel e distanciar-se de um papel. De acordo com Goffman (1961, p. 94): “Abraçar um papel é desaparecer completamente no *self* virtual disponível na situação, ser inteiramente visto em termos de uma imagem e confirmar expressivamente sua aceitação dele. Abraçar um papel é ser abraçado por ele”. Por distância do papel, ele indica a “separação entre o indivíduo e seu papel putativo” – a distância entre fazer e ser. Está longe de ser abraçado por um papel específico.

Vamos ilustrar esse ponto com um exemplo retirado de encontros de aconselhamento genético.⁴ Embora não seja muito comum, os clientes ocasionalmente perguntam o que são chamadas de as “perguntas famosas/infames”, por meio das quais insistem na orientação “pessoal” mais do que na “profissional” do aconselhador para o problema em questão. Nosso exemplo diz respeito a uma mulher de meia-idade, que teve

⁴ As convenções de transcrição simplificadas incluem:

(.) (..)	micropausa de até um segundo
(1.0, 2.0)	pausa medida em segundos
LETRAS MAIÚSCULAS	volume aumentado
palavra	volume diminuído, sublinhado: entonação aumentada como na ênfase
ponto de interrogação [?]	entonação ascendente
-	corte de palavra ou de som anterior
[texto entre colchetes]	fala sobreposta
((texto entre parênteses duplos))	descrição ou informação anonimizada
(texto entre parênteses)	palpite do transcritor
(^^^^^^)	transcrição impossível
=	elocução contínua

um tumor no cérebro anteriormente operado. Ela considera agora uma segunda gravidez e está preocupada com os riscos envolvidos. Seu marido comparece à sessão de aconselhamento e inicia a pergunta famosa/infame, como segue (para uma discussão detalhada, veja SARANGI, 2000; SARANGI, CLARKE, 2002).

Exemplo de dados 1

A questão famosa/infame no aconselhamento genético

[D= Doutor; M= Marido; E= Esposa]

- 01 M: então isso isso eh-para encurtar a história, se eh sua esposa estivesse nessa posição (Deus não permita) (.5) eh e o senhor quisesse outra criança o senhor diria (.) as chances são tão mínimas (.5) podemos ir em frente com uma (.5)
- 02 M: [isso seria sua-
- 03 D: [você está perguntando- (.) você está perguntando (.) duas perguntas separadas.
- 04 M: se o senhor fosse eu ou-
- 05 D: sim
- 06 M: = bem sim
- 07 D: mas você está você perguntando duas perguntas separadas
- 08 M: humm
- 09 D: sabe existe o (.) o (.) que você sabe o que você está dizendo é uma (.) eh (.) existe uma chance de eh (.) digamos de uma criança ter tendência a ter meningiomas? (.5)
- 10 M: (confuso) (.) bem sei sei essas seriam as mesmas chances como para outros (confuso)
- 11 D: sim isso é muito muito improvável
- 12 M: [improvável
- 13 D: [então existe essa questão, e depois existe a questão de
- 14 M: mhum
- 15 D: de que a gravidez causasse outro tumor (1.0)
- 16 D: e (.) acho que a resposta [para isso]
- 17 M: [que é (confuso)
- 18 D: = bem acho (.) a gravidez em si não causaria outro tumor. (.) se existe uma pequena recorrência eh que (.) não foi identificado no exame (.) então suponho que uma gravidez talvez pudesse influenciar a taxa de crescimento mas (.) não vai fazer diferença entre (.) o tumor voltar ou não voltar. (.5) isso (.5) pudesse fazer uma (.) uma diferença quando ele se manifestasse
- 19 M: humm
- 20 D: mas poderia se manifestar de qualquer maneira (.) mas ehm:::
- 21 E: = quer dizer eu vou ter que fazer exames regulares de RM- exames de RM (.) todos os anos? [(.)] e eh-

(Fonte: SARANGI, 2000)

O turno de abertura do M como um movimento de busca por conselhos pode ser considerado um convite para D distanciar-se de seu papel de aconselhador profissional e aproximar-se do problema do cliente em sua capacidade biográfica pessoal, hipoteticamente, como o marido de uma esposa que teve um tumor cerebral removido e

que agora planeja outra gravidez. Nos termos de McCall e Simmons, D mantém-se afastado e “clínicamente distante”. Não é incomum em situações difíceis reportar o que outras pessoas, ou seja, outros clientes fazem (PILNICK, 2002). Nesse exemplo, o aconselhador está sendo persuadido a ocupar um papel fora da esfera clínica. Em outras palavras, D está sendo forçado a incorporar seu papel social como marido. Entretanto, como pode ser visto a partir dos turnos subsequentes, D continua a abraçar seu papel como aconselhador (nos termos de Goffman, ele é abraçado pelo papel de aconselhador), o que remonta à ausência de distanciamento do papel. Em outras palavras, a relação de papel entre D e M é sustentada no enquadre aconselhador-cliente, e não é transformada em uma relação entre maridos colegas na esfera familiar. Ao reformular as perguntas que o casal está enfrentando e ao atribuir avaliações de risco associadas a uma futura gravidez, D reforça o seu papel de aconselhador profissional, específico da atividade, ao adotar o “papel discursivo” (ver próxima seção) de provedor de informações mais do que o de um portador de conselhos auto-preferidos.

