

## O ETHOS DISCURSIVO EM INTERAÇÕES DE UM GRUPO DE APOIO A FAMILIARES DE PESSOAS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER

### DISCURSIVE *ETHOS* IN INTERACTIONS OF A SUPPORT GROUP FOR FAMILY OF PEOPLE WITH ALZHEIMER'S DISEASE

Fernanda Ferreira Gimenes\*  
Caio César Costa Ribeiro Mira\*\*

#### **Resumo:**

No Brasil, o contingente da população acometida pela Doença de Alzheimer (DA) é responsável por cerca de 50-70% das demências em idosos (BURLA et al., 2013), condição que limita ou dificulta as atividades diárias e acarreta impactos diretos na qualidade de vida da pessoa acometida pela patologia e por seus familiares. Nesse contexto, os Grupos de Apoio (GA) constituem espaços importantes de socialização onde familiares e cuidadores podem compartilhar experiências de cuidado e de convívio com a pessoa acometida pela DA. Este artigo visa à análise da noção de *ethos* discursivo em interações ocorridas no contexto institucional de um Grupo de Apoio. O referencial teórico deste trabalho está fundamentado no campo Análise do Discurso, especificamente nos estudos acerca da noção de *ethos* desenvolvidos por Maingueneau (1997; 2011) e Amossy (2005). Analisamos um corpus proveniente de gravações de vídeo de reuniões do GA, que são mediadas por um médico neurogeriatra. Os resultados de nossas análises demonstram que ocorre uma alternância de imagens discursivas do médico, revelando a autoridade enunciativa do profissional de saúde e a aproximação com os interlocutores no contexto interacional do GA.

**Palavras chave:** doença de Alzheimer; *ethos*; grupo de apoio.

#### **Abstract:**

In Brazil, the contingent of the population affected by Alzheimer's disease, according Burlá et al (2013), accounts for about 50-70% of dementias in the elderly, a factor that limits or hinders daily activities and has direct impacts over the life's quality of the person affected by the disease and his relatives. In this context, Support Groups are important spaces of socialization where family members and caregivers can share experiences of care in the search for a better acceptance. This article aims to demonstrate the notion of discursive *ethos* in interactions that occurred in the institutional context of a Support Group for family members and caregivers of people affected by Alzheimer 's disease. The theoretical reference of this work is based on the Discourse Analysis field, specifically in the *ethos* studies of Maingueneau (1997,2011) and Amossy (2005). We analyzed a corpus derived from video recordings of meetings of this group, mediated by a neurogeriatric. The analysis of GA interactions demonstrates the

---

\* Mestre em Linguística Aplicada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Contato: [fernandagimenes@yahoo.com.br](mailto:fernandagimenes@yahoo.com.br).

\*\* Docente do Programa de Pós-Graduação em Linguística Aplicada da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). Contato: [cmira@unisinos.br](mailto:cmira@unisinos.br)

*physician as an enunciator of authority through what is enunciated by him, as well as an approximation of the pre-discursive ethos which is revealed in the enunciation scene.*

**Keywords:** Alzheimer's disease; *ethos*; support groups.

## Introdução

O primeiro caso da Doença de Alzheimer (doravante DA) foi diagnosticado em 1906 pelo médico alemão Alois Alzheimer após analisar a anatomia do sistema nervoso central de uma paciente de um asilo, que havia falecido por consequência de uma doença que alterava bruscamente seu comportamento (STELZMANN et al., 1995). Os exames histológicos e morfológicos realizados *post mortem* revelaram alterações nos tecidos mais tarde conhecidas como placas e emaranhados neurofibrilares. Segundo Goyanna et al. (2017, p.2), mais 4,6 milhões de pessoas no mundo são acometidas por essa condição neurológica.

Do ponto de vista neuropsicológico, a Doença de Alzheimer é uma síndrome demencial que corresponde a dois terços das demências diagnosticadas em idosos (IZQUERDO, 2002). Trata-se de uma doença progressiva que afeta processos cognitivos, mnêmicos, linguísticos, práticos e gnósticos. Clinicamente, o quadro dessa condição neurológica é definido pela hipersecreção de uma proteína chamada *Beta-Amilóide*. Tal proteína é produzida normalmente pelas células nervosas, porém, na patologia, a secreção de *Beta-Amilóide* ocorre de forma exagerada, causando vacúolos de tamanho crescente fora das células neuronais que, ao se juntarem, determinam a morte dos neurônios que as rodeiam.

No Brasil, o contingente da população acometida pela Doença de Alzheimer alcança o expressivo número de cerca de 1,2 milhão de pessoas. Apenas metade dessa população recebe tratamento, surgindo cerca de 100 mil novos casos a cada ano. Esses índices apresentados pelo IBGE estimam que esse número dobre até 2030. Talmelli et al. (2013) explicam que a DA é responsável por cerca de 50-70% das demências em idosos, fator que limita ou dificulta as atividades diárias e tem impactos diretos na qualidade de vida da pessoa acometida pela patologia e por seus familiares. Conforme o Ministério da Saúde (2013), a DA apresenta uma variedade de sintomas, sendo, por

isso, comumente confundida com outras patologias, tais como Esclerose Múltipla, Doença de Lewy,<sup>1</sup> por exemplo. O aumento da expectativa de vida faz da DA a demência mais comum em idosos junto a outras doenças como o câncer e diabetes. Em geral, o que se identifica no exame clínico é a deficiência da memória recente, em contraponto às lembranças remotas que são preservadas até um certo estágio da doença. Ainda assim, trata-se de uma patologia de difícil aceitação.

