



Director: Hubert Marraud Editora: Paula Olmos
ISSN 2172-8801 / <http://doi.org/10.15366/ria2024.m2> / <https://revistas.uam.es/ria>

Lidar com a incerteza: o potencial argumentativo da dúvida nas consultas médicas

Dealing with uncertainty: the argumentative potential of doubt in medical consultations

Maria Grazia Rossi

<https://orcid.org/0000-0003-4170-6336>
ArgLab – Instituto de Filosofia (IFILNOVA)
Universidade Nova de Lisboa
Campus de Campolide,
Colégio Almada Negreiros (CAN)
1099-032 Lisboa, Portugal
mgrazia.rossi@fcsh.unl.pt

Dima Mohammed

<https://orcid.org/0000-0003-1322-6597>
ArgLab – Instituto de Filosofia (IFILNOVA)
Universidade Nova de Lisboa
Campus de Campolide,
Colégio Almada Negreiros (CAN)
1099-032 Lisboa, Portugal
dmohammed@fcsh.unl.pt

Sarah Bigi

<https://orcid.org/0000-0003-0506-6140>
Dep. di Scienze Linguistiche
e Letterature Straniere
Univ. Cattolica del Sacro Cuore
Via Necchi 9,
20123 Milano, Italia
sarah.bigi@unicatt.it

RESUMEN

Neste artigo, exploramos uma dimensão normativa particular das estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde na gestão da incerteza nas consultas médicas. Analisamos as consultas médicas centrando-nos no potencial argumentativo das dúvidas expressas pelos pacientes e pelas suas famílias, examinando as inferências ativadas, para além do que é explicitamente afirmado nas passagens dialógicas que exibem dúvidas. Utilizando a distinção entre três potenciais argumentativos da dúvida (dúvida ambivalente, dúvida cética e negacionismo), efetuamos uma análise exploratória de um *corpus* italiano de 52 consultas médicas compostas por profissionais de saúde e doentes com diabetes tipo 2. Com base na análise, argumentamos que, quando expressas em consultas médicas, as dúvidas céticas devem ser explicitamente reconhecidas e adequadamente abordadas para evitar que a dúvida adquira um potencial negacionista, o que pode prejudicar a adesão do paciente e comprometer a possibilidade de resultados favoráveis para a sua saúde.

PALABRAS CLAVE: argumentação médica, comunicação médica, controvérsias em saúde, dúvidas, incerteza na saúde, potencial argumentativo.

ABSTRACT

In this paper, we explore a particular normative dimension of the strategies used by healthcare professionals to manage uncertainty in medical consultations. We analyze medical consultations focusing on the argumentative potential of doubts expressed by patients and their families by examining the inferences activated beyond what is explicitly stated in the sequences exhibiting doubt. Using the distinction between three argumentative potentials of doubt (ambivalent doubt, skeptic doubt, and denialism), we run an exploratory analysis on an Italian *corpus* of 52 medical consultations between health professionals and patients with Type 2 diabetes. Based on the analysis, we argue that when expressed in medical consultations, skeptical doubts should be explicitly acknowledged and adequately addressed to prevent the doubt from acquiring a denialist potential, which can undermine patient adherence and the possibility of favorable health outcomes.

KEYWORDS: argumentative potential, doubts, health controversies, medical argumentation, medical communication, medical uncertainty.

Servicio de Publicaciones de la Universidad Autónoma de Madrid



Copyright©MARIA GRAZIA ROSSI; DIMA MOHAMMED; SARAH BIGI
Se permite el uso, copia y distribución de este artículo si se hace de manera literal y completa (incluidas las referencias a la Revista Iberoamericana de Argumentación), sin fines comerciales y se respeta al autor adjuntando esta nota. El texto completo de esta licencia está disponible en:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/es/legalcode.es>

1. INTRODUÇÃO

A incerteza nos cuidados de saúde é um fenómeno multifacetado que surge sob diversas formas e exige diferentes estratégias de gestão (Dahm & Crock, 2022; Eachempati et al., 2022; Han, Klein, & Arora, 2011; Han et al., 2021; Kalke, Studd, & Scherr, 2021). Considerando o contexto dos cuidados crónicos e da diabetes, focamos na dimensão específica da incerteza, principalmente relacionada com a forma como as dúvidas dos pacientes surgem nas interações dialógicas. Ou seja, analisamos a forma como as dúvidas sobre a gestão e o tratamento da diabetes são expressas (pelos pacientes e suas famílias) e abordadas (pelos profissionais de saúde).