1.4. Múltiplos papéis vs. conjunto de papéis

A discussão acima chama a atenção para o desempenho profissional de papel em que o clínico permanece dentro dos limites da atividade profissional. No entanto, dentro de uma determinada atividade profissional, é possível ser confrontado com papéis profissionais conflitantes. Merton (1968) desafia a visão de Linton de que cada status tem seu papel distintivo e argumenta que um status particular tem uma gama de papéis associados, ou um conjunto de papéis, *vis-à-vis* à estrutura social:

Essa é uma característica básica da estrutura social. Esse fato da estrutura pode ser registrado por um termo distintivo, conjunto de papéis, termo pelo qual quero dizer o complemento de relações de papéis que as pessoas têm em virtude de ocuparem um status social particular. Por exemplo: o status único de estudante de medicina envolve, não somente o papel de um estudante em relação aos seus professores, mas também uma variedade de outros papéis relacionando o ocupante desse status a outros estudantes, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, técnicos em medicina etc. [...].

Deveria ser evidente que o conjunto de papéis difere do padrão estrutural que há muito foi identificado por sociólogos como sendo o de "múltiplos papéis", pois, no uso estabelecido, múltiplos papéis referem-se ao conjunto de papéis associados, não a um único status social, mas a vários status (muitas vezes, em esferas institucionais diferentes), em que os indivíduos se encontram – os papéis, por exemplo, ligados aos status distintos de professora, esposa, mãe, católica, republicana e assim por diante. Designamos esse complemento de status sociais de um indivíduo como seu conjunto de status, cada um dos status, por sua vez, tendo o seu conjunto de papéis distintos (MERTON, 1968, p. 423-424).

As relações, prossegue Merton, não se dão somente entre o ocupante do status específico e cada membro do conjunto de papéis, mas potencialmente sempre e, na verdade, geralmente, entre membros do próprio conjunto de papéis.

A distinção entre os múltiplos papéis e o conjunto de papéis é extremamente importante no contexto de “papéis de atividades situados” (GOFFMAN, 1961). Considere-se, por exemplo, as responsabilidades de papel difusas de um clérigo: “funções como líder cultural, professor, médico ou assistente social, podem ser movidas para um lugar central pelo clérigo, obscurecendo suas responsabilidades especificamente religiosas” (ELLIOTT, 1972, p. 126). Balint (1957) fornece um cenário, no qual uma jovem mulher solicita indevidamente um atestado médico. Os médicos respondem a esse pedido de forma diferente: enquanto um médico emite um sermão moral, outro coloca em primeiro plano um discurso sobre responsabilidade social, e outro considera essa solicitação imprópria como base para um diagnóstico diferencial. Isso é indicativo do desempenho profissional dentro de um conjunto de papéis, levando potencialmente a diferentes resultados. Na esfera acadêmica, os profissionais encontram-se em papéis concorrentes e conflitantes, quando desempenham, simultaneamente, as responsabilidades de orientador e de assessor de um projeto ou tese de um aluno. Enquanto uma parte do conjunto de papéis deve ser facilitar e fazer trabalho de andamento, a outra parte deve controlar o acesso às oportunidades. Da mesma forma, em relação à profissão de assistente social, o/a assistente social deve equilibrar seu papel de controlador(a) de oportunidades (avaliando a o direito de acesso dos pacientes) e de ser aquele/a que fornece apoio/ajuda (HALL *et al.*, 2006). No que diz respeito aos pacientes dos assistentes sociais, Hall *et al.* (1999) relatam uma distinção entre “boa mãe” e “má progenitora”⁵ como parte do mesmo conjunto de papéis no contexto de reuniões de discussão de casos relacionados ao bem-estar da criança.

2. Desempenho/representação de papéis: uma perspectiva interacional

Resumimos brevemente a já bem estabelecida estrutura de participação de Goffman (1981), a qual engloba papéis de produção e papéis de recepção:

Papéis de produção

Animador (a caixa de som; alguém que dá voz às palavras): “ele é a máquina falante, um corpo comprometido com a atividade acústica, ou, se preferirem, um indivíduo ativo no papel de produção da elocução” (1981, p. 144).

Autor (o agente que escreve as linhas): alguém que selecionou os sentimentos que estão sendo expressos e as palavras, nas quais eles são codificados” (1981, p. 144).

Responsável (a parte, cuja posição é atestada pelas palavras): “alguém cuja posição é estabelecida pelas palavras que são ditas, alguém, cujas crenças foram contadas, alguém que está comprometido com o que as palavras dizem” (1981, p. 144).

Papéis de recepção

⁵ N. T. No original, o autor usa os termos “good mother” e “bad parent”, respectivamente (p. 83).

De acordo com Goffman (1981, p. 3), “quando uma palavra é dita, todos os que porventura estejam no alcance perceptivo do evento terão algum tipo de status de participação relativo a ele”.

Ratificados: os ouvintes “oficiais”: distinção entre recipiente endereçado e recipiente não endereçado.

(Recipiente endereçado: aquele, a quem se presta atenção visual e para quem o papel de falante pode ser transferido).

(Recipiente não endereçado: o restante dos “ouvintes oficiais”, que podem ou não estar ouvindo).

Não-ratificados: (ouvinte ou espectador acidental (inadvertido); intrrometido (engendrado)).