Embora os números comprovem que a DA não seja uma doença rara, apesar de seu caráter insidioso, ainda não sabemos como lidar com ela. Nesse sentido, os Grupos de Apoio (doravante GA) oferecem aos cuidadores um espaço de compartilhamento de experiências e informações sobre a realidade e o convívio com a DA. Os GA são baseados na experiência do médico Joseph Pratt, que concebeu essa prática de compartilhamento como um fator terapêutico. O intuito dos GA é ser um espaço de compartilhamento de experiências comuns, o que favorece a discussão conjunta de estratégias que minimizem o sofrimento causado por uma determinada situação biossocial, visando exteriorizar os sentimentos ruins de desgaste e deterioração de uma doença (tão enriquecida de sentidos) que são projetados sobre o mundo. (SONTAG, 1984).

Nesse contexto, este artigo objetiva analisar as interações ocorridas em reuniões de um GA, situado na região Sul do Brasil, que é constituído por um médico neurogeriatra e os familiares e cuidadores de pessoas acometidas pela DA. O escopo de nossa análise é focado nos processos de construção do *ethos* discursivo do médico nas narrativas orais ocorridas nesse ambiente interacional. Consideramos em nossas análises o pressuposto de que a interação consiste em um processo colaborativo que ocorre no interior de quadros sociais mais explícitos que, ao mesmo tempo, dão forma e conteúdo às ações comunicativas. Nesse sentido, segundo Marcuschi (1998), a conversação constitui um domínio empírico para a análise dos fenômenos

---

<sup>1</sup> De acordo com o *site* [alzheimermed.com](http://alzheimermed.com), as patologias definidas como doenças neurodegenerativas, apresentam sintomas similares. Isso ocorre em função da confusão mental ser um sintoma comum. Além disso, a DA e a esclerose múltipla apresentam um difícil diagnóstico e ainda sem cura. A Esclerose Múltipla define-se como uma inflamação na bainha de mielina, causando surtos onde a pessoa apresenta desde a perda de alguns movimentos, como problemas de visão e, em fase avançada, dificuldade de respirar e engolir por afetar a coordenação motora. A Doença de Lewy, assim como as demais patologias citadas, também se caracteriza pela confusão mental, perda de movimentos, além de afetar a memória.

pragmáticos, interativos e linguísticos envolvidos na interação face a face, revelando as estratégias que os participantes de organizações sociais, em diferentes configurações, utilizam para construir e interpretar seu próprio mundo e agir nele, em um trabalho contínuo de alinhamento interativo, social e comunicativo.

Com o propósito de analisarmos a construção do *ethos* discursivo, mobilizaremos as teorias de Maingueneau (2011) e de Amossy (2005) para analisar como a autoridade do médico é construída discursivamente no contexto interacional do Grupo de Apoio. Pretendemos desenvolver análises que revelem os recursos discursivos e interacionais que são mobilizados na construção do *ethos* do médico neurogeriatra, líder do GA, e identifiquem sua autoridade institucional no emprego de diferentes vozes discursivas.

A DA não se constitui somente como uma condição neurológica degenerativa. Não é preciso estender o seu quadro sintomático para constatar que as relações sociais do indivíduo acometido pela patologia e, também, de pessoas próximas a ele são afetadas diretamente (MIRA; FARACO, 2016; MIRA, 2017). Desinformação, falta de preparo e apoio são alguns fatores que complicam ainda mais esse quadro. Conforme argumenta Cruz (2008, p. 45), os impactos da DA desencadeiam:

novos discursos e novas práticas sociais surgem em uma sociedade na qual a perda da memória e da cognição humana têm implicações de diversas ordens. Constroem-se outros discursos científicos, além do biomédico, e cotidianos sobre a demência e sobre o envelhecimento, sobre normal e patológico; novas formas de organização da sociedade são criadas para integrar a categoria “portador de Alzheimer”, como novas instituições para idosos com neurodegenerescência, associações para cuidadores e familiares e novas categorias como “cuidador”, “tutor”, “Alzheimer jovem”, “familiar de um Alzheimer”, “familiar Alzheimer”.

São justamente as novas formas de organização da sociedade para lidar com a realidade da DA que serão investigadas nesta pesquisa. A contribuição que análises dessa natureza pode proporcionar não é somente a compreensão dos fatores linguísticos e discursivos, mas também a socialização, a partir das práticas interativas desse grupo, do convívio com uma condição de saúde complexa e ainda pouco compreendida em nossa sociedade.

## 1. O *ethos* discursivo

Conforme por Amossy (2005), o conceito de *ethos* surge na obra Aristóteles como uma característica argumentativa que é conferida ao orador um perfil ético e moral. O *ethos* se baseia na autoridade e na veracidade de seus argumentos. Para Maingueneau (2011), a noção de *ethos* discursivo está relacionada à possibilidade de reflexão do sujeito sobre sua adesão a uma certa posição discursiva, onde o falante faz escolhas discursivo-lexicais que constroem uma imagem diante de seu interlocutor. É como uma imagem de si que o falante procura construir em dada situação, ou cenografia, que é dotada de referências culturais e sociais previamente estabelecidas. Nesse sentido, o *ethos* discursivo é definido como:

a ideia prévia que se faz do locutor e a imagem de si que ele constrói em seu discurso não podem ser singulares. Para serem reconhecidas pelo auditório, para parecerem legítimas, é preciso que sejam assumidas em uma *doxa*, isto é, que se indexem em representações partilhadas. (AMOSSY, 2005, p.125).