Numa perspetiva discursiva, a expressão da dúvida representa o que Candlin (2000) chama um local crucial (*crucial site*), um indicador potencial de um momento crítico nas interações médicas que pode ter efeitos negativos, diretos e indiretos, se não for tratado adequadamente. A nível relacional e epistémico, as dúvidas podem levar a mal-entendidos e à desconfiança em relação ao sistema e às autoridades médicas. Além disso, as dúvidas que não sejam adequadamente reconhecidas e geridas podem também provocar efeitos clínicos indiretos, como, por exemplo, resultados problemáticos (incluindo a não adesão dos pacientes, o abandono do tratamento e pedidos de segunda opinião), contribuindo para aumentar os custos dos cuidados e afetar a sustentabilidade do sistema de saúde.

Estudos anteriores em comunicação clínica apontaram que minimizar e desclassificar discursivamente as preocupações expressas pode reforçar as dúvidas dos pacientes e afetar potencialmente a sua adesão ao tratamento (Stevens, 2018). No entanto, faltam análises discursivas das dúvidas na comunicação clínica em geral, e mais especificamente na área da diabetes. A este respeito, Han e colegas (2021) esclareceram a razão pela qual as taxonomias existentes que classificam as diferentes dúvidas e estratégias para gerir a incerteza são insuficientes para evitar resultados clínicos fracos. Como Han e colegas (2021, p. 288) afirmam: "Yet the taxonomy is purely descriptive; it offers no definitive answers to the normative question of how physicians ought to manage different uncertainties". Embora esta questão seja reconhecida como central no estudo da comunicação clínica, até à data não foi utilizado um quadro argumentativo para responder a este desafio. De facto, um quadro argumentativo tem o potencial explicativo de fornecer critérios normativos para distinguir entre diferentes incertezas e recomendar práticas discursivas para as gerir. O principal objetivo deste

estudo é contribuir para uma resolução positiva deste desafio na comunicação em saúde, através da adoção de lentes e ferramentas argumentativas (Bigi, 2018; Bigi & Rossi, 2023; Eemeren, Garssen, & Labrie, 2021; Jackson, 2020; Rossi, Macagno, & Bigi, 2022; Snoeck Henkemans & Mohammed, 2012). Mais especificamente, oferecemos uma análise dos potenciais argumentativos da dúvida expressa pelos pacientes e suas famílias (Mohammed, 2019, 2019b; Mohammed & Rossi, 2022), observando como os profissionais de saúde as interpretam e gerem, e através de que práticas discursivas¹.

2. POTENCIAIS ARGUMENTATIVOS DA DÚVIDA NAS CONSULTAS MÉDICAS

O conceito de potencial argumentativo (Mohammed, 2019b; Kjeldsen, 2007; Serafis, 2022) refere-se à dimensão argumentativa implícita que pode ser atribuída a um determinado discurso, ou a partes de um discurso, em função de alguma argumentatividade inerente à linguagem (Anscombe & Ducrot, 1983) ou ao contexto da sua utilização (Amossy, 2009). Identificar as possíveis inferências argumentativas que podem ser ativadas para além do que é explicitamente dito pelos falantes é uma forma para analisar o potencial argumentativo. Este conceito foi usado em pesquisas anteriores para analisar controvérsias públicas, tais como a polémica entre o movimento #MeToo e o Manifesto Anti-#MeToo (Mohammed, 2019a), as controvérsias políticas (Mohammed, 2019b) e as contendas no domínio da saúde sobre a vacina contra a COVID-19 (Mohammed & Rossi, 2022). Neste último caso, analisámos os padrões argumentativos comuns dos proponentes anti vacinação em relação à segurança da vacina contra a COVID-19. Distinguimos três categorias de potenciais argumentativos que uma dúvida pode ter: ambivalência, ceticismo e negacionismo.