Contra esse pano de fundo, podemos sugerir distinções entre o que Thomas (1986) chama de papéis de atividade e papéis discursivos. Os papéis de atividade (por exemplo, presidente de partido político, membro de partido político, redator de atas, repórter, convidado de honra) são dependentes do tipo de atividade, da qual o indivíduo está participando, e geralmente são definidos em relação aos outros participantes (ou o que Goffman [1961] vê como os “outros do papel”). Por exemplo, o papel de presidente de partido político somente é legitimado na reunião na co-presença de outros membros do partido político, assumindo-se que há um mandato institucional prévio sobre seu papel de atividade. Antes e depois de uma reunião e nos intervalos, o papel de atividade de presidente de partido político dissipa-se e, durante o evento em si, pode haver mudanças de *footing*, quando o/a presidente da partido político emite suas próprias opiniões como membro da partido político ao invés de como presidente da partido político. Papéis discursivos (por exemplo, orador, porta-voz, repórter, ouvinte acidental etc.) referem-se à relação entre os participantes e a mensagem (quer ele/ela a esteja produzindo, recebendo ou transmitindo em nome de outro etc.) (ver GOFFMAN, 1981; SARANGI, SLEMBROUCK, 1996). Em uma reunião de partido político, os membros da partido político podem responder a perguntas que lhes são feitas ou voluntariar informações que relatam os pontos de vista de outros co-presentes e de ausentes, ocupando, assim, papéis discursivos diferentes. O conceito de Zimmerman (1998) de identidade de discurso (narrador de histórias, receptor de histórias, perguntador, respondedor, iniciador de reparo) é outra maneira de referir-se aos papéis discursivos, e seu conceito de “identidades situadas” (por exemplo, telefonista, cidadão reclamante) sobrepõe-se aos papéis de atividade. No exemplo de dados 1, podemos ver que o aconselhador, de maneira sutil, não assume o papel discursivo de respondedor, no que diz respeito à indagação do marido; ao invés disso, ele adota o papel discursivo de explicador ou reformulador daquilo que foi dito antes, o que lhe permite continuar a abraçar seu papel de atividade de aconselhador profissional.

A discussão acima consolida o desempenho de papel no nível funcionalista, embora se reconheça que o papel não é uma categoria rígida da atividade cotidiana. Ao criticar a conceituação de papel de Linton como “direitos e deveres”, Hilbert (1981, p. 216-217) argumenta a favor de uma perspectiva interacionista:

Nossa recomendação é ver o “papel” como um conceito organizador usado ocasionalmente por atores em contextos sociais e ver sua utilidade para os atores em termos daquilo que eles fazem com ele;

por exemplo, o trabalho que eles demandam que ele faça, ao sustentar a estabilidade percebida do comportamento social, quaisquer que sejam seus propósitos imediatos. Vistos dessa maneira, os papéis não são matrizes comportamentais a serem descritas e explicadas, mas sim recursos conceituais que os atores usam para resolverem confusões, sancionarem causadores de problemas, instruírem outros nos caminhos do mundo e assim por diante.

Para Goffman (1981, p. 145), um falante pode “alterar o papel social, no qual ele atua [...] o que em reuniões de partido político é chamado de “trocar chapéus” [...] selecionar a capacidade, na qual devemos estar ativos é selecionar (ou tentar selecionar) a capacidade, na qual os recipientes de nossa ação estão presentes”. Tais alterações nos papéis sociais são, sem dúvida, realizadas através de um conjunto de papéis discursivos – a relação entre os participantes e a mensagem sendo produzida. Mehan (1983) chama nossa atenção para a linguagem de papel no contexto de tomada de decisões institucionais (por exemplo, relações de formato do falante em termos de apresentação e solicitação de informação que pode ter consequências). Da mesma maneira, Halkowski (1990), seguindo a distinção de Turner (1962) entre as abordagens funcionalista e interacionista, demonstra como os interagentes usam o papel para realizarem tarefas interacionais, tais como emitir e evitar acusações no contexto das audiências no congresso do caso Irã-Contras.

2.1. O desempenho de papéis profissionais em encontros na área de saúde

A caracterização do papel de médico pode ser historicamente traçada até Foucault (1972), que identifica o que pode ser visto, seguindo Merton (1957), como um conjunto de papéis, que combina aspectos de educação, terapia, controle de oportunidades, assim como de salvaguarda do bem comum:

Se, no discurso clínico, o médico, por sua vez, é o soberano, aquele que pergunta diretamente, o olho que observa, o dedo que toca, o órgão que decifra sinais, o ponto, em que as descrições previamente formuladas são integradas, o técnico de laboratório, é porque um grupo inteiro de relações está envolvido. As relações entre o espaço hospitalar como um local de assistência, de observação purificada e sistemática e de terapias parcialmente provadas, parcialmente experimentais, e todo um grupo de códigos perceptuais do corpo humano – como é definido pela anatomia mórbida; relações entre o campo de observações imediatas e o domínio de informações adquiridas; relações entre o papel terapêutico do médico, seu papel pedagógico, seu papel como intermediário na difusão do conhecimento médico, e seu papel como representante responsável pela saúde pública no espaço social (FOUCAULT, 1972, p. 53).

Em um nível mais situado, nossa compreensão do papel do médico não pode ser divorciada da conceituação de Parsons (1951, p. 437) do “papel de doente” do paciente, especialmente

“a obrigação – na proporção da gravidade da condição médica, claro – de procurar ajuda tecnicamente competente, ou seja, no caso mais usual, a de um médico, e de cooperar com ele no processo de tentar ficar bem. É aqui, claro, que o papel da pessoa doente como paciente torna-se articulado com o do médico em uma estrutura de papel complementar”.

Embora a conceituação de Parsons sobre o “papel de doente” tenha sido criticada por ser etnocêntrica (FREIDSON, 1970), ser centrada na sociedade, ao invés de no paciente (BLOOR, HOROBIN, 1975), e tender à restituição em detrimento da remissão associada a doenças crônicas (FRANK, 1995), o nosso interesse aqui reside no papel de ajuda técnica e especializada que se espera que o médico adote.⁶

O conhecimento técnico, a que Mishler (1984) se refere como “a voz da medicina”, torna-se a base da “função apostólica” (BALINT, 1957, p. 216) do profissional de saúde: “todo médico tem uma ideia vaga, mas quase inabalavelmente firme, de como o paciente deve se comportar quando está doente”. Em sua versão mais forte, o médico induz o paciente a ter o tipo de doença que o médico pensa ser adequada. Como tal raciocínio/julgamento profissional manifesta-se interacional e relacionalmente no que diz respeito ao papel, especialmente em um etos de prestação de cuidados médicos centrada no paciente (SARANGI, 2007; SARANGI, no prelo)?