De acordo com a autora, o discurso assume duas perspectivas: a interacional, a qual não tem significado fora da interação; e a institucional, que assume sentido consoante com o posto ocupado pelo orador. Isso significa que “o poder das palavras deriva da adequação entre a função social do locutor e seu discurso”. (AMOSSY, 2005, p. 120). Diante disso, a autora complementa afirmando que “a eficácia da palavra não depende do que ela enuncia, mas daquele que a enuncia e o poder do qual ele está investido aos olhos do público” (AMOSSY, 2005, p. 121). E a finalidade discursiva permite ao orador que construa uma imagem de si, em conformidade com o papel que deseja representar. No entanto, seu próprio discurso revela sua identidade, independente do que almeja parecer para seu alocutário.

A identidade revelada no discurso é constituída pelo poder que as palavras exercem. A imagem construída pelo orador se desenvolve por meio de processos inferenciais exaltados na enunciação dentro da cena de enunciação, a imagem é associada pela forma do dizer (MAINGUENEAU, 2011). O poder exercido pelas

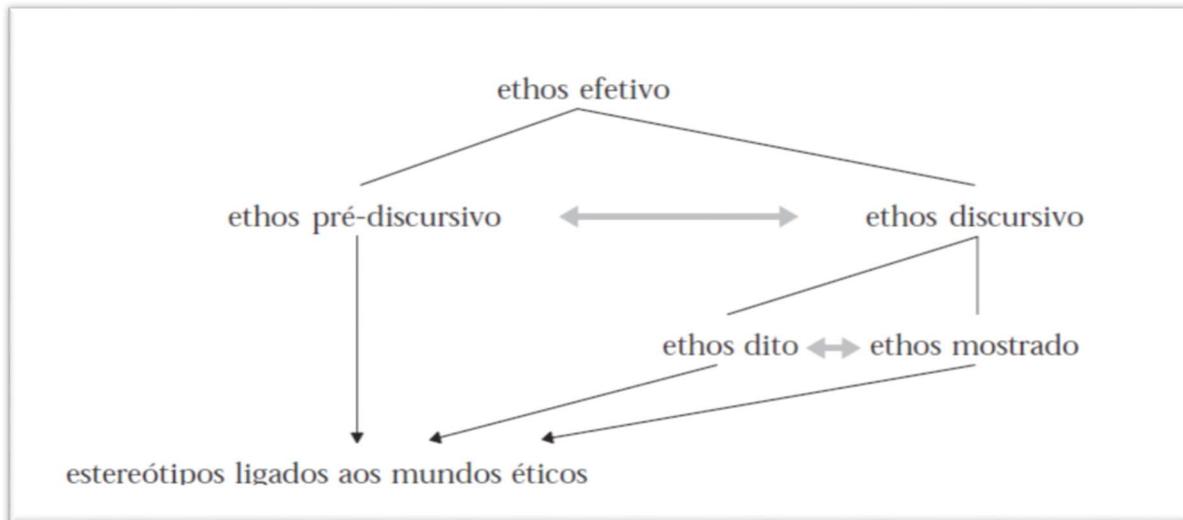
palavras, conforme explica Amossy (op. cit), é resultante da função ocupada pelo orador aliada ao discurso por ele proferido. A ideia de *ethos* separa o *ethos* prévio do *ethos* construído pelo enunciado, pois “o destinatário atribui a um locutor inscrito no mundo extra discursivo traços que são em realidade intradiscursivos, já que são associados a uma forma de dizer”. (MAINGUENEAU, 2011).

O autor considera inicialmente um *ethos* retórico aristotélico em que o orador se vale de três qualidades para falar de si mesmo: *phronesis*, *aretè* e *eunoia*. A *phronesis* significa prudência, *aretè* a virtude e a *eunoia* a benevolência. Somado à concepção aristotélica de prudência, virtude e benevolência, o *ethos* constitui “um comportamento que, como tal, articula o verbal e o não verbal, provocando nos destinatários efeitos multissensoriais” (MAINGUENEAU, 2011, p.6). Por seu turno, Amossy (2005), considera a existência de um *ethos* pragmático e de um sociológico. O *ethos* pragmático se constrói na interação. Já o *ethos* sociológico é entendido como uma troca simbólica, gerenciado por funções ou posições socialmente construídas, exteriores à interação.

Refletindo sobre a relação entre orador e auditório, a autora considera que a interação se justifica pela imagem que orador e auditório constroem um do outro, a partir de uma *doxa* comum. O enunciador cria uma figura de um locutor fiador de sua imagem, pois o:

[...] *ethos* recobre não só a dimensão verbal, mas também o conjunto de determinações físicas e psíquicas ligados ao “fiador” pelas representações coletivas estereotípicas. Assim, atribui-se a ele um “caráter” e uma “corporalidade”, cujos graus de precisão variam segundo os textos. O “caráter” corresponde a um feixe de traços psicológicos. Quanto à “corporalidade”, ela está associada a uma compleição física e a uma maneira de vestir-se. Mais além, o *ethos* implica uma maneira de se mover no espaço social, uma disciplina tácita do corpo apreendida através de um comportamento. O destinatário a identifica apoiando-se num conjunto difuso de representações sociais avaliadas positiva ou negativamente, em estereótipos que a enunciação contribui para confrontar ou transformar: o velho sábio, o jovem executivo dinâmico, a mocinha romântica [...]. (MAINGUENEAU, 2011, p.18).