Por exemplo, a dúvida sobre a segurança da vacina Oxford-AstraZeneca, motivada pela informação amplamente divulgada de que *várias pessoas morreram de coágulos sanguíneos raros depois ter recebido a vacina Oxford-AstraZeneca*², pode ativar diferentes potenciais argumentativos e suportar três inferências diferentes. Uma inferência de dúvida ambivalente teria um potencial argumentativo mínimo, ou o grau mínimo de dúvida sobre a segurança das vacinas (algo como, *não tenho a certeza se a*

¹ As ideias discutidas nesse artigo foram apresentadas na quarta conferência da ECA – “The European Conference on Argumentation” (Roma, 2022) e no segundo “Congreso Ibero-Americano de Argumentación” (Madrid, 2023). As autoras gostariam de agradecer todos os comentários recebidos. Uma versão preliminar deste artigo foi publicada em inglês por Rossi, Mohammed & Bigi (2024).

² O texto original em língua inglesa é o seguinte: “Several people have died from unusual blood clots after getting the Oxford-AstraZeneca Vaccine” (EMA, 2021, April 7).

vacina é segura ou não). Uma dúvida cética teria um potencial mais forte, ou seja, ativaria uma inferência que pode suportar uma posição cética contra a segurança das vacinas (algo como, *não penso que a vacina seja segura*). Finalmente, o negacionismo seria o resultado de uma inferência que coloca a dúvida sobre a segurança das vacinas no raciocínio típico das teorias da conspiração: a dúvida sobre a segurança transforma-se numa prova contra as narrativas oficiais sobre as vacinas e o seu benefícios, descreditando todo o sistema e as autoridades de saúde (algo como, *a história oficial sobre a vacina não é credível*). Nesta contribuição, mostramos a utilidade destas três categorias de potenciais argumentativos para analisar a forma como as dúvidas são tratadas num *corpus* de interações entre pacientes e profissionais de saúde na área da diabetes.

Note-se que, em matéria de saúde pública, as dúvidas na comunicação interpessoal são expressas e geridas de forma diferente das controvérsias. De facto, estas duas formas de comunicação são diferentes em muitos aspetos. As controvérsias públicas são cada vez mais caracterizadas por debates polarizados (Flores et al., 2022), enquanto a preferência pelo acordo nas trocas interpessoais convencionais está bem documentada (Pomerantz, 1985; Schegloff, Jefferson, & Sacks, 1977). Como van Eemeren e Grootendorst (2004, p. 98) observaram, levantar dúvidas é "contrary to the preference for agreement that predominates in ordinary exchanges".

A preferência pelo acordo é ainda mais comum na comunicação entre peritos e não peritos, com todas as suas assimetrias de experiência, conhecimento, poder e funções. Os estudiosos analisaram exaustivamente a assimetria nas interações médicas (Ainsworth-Vaughn, 1998; Beisecker, 1990; Bigi & Rossi, 2020, 2023; Maynard, 1991; Todd, 1989), salientando que os pacientes geralmente concordam e raramente dizem quando não compreenderam (Graham & Brookey, 2008; Rossi & Macagno, 2020). Além disso, Andrade (2020, p. 6) sugeriu que, quando há boas perspectivas de tratamento, como no caso da diabetes, manifestações conspirativas tornam-se mais incomuns³. Portanto, algumas características definidoras dos cuidados crónicos tornam esse contexto muito menos propício a conter a atribuição de potenciais argumentativos negacionistas, às dúvidas expressas pelos pacientes e seus familiares⁴.

³ Dúvidas e conflitos podem ser mais frequentes noutros contextos médicos, como na área da saúde mental (McCabe, 2021) ou no caso das consultas de vacinação (Rentmeester, 2013).

⁴ Na nossa análise, detetámos apenas dois casos de dúvida negacionista.

3. NOTA METODOLÓGICA

Realizámos um estudo exploratório sobre um *corpus* de entrevistas médicas a pacientes com diabetes tipo 2 e profissionais de saúde. Estas entrevistas foram gravadas entre março de 2012, e março de 2014, no ambulatório de diabetes da Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano (A.O.I.C.P.), Itália (Bigi, 2014). O Comité de Ética do I.C.P. aprovou o protocolo em janeiro de 2012.