No contexto de atenção primária, o papel do médico vem transformando-se. Embora trate de doenças graves, nos últimos anos, o médico de atenção primária tem sido convocado a assumir um papel de educador do paciente. Esta última função vem modificando a estrutura governada por regras do encontro clínico de apresentação de sintomas, e as explicações de sintomas podem intercalar-se com explicações iniciadas pelo médico das causas da doença. Consideremos alguns trechos de um ambulatório de atenção primária (CG = Clínico Geral, P = Progenitor(a)), envolvendo duas crianças com IVAS (Infecção das Vias Aéreas Superiores), nos quais o papel pedagógico e o papel terapêutico do médico fundem-se.⁷

Exemplo de dados 2

01	CG:	Olá
02	P:	Oi
03	CG:	Oi, o que podemos fazer pelo Lincoln?

⁶ A conceituação de Parsons do papel de doente, embora explique a dimensão moral em termos de direitos, obrigações e conformidade, não leva em consideração à forma como as pessoas entendem/dão sentido às suas experiências de doença. Também não se aplica a condições genéticas, nas quais a pessoa não está propriamente doente (por exemplo, o status de portador), ou àquelas pessoas que não sabem quando e de que forma serão afetadas por uma condição genética.

⁷ Sou grato a Chris Butler por tornar o conjunto de dados disponível para mim. Os nomes foram alterados para proteger o anonimato.

- 04 P: São os dois, na verdade, ela tá com o que achei que fosse um resfriado desde sexta, mas fiquei só adiando, adiando, mas a tosse parece só estar piorando, e ele pegou também, então não tenho certeza se eles pegaram algum tipo de infecção
- 05 CG: Certo, quem devemos olhar primeiro? O pequeno, então ele está com tosse? Mais alguma coisa que você tenha percebido de errado com ele?
- 06 P: Não, ele não tem estado muito mal, já ela não tá comendo
- 07 CG: Nariz escorrendo, febre, e essas coisas?
- 08 P: Sim, eles têm tido febre alta, quer dizer, eles tão obviamente juntos, então
- 09 CG: Tudo bem, mais alguém pegou?
- 10 P: Não
- 11 CG: Só as crianças
- 12 P: Sim, febris, resfriadas
- 13 CG: Certo, e o que você acha que está acontecendo, você mencionou um resfriado? O que é que te preocupa, algo mais...?
- 14 P: Bem, eles têm ficado acordados até (confuso), têm ficado bem incomodados com a tosse, então comecei a achar, sabe, se não tavam com uma infecção de garganta
- 15 CG: Certo, tudo bem, e o que você achou que eu poderia fazer por eles hoje, você teve alguma ideia sobre como lidaríamos com isso?
- 16 P: Não ... (confuso) ... antibiótico

No turno 4, o/a progenitor(a) articula os sintomas adotando um *self* moral, que quase beira a negligência parental (“ela tá com o que achei que fosse um resfriado desde sexta, mas fiquei só adiando”). Essa aparente negligência é contraposta por um agravamento dos sintomas (“mas a tosse só parece estar piorando”), conduzindo a um autodiagnóstico formulado experimentalmente (“não tenho certeza se eles pegaram algum tipo de infecção”). As formulações subsequentes do CG (turnos 5, 7 e 9) – “Mais alguma coisa que você tenha percebido de errado com ele?”, “Nariz escorrendo, febre, e essas coisas?”, “mais alguém pegou?” – assim como afirmações com entonação crescente são exemplos clássicos da rotina de levantamento da história, exigindo maior especificação dos sintomas. Eles também incorporam a ideologia centrada no paciente ao reconhecerem a função e o conhecimento dos pacientes (no caso, progenitores). Em contextos pediátricos, Strong e Davis (1978) sugerem que os progenitores tenham conhecimento especializado e detalhado sobre seus filhos, dessa forma, o conhecimento científico e generalizado do médico tende a estar condicionado ao conhecimento dos progenitores. O hiperquestionamento do CG, no turno 13 – “e o que você acha que está acontecendo”, “O que é que te preocupa, algo mais?” –, pode ser categorizado como uma série de demonstração de perspectiva (MAYNARD, 1991), mas notem que tal exposição parental é solicitada na fase de levantamento da história, não na fase de tratamento do encontro. Tais perguntas de demonstração de perspectiva da fase de levantamento da história parecem ressaltar a postura afetiva do(a) progenitor(a) (“eles têm ficado bem incomodados com a tosse”), ao mesmo tempo em que especificam ainda mais o autodiagnóstico, à medida que a hesitação dá lugar a um nível de certeza (“então comecei a achar, sabe, se não tavam com uma infecção de garganta”). Isso conduz o CG, no turno 15, a fazer outra pergunta de demonstração, direcionada a um possível regime de tratamento (“o que você achou que eu poderia fazer por eles hoje, você teve alguma ideia sobre como lidaríamos com isso?”). Isso resulta em P expressando sua expectativa sobre antibiótico embora hesitantemente, uma vez que partes do que diz estão confusas na transcrição.