O *ethos* efetivo do discurso é uma resultante de um *ethos* pré-discursivo e o *ethos* do discurso somados aos fragmentos do texto, confrontando o que é dito do que é mostrado, como ilustra o esquema abaixo, proposto por Maingueneau.



**Figura 1:** *Ethos* efetivo. Fonte: (MAINGUENEAU, 2011, p.19)

O esquema de Maingueneau demonstra que o *ethos* pré-discursivo é um estereótipo criado pelo outro, antes mesmo que o enunciador inicie sua enunciação. Cabem ao *ethos* pré-discursivo, as perspectivas interacionais e institucionais de Amossy (2005). O *ethos* discursivo é o resultado do *ethos* dito e o *ethos* mostrado. Fazer parte de um ato comunicativo significa assumir posicionamentos diversos em relação ao que se conta, e, ao fazer parte de um ato comunicativo, assumimos posicionamentos diversos e dispomos de diferentes máscaras para atuarmos em situações distintas (GOFFMAN, 1986). No entanto, é importante salientar que “a encenação não é uma máscara do real, mas uma de suas formas” (MAINGUENEAU, 1997, p.34).

A construção do *ethos* pré-discursivo é explicado por Amossy (2005) como fruto de uma *doxa* comum acerca do orador. Podemos considerar, a partir dessa concepção, que o *ethos* construído no discurso é uma elaboração colaborativa entre orador e auditório. Ao iniciar o discurso, o orador reconstrói sua imagem de acordo com o que interlocutor tem de imagem prévia de quem toma a palavra. Essa imagem pré-concebida do orador é uma representação cultural, fruto da *doxa* comum. A autora

afirma que “o estereótipo permite designar modos de raciocínio próprio a um grupo e os conteúdos globais do setor da *doxa* na qual ele se situa” (AMOSSY, 2005, p.126). No escopo do presente trabalho, partimos da premissa de que o *ethos* se constitui na interação como uma gama de elementos linguísticos diretos ou indiretos para a idealização da imagem do orador, o conjunto de fatores e características determinam a imagem do orador, que é constituída durante a cena enunciativa. Em contextos marcados por traços de institucionalidade, esse jogo de construção do *ethos* ganha contornos mais nítidos, pois os papéis sociais são bem delineados e desempenhados pelos falantes no curso da interação.

Nos dados que apresentamos em nossa análise, a presença de um médico neurogeriatra, que é o integrante responsável pela condução das reuniões do Grupo de Apoio, marca o papel social de autoridade no grupo. Sua fala é a primeira em todas as reuniões do grupo, fator que constituiu sua imagem de autoridade definida pela função ocupada, por ter o domínio discursivo e pela posição em que se encontram organizados dentro do espaço onde a reunião ocorre. Embora as reuniões tenham uma finalidade específica – auxiliar familiares e cuidadores de pessoas com a DA – a participação é aberta ao público sem restrição ou exigência de assiduidade.

## **2.Procedimentos metodológicos**

A troca de experiências entre familiares e cuidadores tem o intuito maior de esclarecer dúvidas a respeito da patologia para entender e se preparar com novas formas de lidar com o novo cotidiano desencadeado pelos sintomas, diagnósticos e cuidados requeridos pela DA. Mira e Faraco (2017) esclarecem que o conceito da universalidade do GA favorece discussões em conjunto, acerca de estratégias que minimizem o sofrimento e garantam maior qualidade de vida, tanto para quem exerce o papel de cuidador, quanto também para o familiar com DA que é assistido. Além dos familiares e cuidadores, o grupo é liderado por um médico neurologista João<sup>2</sup>, que orienta as reuniões introduzindo tópicos, fomentando a troca de experiências e esclarecendo formas de intervenção terapêuticas.

---

<sup>2</sup> Todos os participantes são identificados por nomes fictícios para garantir o anonimato no processo de geração e análise dos dados.

Em cada reunião, encontram-se presentes cerca de 18 participantes. Os encontros são mensais e têm duração de aproximadamente 3 horas. Cabe destacar que GA é organizado de forma voluntária pelo médico neurologista, que conduz as atividades há cerca de 13 anos em uma cidade na região do Sul do Brasil. Trata-se de uma iniciativa sem vínculos institucionais e sua sede física está situada em um local emprestado pela comunidade local para abrigar as reuniões mensais.

A organização das reuniões apresenta dois momentos: na primeira parte o médico João faz uma pequena palestra trazendo informações sobre a DA, novas medicações, resultados de estudos, temas debatidos em congressos; na segunda parte, João convida os participantes a contar a sua experiência no convívio com a doença. As narrativas, na maior parte das vezes, abordam questões relacionadas à mudança no comportamento da pessoa com DA, à nova rotina da família após o diagnóstico e às estratégias de cuidado.