Analisámos 52 transcrições de consultas com 16 pacientes italianos e seis profissionais de saúde, identificando os diferentes tipos de dúvidas expressas pelos pacientes e suas famílias. Neste estudo, concentrámo-nos apenas nas dúvidas expressas no âmbito de propostas feitas por profissionais de saúde. Codificámos as dúvidas sobre a proposta em si ou sobre uma premissa que sustenta a proposta, ou seja, dúvidas sobre uma ou mais condições prévias para a aceitabilidade da proposta. As dúvidas sobre a eficácia da proposta ou sobre a interpretação dos dados clínicos utilizados para a fundamentar inserem-se nesta categoria. A nossa análise não inclui outras dúvidas, tais como dúvidas seguidas de sequências meramente explicativas (ex.: pedido de informação); dúvidas seguidas de sequências argumentativas, mas não sobre uma proposta; ou recusas explícitas.

Utilizámos um princípio de localidade incremental para explicar de que modo os pacientes e as suas famílias exprimem dúvidas relativamente a uma proposta, e para determinar a qual das três categorias de potenciais argumentativos pertencem. O princípio da localidade incremental baseia-se em análises filosóficas anteriores sobre a prática da dúvida, tais como —entre outros— Ludwig Wittgenstein (1969; ver § 24, 27, 115, 120, 450, 625). Na abordagem de Wittgenstein, "meaningful doubt is always local and presupposes prior certainty" (Rummens & De Mesel, 2022, p. 136). Para a nossa análise, traduzimos este princípio caracterizando cada dúvida como ambivalente, cética ou negacionista, com base no grau de localidade pressuposto pela sua interpretação. Observámos como as dúvidas são interpretadas nos dados, considerando o grau de localidade expresso através de evidências linguísticas e marcadores discursivos (e.g., a repetição como indicador de ceticismo; cf. § 4).

As dúvidas ambivalentes são as que estão abertas ao mais alto grau de interpretação local e incorporam o mínimo grau de potencial argumentativo. São dúvidas que se resumem a não ter a certeza se a proposta feita pelo profissional de saúde é, ou não, a melhor para o paciente. As dúvidas céticas são as que estão disponíveis para um grau médio de interpretação local; são dúvidas com um potencial argumentativo mais forte que parecem sustentar uma posição cética em relação a uma proposta, algo

como "não acho que o tratamento proposto seja o melhor para o meu caso". Finalmente, as dúvidas com potencial argumentativo negacionista estão abertas ao mínimo grau de interpretação local e incorporam o máximo grau de potencial argumentativo. As dúvidas negacionistas podem incorporar as narrativas negacionistas típicas do pensamento e das atitudes conspirativas, tendo o potencial de desacreditar não só a proposta em si, mas também as instituições que a sustentam, principalmente, no contexto específico em análise, os sistemas de saúde, as autoridades de saúde e as empresas farmacêuticas.

4. LIDAR COM O POTENCIAL ARGUMENTATIVO CÉTICO

A nossa análise revela que os casos mais representativos de dúvidas argumentativas sobre uma proposta, ou sobre os seus pressupostos, são dúvidas que podem ser interpretadas de acordo com o potencial argumentativo cético. De seguida, analisamos dois exemplos prototípicos para ilustrar a estratégia discursiva mais frequente utilizada pelos profissionais de saúde para lidar com este tipo de dúvidas.

O primeiro exemplo diz respeito à eficácia dos medicamentos genéricos como clinicamente equivalentes aos medicamentos de marca. Após a aprovação em estudos específicos de bio equivalência, os medicamentos genéricos são aprovados como medicamentos equivalentes (OMS, 2016). Os medicamentos genéricos têm demonstrado representar uma solução custo-efetiva para remover barreiras financeiras, promovendo assim a equidade no acesso aos cuidados e a sustentabilidade dos sistemas de saúde (Godman et al., 2021). É também por essa razão que são oferecidos aos pacientes pelos profissionais de saúde. No entanto, os pacientes têm frequentemente uma perceção negativa dos medicamentos genéricos. A literatura salienta que os pacientes resistem a utilizá-los devido a várias preocupações e ideias erróneas (Alrasheedy et al., 2014; Mostafa, Mohammad, & Ebrahim, 2021) que, por vezes, se tornam tema de discussão em consultas médicas. O exemplo abaixo pode ser considerado como um exemplo desta tendência mais geral.