Nesse estágio, esperaria-se o início da fase de exame físico, possivelmente levando à prescrição de antibióticos. No entanto, como podemos ver na sequência seguinte, o CG escolhe mudar a posição de um papel terapêutico para um papel pedagógico, desencadeado pelo questionamento explícito do entendimento do(a) P sobre antibióticos. A interação continua conforme se segue:

Exemplo de dados 3

- 17 CG: Sim, o que você sabe sobre antibiótico? Muito?
18 P: (resposta confusa, soa como, “eles curam infecções”)
19 CG: Tudo bem, ele realmente trata infecções causadas por um tipo de germe chamado bactéria, e o antibiótico mata as bactérias, a maioria das infecções que causam tosse, resfriados etc. são causadas por um tipo diferente de germe chamado vírus, e eles não vêm a ser de muita ajuda para tratar vírus, apenas bactérias, então precisamos decidir qual é a causa, está bem?
20 P: Sim, certo
21 CG: Então eu acho que já que a Camilla é a primeira vítima, vamos dar uma olhada nela primeiro e então daremos uma olhadinha no Lincoln.
22 P: A tosse é muito pior nela, ela tem ficado mal com ela, tipo
23 CG: Certo, ela fica um pouco (confuso) a asma no passado, então?
24 P: Não, não exatamente.
25 CG: Não, agora são realmente apenas resfriados e tosse novamente? Tudo bem, então agora, minha jovem Camilla, posso dar uma olhada na sua boca, por favor? ...Muito obrigado, você é boazinha ... Agora, deixa eu dar uma olhadinha nos seus ouvidos, vou olhar nos seus escutadores, é assim que chamamos isso na Escócia ... Ela tem reclamado de dor de ouvido?
26 P: Não doutor.
27 CG: Está um pouquinho vermelho, o tímpano está um pouco vermelho, o direito está OK, posso dar uma auscultada no seu pulmão Camilla, por favor? Você tem se sentindo indisposta? Vire-se pra mim, puxe sua blusa até aqui, posso fazer isso?
28 Criança: Sim (tosse)
29 CG: Meu Deus, você está bem agasalhada de novo, não está, com esse frio? Isso é muito bom, então agora Camilla, você pode respirar bem fundo? Faça de novo, maravilha, de novo...levanta sua blusa... uma última... Está ótimo, obrigado, tudo bem, agora eu escutei uma tosse quando ela entrou, e sim, realmente soa como se estivesse com o peito um pouquinho cheio, mas na verdade ela está perfeitamente limpa, não tem problema pulmonar, catarro, a garganta parece OK... um pouco vermelha aqui.... Tudo bem, acho que é um tipo de resfriado que as crianças pegam, porque a irritação aqui não é uma tosse, é uma infecção viral, eu não acho que você precisa tratar disso com antibiótico, acho que o que devemos fazer é apenas o caso de ficar confortável, na esperança de melhorar, vamos só dar uma olhada no Lincoln para ver se ele se encaixa na mesma categoria...
30 P: (fala algo longe do microfone)
31 CG: Ah, são duas crianças que você tem?
32 P: Sim
33 CG: Tudo virá em pares agora.
34 P: Ela começou na creche, ela vai pra casa com muito disso, ela tem ficado realmente mal.
35 CG: Tudo bem, Que garoto adorável, acomode a cabeça dele no seu peito, vamos dar uma olhadinha, os médicos sempre dizem... Os médicos escoceses estão sempre usando “-inho”⁸ muito bom, muito bom, e uma auscultada no pulmão dele, bem,

⁸ N.T.: A palavra utilizada pelo médico é *wee*, que pode ser tanto adjetivo quanto advérbio, indicando diminutivo. Assim, sempre que o médico utiliza essa palavra como um adjetivo (em *wee look*, por

eu mudei um pouco, estou falando em inglês⁹.... tudo bem tudo bem.... (examina a criança) tudo bem, bom, tudo bem, muito obrigado, de novo, ele tem um pouco de vermelhidão aqui ao longo das costas (confuso – o médico fala um pouco fora do microfone) nariz encatarrado, agora, ele está com um pouco de chiado no peito e isso acontece quando as vias aéreas ficam um pouquinho inflamadas, um pouquinho (confuso), fica ofegante, e se desce para as vias aéreas, chamamos isso de bronquiolite e, de novo, é uma infecção viral, e a respiração dele está boa, e ele não está tendo problema nenhum com isso, e o ritmo no qual ele está respirando.... no qual está respirando está bom, às vezes, com esse tipo de bronquiolite de bebês, porque as vias aéreas estão sempre se estreitando porque os bebês são pequenos, e se isso incha, podemos passar a ter pequenos problemas com a respiração, e uma vez que você percebe que ele está tendo esse tipo de problema, você começa a respirar consistentemente, se você tenta aliviá-lo, ele vai entrar em pânico... mas o negócio todo disso é que se você se sentar lá calmamente... e começar a perceber que ele está ofegante e respirando rapidamente, e respirando mais superficialmente, e se ele está tendo por problemas sérios, você só (confuso – falando longe do microfone) ... mas apenas concentra a respiração dele, e você pode ver que ele está respirando... (confuso – falando longe do microfone) ... agora, nós não.... nessa fase, ele não tem um (confuso) e isso não é muito comum de acontecer, na maior parte das vezes o que acontece é que as crianças vão tossir pra caramba por uma semana ou mais e logo ficam melhores, ok? E eu te digo que só assim você sabe o que fazer por ele, se você está ficando um pouco preocupada, basta dar uma olhadinha na respiração dele, mas se quiser, traga-o de volta e eu o ausculto de novo, tudo bem? No que diz respeito ao tratamento nesse momento (o bebê chora) eu simplesmente pensaria em um simples remédio para a tosse para aliviá-los durante a noite, apenas para dar-lhes uma noite melhor, ela vai tossir, esse aqui também à noite, eles ficam piores à noite porque é sempre... não sei por que, sempre funciona assim, então é bem provável que você passe umas noites em claro, ok