Os dados que analisaremos no presente trabalho são oriundos de um *corpus* de 24 horas de gravações em vídeo, sendo transcritos de acordo com o projeto NURC (Norma Urbana Culta), adaptado por autor (2016), conforme as propostas de Marcuschi (1998). A identidade e o anonimato da participante foram preservados durante todo o processo de coleta e transcrição de dados, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. Essa pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

O critério de escolha dos dados para análise se justifica pela recorrência do reconhecimento da autoridade na figura do médico no contexto das reuniões. A manutenção do *ethos* pré-discursivo e discursivo é identificada nos dois momentos que constituem as reuniões: o primeiro consiste na explicação médica sobre a DA, novas descobertas, medicações, polêmicas; o segundo é marcado pelo convite aos presentes para narrarem o histórico do familiar acometido pela DA. Esse convite é feito a partir de uma sequência de perguntas sobre a idade, a época do diagnóstico e qual o quadro geral da doença nas atividades cotidianas e familiares. Ressaltamos que os familiares ou cuidadores comparecem sem a presença da pessoa com DA.

### 3. Análise de dados

O primeiro excerto analisado compreende a fala do médico João no momento do início da reunião, quando ele faz a palestra fornecendo explicações acerca da DA e apresentando o formato organizacional da reunião. Esse momento informativo ocorre em função da participação voluntária dos integrantes, ou seja, nas reuniões há a presença de pessoas que já estão familiarizadas com a rotina do GA, e outras que participam pela primeira do encontro.

Após uma breve explicação sobre uma nova medicação descoberta, tema de um congresso de neurologia que João participou antes da reunião, o médico elenca os possíveis benefícios e efeitos colaterais da medicação. Esse tópico se desdobra em uma explicação sobre a dúvida da eficácia de medicações que prometem combater a DA. Nesse momento da interação, identificamos uma narrativa não linear, marcada pelo uso predominante de verbos no presente do indicativo, mas é interrompida por trechos que remetem ao passado e às hipóteses futuras.

Observamos a existência de um *ethos* pré-discursivo: João é o médico neurologista e geriatra – autoridade reconhecida institucionalmente pela *doxa* para discorrer sobre a DA. Também verificamos o *ethos* discursivo: (João) autoridade, exemplificação, empatia. Analisamos, no excerto abaixo, a relação entre o *ethos* pré-discursivo e o discursivo do médico neurogeriatra, coordenador do GA. Em nossa análise, é possível evidenciar a imagem de si desenvolvida na enunciação durante a etapa inicial da reunião, onde ele fornece explicações sobre a DA e sobre a organização da reunião.

Excerto 1: Fala de abertura do GA

- 46 JOÃO: o que nos une é que nós temos...to::todas as  
47 famílias aqui tem pelo menos um familiar afetado e no Brasil  
48 são pelo menos um milhão e quinhentos mil...no mundo todo a  
49 gente acredita que tá na faixa de vinte e cinco milhões...a  
50 estatística era de...do ano 2000...dezesseis anos atrás teria um milhão e  
51 duzentos e aqui a gente já tem um milhão e meio  
52 pelo menos de estimativa...então nós não somos únicos...únicos são as  
nossas

53 famílias...são os nossos queridos pacientes...mas que comum (si) estamos  
54 todos aqui...alguns estão em fase  
55 inicial...tão em fase leve de sintomas...sintomas que até são  
56 duvidados as vezes pelas famílias ou pelo próprio médico que  
57 inicialmente avalia...não passa batido de uma observação mais atenta...bem  
58 que eu queria que alguns casos não fossem...mas aí depois que a gente  
59 conhece bem os indicadores...as pistas...a gente acaba...mais cedo ou  
60 mais tarde não podendo  
61 esconder...vem à tona um comportamento mais difícil...então tem pessoas  
62 aqui que tão com o doente em fase leve... na verdade a palavra até eu não  
63 gosto até porque eu acho que todas as fases são (si) todas as fases  
64 pesadas...a  
65 gente constata que nosso  
66 pai...nossa mãe tá...perdendo a memória tá ficando confuso tá ficando  
67 alterado no seu comportamento...pra mais e pra menos é algo impactante  
68 que  
69 muitas vezes) a gente quer negar...faz  
70 parte da gente não querer ver que o nosso pai ou mãe ou irmão(ou como  
71 for)  
72 tá perdendo o controle da sua mente...algo tão  
73 precioso pra nós...e...mas se a gente esconde com a peneira  
74 (si) mais cedo ou mais tarde a gente...quebra a cara...tem  
75 pacientes em fase moderada da doença que ainda precisam ser  
76 ajudados...não tomam banho sozinhos se a gente não levar...não se vestem  
77 sozinhos...não conseguem mais cortar um bife...mas  
78 ainda con...conversam com a gente...e ainda reconhecem a  
79 gente...quando nos confundem já...não nos reconhecem mais já  
80 passa até pra uma fase mais grave ainda que haja (flutuação)  
81 tem épocas que conhece...épocas que não conhece (SI) tem...essa  
82 Doença...essa Doença...(SI) tem semanas que o paciente esteve tão melhor  
83 que parece que a gente se enganou ou que o problema  
84 que o causava foi embora mas logo depois a gente vê a pessoa  
85 manifestar os sintomas de novo...que bom se estes momentos de  
melhora perdurassem...então aqui não tem pergunta errada...não tem  
pergunta burra porque eu continuo aprendendo todos os  
dias...

No início do excerto, João se coloca em uma posição discursiva próxima dos participantes. Ele se transfere do lugar de autoridade médica, coordenador da reunião, para UM lugar próximo àqueles que convivem com a realidade da DA. É possível observar esse posicionamento pelo emprego dos pronomes “nos” e “nós”, na linha 46.