Nas linhas 1 e 3, o paciente (P) introduz o tópico perguntando ao médico (M) se a metformina genérica, um medicamento hipoglicémico oral utilizado para tratar a diabetes não insulino dependente, é igual à metformina de marca.

Exemplo 1 | P19_2

Utilizámos as seguintes convenções para todos os exemplos reproduzidos neste artigo. A transcrição original está em italiano; uma tradução em itálico segue cada turno de fala em português. Marcámos a negrito os turnos dos pacientes que

exprimem dúvidas; sublinhámos a negrito os turnos de fala dos profissionais de saúde em que as dúvidas são reconhecidas, afastadas ou discutidas. Por fim, inserimos comentários entre parênteses para tornar visível quando um turno é particularmente relevante para a nossa análise.

1. P: **a volte mi danno questa metformina**
às vezes dão-me esta metformina
2. M: *sì*
sim
3. P: **eh ma è uguale?**
é a mesma coisa?
4. M: **è una bella domanda**
boa pergunta
(dúvida reconhecida)
5. P: **io avevo visto che dentro- anche la forma delle pastiglia (.)
son diverse (.) lo lo chiedo al farmacista e mi dice è la stessa
cosa**
*vi isso no interior - também a forma dos comprimidos é diferente.
Perguntei ao farmacêutico e ele disse-me que era a mesma
coisa*
6. M: *allora sono due generici. Quindi sono uguali eh::: come tipologia
di farmaco, come sostanza che c'è dentro e dosaggio
portanto, são dois genéricos. Portanto, são iguais como tipo de
medicamento, relativamente à substância contida e à dosagem*
(M confirma a informação que P obteve do farmacêutico)
7. P: **ma però-**
mas
8. M: *ci siamo accorti*
apercebemo-nos
9. P: **io ho letto un bigliettino che ci son su delle cose diverse
nell'altro**
li uma nota que diz que há coisas diferentes no outro
10. M: **[vediamo]**
vejamos
(dúvida reconhecida)
11. P: *[ed è per questo] che l'ho portato oggi*
e foi por isso que o trouxe hoje
12. M: **vediamo, mi faccia vedere che così poi glielo spiego**
vamos lá ver, deixa-me ver para te poder explicar
(dúvida reconhecida e criação de parcerias com o paciente)

Até à linha 4, quando o médico reconhece a dúvida como uma preocupação legítima, o pedido do paciente pode ser interpretado como uma dúvida ambivalente sobre a eficácia do medicamento genérico. A atitude do médico é particularmente interessante porque abre o espaço dialógico necessário para explorar melhor o que está por trás da preocupação do paciente. Este último já tinha perguntado ao farmacêutico, que confirmou que a metformina de marca e o genérico são a mesma coisa (linha 5). No entanto, o paciente está um pouco cético em relação a isso, como fica claro se olharmos para a formulação específica que utiliza na linha 1 (i.e., "dão-me esta metformina"). Esta formulação exprime um sentimento de não ter controlo sobre a decisão, um sentido de agência externa e não autónoma, atribuída ao farmacêutico (linha 5) e (talvez) ao nutricionista. De facto, na consulta anterior, a nutricionista também explicou que os medicamentos genéricos são equivalentes, reforçando assim a nossa atribuição de uma interpretação cética à dúvida do paciente. Além disso, nas linhas 7 e 9, o paciente reage com ceticismo após o médico confirmar novamente a mesma informação. O potencial cético da dúvida do paciente é, pois, evidente, tendo em conta as suas perguntas repetitivas que, apesar da informação já partilhada por vários profissionais de saúde, insiste sobre a mesma preocupação.