No turno 19, o CG oferece uma explicação prototípica de como os antibióticos matam as bactérias, o que atrasa a fase de exame físico apenas ligeiramente. Essa explicação apresenta distinções entre infecções bacterianas e virais, e o aspecto educacional é salientado através do uso da metaconversa (“precisamos decidir qual é a causa, ok?”). Quando o exame físico prossegue, o CG oferece o que Heritage e Stivers (1999, p. 1501) chamam de “comentário *online*”: “conversa que descreve o que o médico está vendo, sentindo ou ouvindo durante o exame físico do paciente” (ver também MANGIONE-SMITH *et al.*, 2003). O comentário *online* serve para antecipar a resistência do paciente, em caso de diagnóstico de “nenhum problema”, mas, no extrato acima, o comentário *online* é acompanhado pelo que pode ser chamado de “comentários *offline*”, por meio dos quais o médico sai do exame físico e oferece explicações de vários tipos (ver RAGAN, (1995) para um relato paralelo no contexto de exames obstétrico-ginecológicos). Notamos aqui a interpenetração de pelo menos dois papéis do conjunto de papéis – o papel terapêutico do médico como provedor de tratamento e o papel pedagógico do médico como educador de pacientes – além de manter o papel discursivo de conversar com as crianças, afetiva e instrucionalmente, como destinatários diretos, ao invés de plateia acidental (ver turno 25 e seguintes). O comentário *offline* coloca em primeiro plano o papel educativo do médico no recrutamento da participação dos responsáveis no futuro tratamento da criança. É interessante notar como o CG, não só se

exemplo), utilizamos o sufixo –inho(a) como indicativo do diminutivo (olhadinha). Em contrapartida, quando o médico escolhe o *little* para indicar diminutivo (em *little listen*, por exemplo), optamos pela utilização do sufixo –ado(a) (auscultada).

⁹ N. T.: O médico quis dizer que deixou de utilizar *wee* e passou a utilizar *little*.

move livremente entre seus papéis pedagógicos e terapêuticos, mas também entre as diferentes fases do encontro clínico. A pergunta, no final do turno 25 (“ela tem reclamado de dor de ouvido”) pertence mais à fase de levantamento do histórico do que à fase de exame físico. Podemos sugerir que essas mudanças entre comentários *online*, comentários *offline* e as perguntas sobre questões relacionadas aos sintomas são indícios do papel pedagógico do CG, ao mesmo tempo em que posicionam o/a progenitor(a) como especialista nas crianças e porta-voz delas, especialmente quando lhes falta os direitos de fala por causa de sua idade. Em consultas pediátricas como essa, ambos os comentários *online* e comentários *offline* funcionam retoricamente: o/a progenitor(a) permanece tanto como plateia accidental e como destinatário(a) primário, em antecipação a futuros planos de ação.

No turno 29, o CG formula sua avaliação especializada na forma de resumos interpretativos (para ampliar a terminologia de Ferrara, 1994) que contêm elementos de diagnóstico individualmente-orientados (“realmente soa como se estivesse com o peito um pouquinho cheio, mas na verdade ela está perfeitamente limpa, não tem problema pulmonar”), assim como explicações pedagógicas enquadradas de forma geral (“acho que é um tipo de resfriado que as crianças pegam”). Tais resumos antecipam a intervenção, nesse caso a não-intervenção. A decisão de não prescrever antibióticos (“porque a irritação aqui não é uma tosse, é uma infecção viral, eu não acho que você precisa tratar disso com antibiótico”) é acompanhada de uma explicação.

No turno 35, o CG está examinando Lincoln e novamente notamos a intercalação de comentários sobre diagnósticos individualmente orientados e explicações pedagógicas orientadas de forma mais geral. Considere-se o seguinte:

[...] ele está com um pouco de chiado no peito e isso acontece quando as vias aéreas ficam um pouquinho congestionadas, um pouquinho (confuso), fica ofegante, e se desce para as vias aéreas, chamamos isso de bronquiolite e, de novo, é uma infecção viral

[...] a respiração dele está boa, às vezes, com esse tipo de bronquiolite de bebês, devido às vias aéreas já serem estreitas porque os bebês são pequenos, e se isso incha, podemos passar a ter pequenos problemas com a respiração

[...] você pode ver que ele está respirando... (confuso – falando longe do microfone) ... agora, nós não... nessa fase, ele não tem um (confuso) e isso não é muito comum de acontecer, na maior parte das vezes o que acontece é que as crianças vão tossir pra caramba por uma semana ou mais e logo ficam melhores, ok?

Pode-se argumentar que tais explicações pedagógicas estão direcionadas a educar o/a progenitor(a) sobre os padrões de respiração, que formarão, então, a base para qualquer ação futura. Isso é explicitamente articulado pelo CG no final do turno 35 (“E eu te digo que só assim você sabe o que fazer por ele, se você está ficando um pouco preocupada, basta dar uma olhadinha na respiração dele, mas se quiser, traga-o de volta e eu o ausculto de novo, ok?”). Finalmente, o CG decide prescrever remédio para tosse em vez de antibiótico, como antecipado pelos comentários *online* de “sem problemas”, e ele justifica essa ação “para aliviá-los durante a noite, apenas para dar-lhes uma noite melhor”.