Na sequência desse turno, João impõe distância, optando apenas por seu posicionamento de autoridade médica, excluindo-se do grupo e referindo-se aos participantes com o sintagma “todas as famílias”. Por isso, observamos a emergência do *ethos* pré-discursivo de João. Nesse momento da interação, o médico se posiciona como a autoridade sobre o assunto, mas que, ao mesmo tempo, precisa se alinhar aos participantes do GA, pessoas que não detêm o saber específico e que estão no espaço de compartilhamento de experiências.

O médico se dirige à audiência de participantes do GA utilizando o adjetivo “queridos” para predicar discursivamente as pessoas que vivem com DA (segmento 53-55). O *ethos* pré-discursivo consiste no estereótipo de alguém suficientemente capaz de responder a todas as questões tanto por sua formação profissional, como também por sua postura solidária e elucidativa, digno de confiança. Ao convidar os participantes a produzirem narrativas sobre o diagnóstico do familiar com DA, esse *ethos* pré-discursivo é confirmado ao longo de sua fala.

A autoridade de domínio acerca da DA, por parte de João, reconfigura-se com uma reafirmação dessa competência nas linhas 57 a 59, onde ele reconstrói essa imagem de si, afirmando indiretamente que é hábil o suficiente para diagnosticar a doença.

No segmento 62-64, há novamente o movimento de empatia e proximidade com os participantes. João afirma que compreende que conviver com um idoso acometido pela DA não é uma rotina fácil. Para sustentar essa imagem solidária, João recorre ao *pathos*<sup>3</sup> como estratégia argumentativa, utilizando recursos emotivos, conforme nos mostra o segmento 65-71. Nesse segmento, o médico utiliza substantivos, verbos, adjetivos e pronomes que provocam no auditório a aderirem ao seu discurso. “Pai, mãe, negar, impactante, precioso e nosso” são exemplos dos recursos linguísticos utilizados para que o fiador de seu *ethos* prévio seja mantido no *ethos* discursivo. As expressões “perdendo o controle, nosso pai e nossa mãe” completam a estratégia argumentativa do *pathos* na busca da adesão do auditório e manutenção da imagem.

---

<sup>3</sup> Do grego, *pathos* significa aquilo que toca. O *Pathos* é um dos três argumentos da retórica aristotélica junto ao *ethos* e o *logos*. O *pathos* é um argumento de ordem afetiva e atua no discurso, pelo orador em relação ao auditório. Na retórica Aristotélica, conforme explica Almeida (2009) *pathos* é a manifestação de emoções que o orador provoca no auditório. Essas emoções podem apoiar ou destruir as razões deste orador.

No segmento 72-83, a imagem do *ethos* prévio se funde ao *ethos* discursivo, embora o locutor assuma a postura de se colocar no lugar do cuidador, indicado pelo uso da forma de tratamento pronominal “a gente” na linha 75. A partir da linha 79, João reassume a autoridade médica referindo-se ao idoso com DA como paciente, e não mais como “nosso pai, nossa mãe”, conforme conduzia até a linha 78.

Reassumindo sua autoridade sobre o contentamento do diagnóstico da DA, João enfatiza sua experiência prática e especialidade teórica sobre o assunto (segmento 57-59). Ele utiliza o quantificador com o superlativo “tão melhor”, que expressa um julgamento positivo. No entanto, esse direcionamento na interação é desconstruído com o emprego do verbo “enganar” logo em seguida. Na sequência, linhas 81 e 82, o médico refere-se à DA como “o problema”, afirmando que supostamente possa parecer ter desaparecido ou ido embora, como ele mesmo diz. A afirmação é negada com o conector adversativo, “mas”. Na sequência da interação, a ressalva confere ao médico a imagem fiadora, com base no *ethos* pré-discursivo, a qual ele avalia e recategoriza no discurso.

Por fim, conferindo força à sua imagem, entre as linhas 82-84, João alterna os posicionamentos humanizado, empático e voluntarioso com a autoridade institucional atribuída a sua profissão e à experiência no assunto. Os “errada e burra” atribuem a carga semântica emocional do *pathos*. O médico muda de posição, saindo do lugar de autoridade para se posicionar no lugar dos familiares. Em outras palavras, esse é um movimento e forma de buscar a empatia demonstrando o entendimento sobre como conviver com uma pessoa acometida pela DA.

O segundo excerto que analisamos é um momento após palestra de abertura de um outro encontro do GA. Nessa interação, João solicita que alguém conte a história sobre a descoberta da DA na família. Assim que o médico faz o convite, um dos participantes (Mauro) pede a palavra para iniciar a sua narrativa. No excerto, o *ethos* pré-discursivo de João se desdobra em duas posições diferentes. No entanto, isso não anula a autoridade do *ethos* criado pela enunciação. A adesão de Mauro como coenunciador colabora na construção da corporalidade do enunciador. Essa colaboração faz emergir a figura de um fiador, figura esta que surge da representação da corporalidade construída pelo discurso. Na concepção de Maingueneau (2011), o

fiador é a imagem ou figura que emerge do discurso sem a necessidade de ser fiel as características reais de seu enunciador.