O movimento do médico refreia estrategicamente o potencial argumentativo cético de trás dos pedidos do paciente de duas formas inter-relacionadas: reforçando a parceria com o paciente, e reconhecendo a dúvida como ambivalente, ou seja, desclassificando-a (linhas 10 e 12). À semelhança do que defendemos em relação às dúvidas que emergem no contexto das controvérsias em saúde pública (Mohammed & Rossi, 2022), a desclassificação do potencial cético para ambivalência pode ser uma estratégia eficaz para lidar com as dúvidas. Ao dedicar algum tempo a procurar as diferenças entre os medicamentos genéricos e os medicamentos de marca, o médico pode explicar porque é que as diferenças detetadas pelo paciente não têm impacto na eficácia do medicamento genérico e não são, portanto, relevantes.

No entanto, a nossa análise também evidencia que desclassificar a dúvida com um potencial cético e tratá-la como uma dúvida ambivalente pode, por vezes, ser problemático. O nosso segundo exemplo fornece um caso interessante a este respeito.

O segundo excerto é de uma consulta entre uma enfermeira e um paciente sob tratamento com insulina com um mau controlo glicémico. Durante a consulta, a enfermeira descobre que o paciente está a alterar a terapêutica sem consultar a médica, introduzindo um hipoglicémico oral tipicamente utilizado no tratamento da diabetes não insulino dependente, e diminuindo as unidades de insulina prescritas. Assim,

percebendo o perigo para a saúde do paciente, a enfermeira chama o médico, que grita com o paciente insistindo na importância da adesão aos tratamentos e fornecendo informações sobre como administrar a insulina. O excerto inicia-se depois de toda esta interação ter acontecido, com o paciente a pedir novamente mais pormenores sobre o que fazer se os níveis de açúcar no sangue ficarem demasiado baixos (linha 1). Mais uma vez, a repetição do pedido exato parece ser uma prática discursiva usada pelos pacientes para expressar dúvidas e mostrar atitudes céticas em relação a uma proposta que já foi justificada (Regina Wu, 2009).

Exemplo 2 | P6_4

1. P: **se io:::- perché poi le misuro no, se io vedo che scendo troppo, cosa faccio?**
se eu... porque depois meço-os, certo? Se eu vir que estou a descer demasiado baixo, o que é que eu faço?
2. M: **inanzitutto ci chiama. numero uno. prima di mettere mano alla terapia voi ci dovete sempre chiamare**
em primeiro lugar, contacte-nos. Antes de modificar a terapia, deve contactar-nos sempre
3. P: **e chi chiamo?**
então, a quem é que eu ligo?
4. M: **l'infermeria qua, noi. che sappiamo poi cosa fare con- cosa dire. NUMERO o NUMERO. dalle dodici alle tredici è l'orario migliore**
a enfermeira aqui, nós. Nós sabemos o que fazer, o que dizer. [LÊ TEL. NÚMERO] ou [LEIA O NÚMERO DO TEL.] Entre o meio-dia e a uma da tarde é a melhor altura para telefonar
5. P: sì
sim
(parece um acordo)
6. M: **per contattarci.** nel momento in cui vede che sono mo:::lto basse, allora lì mangi subito qualcosa, si rasserena un attimo sulla terapia. Ma prima di andarla a ritoccare, ci dia un colpo di telefono. così la sistemiamo [via telefonica]
Isto é para nos contactar. Quando se vê que estão muito baixos, nesse momento, come algo imediatamente, relaxa um pouco em relação à terapia. Mas antes de mudar realmente, contacte-nos. Para que o possamos alterar pelo telefone
7. P: va bene
está bem
(parece um acordo)

8. M: mh?
mmh?
9. P: **eh no perché può capitare**
certo, porque, quero dizer, pode acontecer
10. M: non prenda altre pastiglie però. non associate altre pastiglie all'insulina perché se no ovviamente l'effetto è maggiorato e poi [succedono danni]
mas não tome outros comprimidos. Não adicione outros comprimidos à sua insulina porque caso contrário, obviamente, o efeito é aumentado e depois há problemas