3. Conclusão

Neste trabalho, comecei contextualizando a noção de papel em relação a noções cognatas, como *self*, identidade e status. Parece que os estudiosos tendem a utilizar esses termos intercambiavelmente, ao mesmo tempo em que concordam sobre os desempenhos localizados e reflexivos de papel, identidade e *self vis-à-vis* uma orientação para os outros. Ao concentrar-me em papéis discursivos, papéis de atividade e conjunto de papéis, ofereci exemplos selecionados de encontros na área da saúde, na tentativa de sugerir que a pesquisa em linguística/discurso/interação pode contribuir ainda mais para esclarecer os significados distintos desses conceitos – teórica e empiricamente. Utilizando a clássica metáfora figura-fundo, pode-se dizer que o papel seria a figura, enquanto a identidade, o status e o *self* permaneceriam o fundo. Como McCall e Simmons (1966, p. 163) sugerem:

Embora um determinado desempenho seja sempre relevante para mais de uma de nossas identidades, nenhum único desempenho ou agenda diária de desempenhos pode servir para legitimar todas as nossas identidades de papel; há simplesmente muitas delas, e elas devem ser observadas o tempo todo. O que foi aceito há um momento atrás como uma reivindicação legítima de uma identidade pode não mais sê-lo, pois reconhecemos que as pessoas são, de fato, inconstantes e mutáveis, na maioria das vezes.

Estendendo ao contexto da área de saúde, os médicos estão continuamente expostos a um repertório de categorias de papéis profissionais (conjunto de papéis), através da educação, aprendizagem e experiência médicas. Em qualquer consulta, dependendo da personalidade do paciente e de suas expectativas, o médico tem que configurar momentânea e cumulativamente papéis relevantes do conjunto disponível de papéis. Isso vai além da máxima sociológica tradicional de que o comportamento comunicativo do médico é influenciado pelos atributos de status social dos pacientes, ou seja, etnia, classe, gênero, idade etc. Parece que a noção de “papel”, com toda a sua complexidade, é, talvez, mais operacionalizável no nível interacional social, e especialmente nos domínios institucionais/profissionais, do que as noções de *self*, identidade e status.

Reconfiguring self/identity/status/role: The case of professional role performance in healthcare encounters

ABSTRACT: Concepts such as self, identity, status and role are central to discourse analytical endeavours. However, these concepts are used interchangeably, and sometimes in a conflated manner (e.g., self-identity, role-identity), by scholars within and across different analytical domains with overlapping ontological and epistemological trajectories. Beginning with a broader theoretical discussion of self, status and identity from sociological and social psychological traditions, in this paper I focus on role and role performance in professional settings. Using Goffman's work as a bridge I then offer an interactional perspective on role performance which is extended to the doctor-patient relationship in healthcare encounters. The illustrative data examples are taken from the primary care setting, drawing attention to the doctor's competing roles, i.e., therapeutic and pedagogic, contained within the professional role-set in an

ethos which is predominantly steered towards patient-centred healthcare delivery. My main argument is that an examination of professional role-performance at the interactional level is capable of offering interesting theoretical and empirical insights.

Keywords: Professional role performance; Role-set; Therapeutic and pedagogic roles; Online commentaries; off-line commentaries; Primary care consultation.

Sobre o autor

Srikanth Sarangi é professor de linguagem e comunicação e diretor do Centro de Pesquisa em Saúde e Comunicação da Universidade de Cardiff. Ele também é professor de Linguagem e Comunicação na Universidade de Ciência e Tecnologia da Noruega (NTNU), Trondheim (Noruega), Professor Honorário, Faculdade de Humanidades, Universidade de Aalborg, e professor honorário do Centro de Humanidades e Medicina, Universidade de Hong Kong. Seus interesses de pesquisa residem em Linguística Aplicada e estudos do discurso institucional/profissional (e.g. saúde, assistência social, burocracia, educação). Ele é autor e editor de 12 livros, editor convidado de cinco volumes especiais de periódicos, e publicou cerca de 200 artigos e capítulos de livros. Ele é editor do periódico *Text & Talk*, bem como o editor fundador do periódico *Communication and Medicine*, e, junto com C. N. Candlin, editor do periódico *Journal of Applied Linguistics and Professional Practice*. Endereço para correspondência: Health Communication Research Centre, Cardiff School of English, Communication and Philosophy, Cardiff University, Humanities Building, Colum Drive, Cardiff CF10 3EU, UK. Email: sarangi@cardiff.ac.uk

Referências

ANTAKI, C.; WIDDICOMBE, S. *Identities in Talk*. London : Sage, 1998.

BALINT, M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1957.

.BENWELL, B.; STOKOE, E. *Discourse and Identity*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 2006.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *The Social Construction of Reality*. Harmondsworth: Penguin, 1967.

BLOOR, M. J.; HOROBIN, G. W. Conflict and conflict resolution in doctor/patient interactions. In: COX, C.; MEAD, A. *A Sociology of Medical Practice*. London: Collier-Macmillan, 1975. p. 271-284.

DE FINA, A.; SCHIFFRIN, D.; BAMBERG, M. *Discourse and Identity*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.

ELLIOTT, P. *The Sociology of the Professions*. London: Macmillan, 1972.

FERRARA, K. W. *Therapeutic Ways with Words*. New York: Oxford University Press, 1994.

FRANK, A. W. *The Wounded Storyteller: Body, Illness and Ethics*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1995.

FREIDSON, E. *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead & Company, 1975 [1970].

FOUCAULT, M. *The Archaeology of Knowledge*. Tradução: A. M. Sheridan Smith. New York: Pantheon Books, 1972.

GIDDENS, A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press, 1991.

GOFFMAN, E. *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday, 1959.

GOFFMAN, E. *Encounters: Two Studies in the Sociology of Interaction*. Indianapolis, IN: BOBBS-MERRILL. Indianapolis, 1961.