Excerto 2 – Relato sobre o convívio com a Doença de Alzheimer

- 1 MAURO: João...eu gostaria de iniciar aqui (...)  
 2 JOÃO: [oi]  
 3 MAURO: Rapidinho  
 4 JOÃO: Manda  
 5 MAURO: é um prazer estar aqui te vendo pessoalmente que a gente  
 6 acabou estudando junto no ((nome da instituição)) há uns...40 anos atrás  
 7 JOÃO: [já] nem me lembro do teu  
 8 Nome  
 9 MAURO: [puxa... Naldinho  
 10 Lemos, Titoo...o:::: Caio, o Portinho  
 11 JOÃO: [bom te ver. tudo bom?]  
 12 ((apertam as mãos))  
 13 MAURO: [tudo bem, cara:::: ] tudo tranquilo?  
 14 JOÃO: tá vendo como o alzheimer é?  
 15 MAURO: é. tu jogava futebol de salão, eu jogava basquete, mas a gente acabou depois  
 16 se cruzando no Inhaúma, Apolo...cordão do Apolo, aquela coisa  
 17 JOÃO: puxa...muito obrigada por essas memórias de vocês  
 18 MAURO: é. então vamos gravar.  
 19 JOÃO: e eu não reconheci você.  
 20 MAURO: é... tá perfeito. mas tu...tem que te cuidar então hein?!  
 21 ((todos riem))  
 22 JOÃO: verdade!  
 23 MAURO: João, minha mãe teve consultando contigo, na segunda-feira, Maria Isabel  
 24 e eu acabei ligando pra ti  
 25 JOÃO: ah::::sim!  
 26 MAURO: então sendo:::: rápido, tá. tô com um problema porque um filho nunca é  
 27 criado pra ver que o pai com problema  
 28 JOÃO: é... é meio barra pesada!  
 29 MAURO: a maior decepção prum filho é saber... to com dois aqui e o que que eu faço  
 30 agora?e principalmente depois que perdi um irmão mais novo há dois anos  
 31 atrás que a coisa desandou  
 32 JOÃO: é. isso ela contou com propriedade.  
 33 MAURO: então...assim ó... 90% do que tu colocou aí ela tem. tá. tá claro isso. mas ela  
 34 sai com o carro, faz a ginastica com as amigas dela, ta. o meu pai tem dpc  
 35 dpc é deficiência pulmonar e o oc eu não lembro agora  
 36 JOÃO: é doença broncopulmonar obstrutiva crônica ou seja asma crônica e enfisema  
 37 MAURO: exato! então meu pai tem 84 anos e ela 79 e quem cuidava dela até então eu  
 38 tomar a rédea do negócio no final do ano passado era ela então tu imagina  
 39 ela cuidando dele e ela com...alzheimer com demência  
 40 JOÃO: ela tá demenciando sim!

Mauro, na linha 6, assume um posicionamento de intimidade com João, ao relembrar o tempo em que estudaram juntos. Ele relembra o tempo de escola quando estudou com João e praticaram esportes, além de terem amigos em comum. Percebe-se que a intimidade entre os enunciadores traz ao discurso duas imagens coexistentes de João: a primeira, criada por Mauro evoca João nos tempos de estudante; a segunda imagem a forma como João é reconhecido por Mauro no tempo na cena da enunciação, ou seja, na posição do médico que faz a mediação no contexto do GA. Nas linhas 7, 14, 19 e 20, João assume o *ethos* pré-discursivo compartilhado com entre Mauro. A lembrança dos tempos de escola permite a Mauro o uso de uma linguagem coloquial e até mesmo uma ironia, conforme pode ser observado na linha 20.

A cena da enunciação se alterna entre o passado e o presente, ou seja, as relações entre Mauro e João antes e depois do contexto do GA. O *ethos* discursivo de João como autoridade no assunto é construído pelo enunciado. Mesmo assim, João retorna ao *ethos* pré-discursivo ao demonstrar que entende a dificuldade em aceitar a DA quando os acometidos são os pais (linha 28 – “e...é meio uma barra pesada!”). Na linha 33, Mauro, colaborativamente, reconhece e constrói pelo enunciado, o saber específico de João acerca da DA. Ao mesmo tempo que reconhece, Mauro, limita a autoridade de João à área da neurologia. Isso é demonstrado em sua fala na linha 34 ao explicar DPOC.

João exibe seu domínio sobre o tema e explica em lugar de Mauro, voltando-se aos demais presentes, o significado de DPOC. Com o *ethos* discursivo construído pela enunciação, garantindo a João sua autoridade de médico, Mauro concorda com João, na linha 37 e prossegue relatando o quadro de sua mãe. Por fim, na linha 40, João ratifica o que foi dito pelo conhecido, atestando a mãe de Mauro como uma pessoa em estado demencial.

### **Considerações finais**

Amossy (2005) considera a reciprocidade entre a autoridade institucional e o *ethos* discursivo. Em nossos dados, observamos a movimentação entre o *eu* – de autoridade institucional – e o *nós* ou a *gente* – a figura empática e solidária, construída

no discurso. Conforme a autora assevera, buscamos evidenciar os alinhamentos no contexto de interação institucional do Grupo de Apoio.

Embora Maingueneau (1997) considere que os aspectos acerca do orador sejam revelados ou moldados pela enunciação, mesmo que estes moldes não sejam sinceros, o enunciador realiza escolhas linguísticas que o identificam outros papéis sociais por ele exercidos. O autor explica que a corporalidade do enunciador desenvolvida na e para a enunciação é criada por essas escolhas linguísticas e pelo tom que se enuncia. Nos excertos analisados no presente trabalho, a autoridade médica é ratificada na enunciação em cada explicação fornecida por João acerca das patologias mencionadas por seus coenunciadores. O médico cria uma imagem de um fiador calmo, experiente, responsável, empático e comprometido com sua função, comprometendo-se com imagem socialmente construída de um médico.

Considerando a função do GA como um espaço onde os participantes buscam ajuda e orientação junto a outras pessoas que se identificam com o mesmo problema, a transição de posicionamento entre ser médico, uma autoridade especializada na DA, e ser João, alguém que entende a situação dos participantes e também a busca por informações sobre o convívio com essa patologia, proporciona aos participantes o pertencimento a um grupo socialmente organizado em torno de um propósito comum.

Os dados permitem demonstrar que a autoridade médica de João é instituída por meio da *doxa*, sendo reconhecida pelos integrantes do grupo como a manutenção de um *ethos* prévio, acrescido de uma imagem necessária ao contexto: uma pessoa que reconhece as dificuldades que familiares e cuidadores de pessoas com a DA atravessam. Nesse sentido, nossa análise mostra que “não se pode separar o *ethos* discursivo da posição institucional do locutor” (AMOSSY, 2005, p.136).

## Referências

ALMEIDA JUNIOR, L. N. **Conjecturas para uma Retórica do Design [Gráfico]**. 2009. 425 f. Tese (Doutorado em Design) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

AMOSSY, R. (org.). **Imagens de si no discurso: a construção do *ethos***. São Paulo: Contexto. p.119-143.2005.

- BURLÁ, Claudia et al. Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 18, n. 10, p.2949-2956, out. 2013. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019&lng=pt&tlng=pt) Acesso em: 20 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232013001000019>
- CRUZ, F. M. **Linguagem, interação e cognição na doença de Alzheimer**. 2008. 256 f. Tese (Doutorado em Linguística) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- GOFFMANN, E. Audience diversity, participation and interpretation. **Text** (6): 283-316. 1986.
- GOYANNA. N. F. et al. Idosos com doença de alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 9, p.379-386, abr. 2017. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5037>> Acesso em: 20 maio. 2018. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.379-386>
- IZQUIERDO, I. **Memória**, Porto Alegre: Artmed. 2002.
- MAINGUENEAU, D. A propósito do ethos. In: MOTTA, A. R.; SALGADO, L. (Orgs.). **Ethos discursivo**. 2. ed. São Paulo: Contexto. p. 11-30. 2011.
- MAINGUENEAU, D. **Novas tendências em análise do discurso**. 3. ed. Tradução Freda Indursky. Campinas: Pontes; Editora da Unicamp, 1997.
- MARCUSCHI, L. **Análise da Conversação**. São Paulo: Ática, 1998.
- MIRA, C. A construção de objetos de discurso nas práticas conversacionais de um grupo de convivência de afásicos. **Fórum Linguístico** (Online), v. 13, p. 1131-1146, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/forum/article/view/1984-8412.2016v13n2p1131> Acesso em: 08 jun 2018. <https://doi.org/10.5007/1984-8412.2016v13n2p1131>
- MIRA, C. PIOVESAN, M.H. Estratégias referenciais em uma narrativa sobre o convívio com a Doença de Alzheimer. **Filologia e Linguística Portuguesa** (Online), v. 19, p. 285-299, 2017. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/flp/article/view/122210>. Acesso em: 08 jun. 2018.
- SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal.1984.
- STELZMANN, R. A.; SCHNITZLEIN, H. N.; MURTAGH, F. R. An English translation of Alzheimer's 1907 paper, "uber eine eigenartige erkankung der hirnrinde". **Clinical Anatomy**, v. 8, n. 6, p. 429-431, 1995. <https://doi.org/10.1002/ca.980080612>
- TALMELLI L. F. S. et al. Alzheimer's disease: functional decline and stage of dementia. **Acta Paul Enferm**, 26(3):219-25. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002013000300003>

Tabela anexa: Convenções de Transcrição

SINAIS	OCORRÊNCIAS
--------	-------------

(SI)	Incompreensão de palavras ou segmentos pelo transcritor ou hipótese do que se ouviu
Maiúscula	Entonação enfática
:	Prolongamento de vogal e consoante (podendo aumentar de acordo com a duração)
?	Interrogação
...	Qualquer pausa
Comentários do transcritor e designações gestuais	((minúscula))
[	Determina a ocorrência de sobreposição de fala
“ “	Leitura de textos

Fonte: Marcuschi, 1998; Mira, 2016.

.....

Artigo submetido em: 20/05/2019

Artigo aceito em: 11/06/2019

GIMENES, Fernanda Ferreira; MIRA, Caio César Costa Ribeiro. O ethos discursivo em interações de um grupo de apoio a familiares de pessoas com a Doença de Alzheimer. **Revista DisSoL** – Discurso, Sociedade e Linguagem., Pouso Alegre (MG), ano 5, nº 9, jan-jun/2019, - ISSN 2359-2192. Programa de Pós-graduação em Ciências da Linguagem (PPGCL), Universidade do Vale do Sapucaí. pp. 195-212. Disponível em: <http://revistadissol.univas.edu.br> DOI: <http://dx.doi.org/10.35501/dissol.voi9.606>