GOFFMAN, E. *Frame Analysis*. New York: Harper & Row, 1974.

GOFFMAN, E. *Forms of Talk*. Oxford: Blackwell, 1981.

HALKOWSKI, T. 'Role' as an interactional device. *Social Problems*. v. 37, n. 4, p. 564–577, 1990. doi:10.1525/sp.1990.37.4.03a00100

HALL, C.; SARANGI, S.; SLEMBROUCK, S. The legitimation of the client and the profession: Identities and roles in social work discourse. In: SARANGI, S.; ROBERTS, C. (Eds.). *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1999. p. 293 – 322.

HALL, S. DU GAY, P. *Questions of Cultural Identity*. London: Sage, 1996.

HERITAGE, J. STIVERS, T. Online commentary in acute medical visits: A method of shaping patient expectations. *Social Science & Medicine*. v. 49, n.11, p. 1501–1517. doi:10.1016/S0277-9536(99)00219-1

HILBERT, R. Toward an improved understanding of 'role'. *Theory and Society*. v. 10, n.2, p. 207–226, 1981. doi:10.1007/BF00139892

KATZ, E.; DANET, B. *Bureaucracy and the Public: A Reader in Official-Client Relations*. New York: Basic Books, 1973.

LINTON, R. The status-role concept. In: HOLLANDER, E. P.; HUNT, R. G. (Eds.). *Classic Contributions to Social Psychology*, p.111–114. New York: Oxford University Press. 1971. p.111–114.

MCCALL, G.; SIMMONS, J. L. *Identities and Interactions: An Examination of Human Associations in Everyday Life*. New York: The Free Press, 1978 [1966].

MANGIONE-SMITH, R.; STIVERS, T.; ELLIOTT, M.; MCDONALD, L.; HERITAGE, J. Online commentary during the physical examination: A communication tool for avoiding. Inappropriate antibiotic prescribing? *Social Science & Medicine*. v. 56, n.2, p. 313–320, 2003. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00029-1

MAYNARD, D. The perspective-display series and the delivery and receipt of diagnostic news. In: BODEN, D.; ZIMMERMAN, D. H. (Ed.). *Talk and Social Structure*. Cambridge: Polity Press, 1991, p.164–192.

MEAD, G. H. *Mind, Self and Society*. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1934.
MEHAN, H. The role of language and the language of role in institutional decision making. *Language in Society*, v. 12, n. 2, p.187–211, 1983. doi:10.1017/S004740450009805

MERTON, R. *Social Theory and Social Structure, enlarged edition*. New York: Free Press, 1968.

MISHLER, E. G. *The Discourse of Medicine: Dialectics of Medical Interviews*. Norwood, NJ: Ablex, 1984.

PARK, R. E. *Race and Culture*. Glencoe, IL: The Free Press, 1950.

PARSONS, T. *The Social System*. London: Routledge & Kegan Paul, 1951.

PILNICK, A. What 'most people' do. Exploring the ethical implications of genetic counselling. *New Genetics and Society*. v. 21, n. 3, p. 339–350, 2002. doi:10.1080/14636770216003

Ragan, S. L. (1995) Educating the patient: Interactive learning in an OB-GYN context. In: MORRIS, G. H.; CHENAIL, R. J. (Ed.). *The Talk of the Clinic: Explorations in the Analysis of Medical and Therapeutic Discourse*, 185–207. Hillsdale, NJ: Erlbaum Associates, 1992. p. 185–207.

RICOEUR, P. *Oneself as Another*. Tradução K. Blamey. Chicago, IL: University of Chicago Press. 1992.

SARANGI, S. Activity types, discourse types and interactional hybridity: The case of genetic counselling. In: SARANGI, S.; COULTHARD, M. *Discourse and Social Life*. London: Pearson. 2000. p.1–27.

SARANGI, S. Other-orientation in patient-centred healthcare communication: Unveiled ideology or discursal ecology? In: GARZONE, G.; SARANGI, S. *Discourse, Ideology and Ethics in Specialised Communication*. Berne: Peter Lang. 2007. p. 39–71.

SARANGI, S. (in press) Owing responsible actions/selves: Parental accounts in the context of childhood genetic testing. In: ÖSTMAN, J.-O.; SOLIN, A. (Ed.). *Discourse and Responsibility in Professional Settings*. London: Equinox. (in press).

SARANGI, S.; CLARKE, A. *Zones of expertise and the management of uncertainty in genetics risk communication*. *Research on Language and Social Interaction*. v.35, n.2, p. 139–171, 2002 doi:10.1207/S15327973RLSI3502_2

SARANGI, S.; ROBERTS, C. *Talk, Work and Institutional Order: Discourse in Medical, Mediation and Management Settings*. Berlin: Mouton de Gruyter, 1999.

SARANGI, S; SLEMBROUCK, S. *Language, Bureaucracy and Social Control*. London: Longman, 1996.

STRONG, P. M.; DAVIS, A. G. Who's who in paediatric encounters: Morality, expertise and the generation of identity and action in medical settings. In: DAVIS, A. G. (Ed.). *Relationships Between Doctors and Patients*. Farnborough: Saxton House, 1978. p. 48 – 75.

THOMAS, J. A. *The Dynamics of Discourse: A Pragmatic Analysis of Confrontational Interaction*. Unpublished Doctoral Thesis. Lancaster University, 1986.

TURNER, R. H. Role-taking: Process versus conformity. In: ROSE, A. (Ed.). *Human Behaviour and Social Processes*. New York: Houghton Mifflin, 1962. p. 20–40.

Data de envio: 21/05/2014

Data de aceite: 08/10/2014

Data de publicação: 23/04/2015