Podemos descrever o que está a acontecer tendo em conta o contexto, quer em termos do historial do paciente em consultas anteriores, quer em termos das trocas verbais com o médico nesta mesma consulta. Podemos interpretar a estratégia do médico (linhas 2, 4 e 6) como uma tentativa de atribuir um potencial argumentativo ambivalente que ignora o potencial argumentativo cético subjacente aos pedidos do paciente. De facto, as respostas da médica (linhas 2, 4 e 6) parecem gerar uma troca de informação ou um diálogo explicativo: ou seja, a médica dá instruções práticas sobre o que o paciente deve fazer se os níveis de açúcar no sangue baixarem. Mas, ao mesmo tempo, a médica repreende o paciente, reafirmando a autoridade dos profissionais de saúde como os únicos que podem modificar e autorizar a alteração dos tratamentos farmacológicos (por exemplo, "antes de modificar a terapia, deve contactar-nos sempre", linha 2). Ou, por outras palavras, ao enfatizar a autoridade dos profissionais de saúde na escolha da terapêutica mais adequada, o médico é desdenhoso e só aparentemente legitima as reivindicações do paciente. A este respeito, é interessante o facto de o diálogo terminar com um aparente acordo (linhas 5 e 7) e, no entanto, o paciente ter desistido e deixado de frequentar a unidade de saúde.

Para além do tom agressivo, podemos especular que a proposta de tratamento da médica não convenceu o paciente, uma vez que a médica voltou a aumentar as unidades de insulina. O paciente não estava a aderir à insulina, provavelmente devido ao medo da hipoglicemia que lhe pode estar associada. A recusa de insulina, a fraca adesão à terapêutica com insulina, ou a administração incorreta de insulina, são problemas bem conhecidos no tratamento da diabetes (Negash & Mekonen, 2023). Esses problemas estão associados a diferentes fatores psicológicos, sociais e económicos (por exemplo, ansiedade e medo de desconforto, ou hipoglicemia relacionados com a injeção, limitações nas atividades diárias, custos, etc.) e a algumas ideias erróneas e mitos sobre as injeções de insulina e os seus efeitos secundários (Singh & Jain, 2020). Por conseguinte, quando os pacientes têm dúvidas sobre o

tratamento com insulina, é crucial explorar as suas perspectivas de modo a responder às suas preocupações e corrigir pressupostos errados, se for caso disso. Infelizmente, a perspectiva do paciente não é explorada neste segundo exemplo nem, de um modo mais geral, na consulta de onde foi retirado. É por isso que tratar os pedidos do paciente como ambivalentes, repetindo a mesma informação para responder às suas dúvidas, não é suficiente para refrear o seu potencial cético. É o que está por trás dessas dúvidas (ou seja, o medo da hipoglicémia) que deve ser explorado, legitimado e, eventualmente, objeto de um compromisso.

5. OBSERVAÇÕES FINAIS

Analisar o modo como os pacientes e as suas famílias expressam a dúvida representa a primeira etapa para enfrentar o desafio normativo de fornecer recomendações aos profissionais de saúde acerca da gestão da dúvida e da incerteza na comunicação em saúde. Neste contributo, operacionalizámos essa primeira etapa, analisando os percursos dialógicos gerados pelas sequências de dúvidas, e as práticas discursivas utilizadas pelos profissionais de saúde para as gerir. Mais especificamente, analisámos a forma como os profissionais de saúde refrearam o potencial argumentativo das dúvidas céticas, que são as mais representativas no *corpus* analisado, mas também as mais perigosas. De facto, uma dúvida cética tem sempre o potencial de se tornar cada vez menos local, perdendo o seu significado epistémico, ao adquirir um potencial argumentativo negacionista, questionar o sistema e as autoridades de saúde e pondo em perigo a saúde dos pacientes. À semelhança do que discutimos no contexto das controvérsias de saúde pública, também na comunicação médica é crucial reconhecer a dúvida como legítima. Isto é especialmente importante nos cuidados crónicos, em que os pacientes têm um longo historial de doença e, muitas vezes, fortes sentimentos de que sabem o que fazer e como lidar corretamente com a doença. No *corpus* de consultas sobre diabetes que analisamos, encontramos pacientes que contestaram as propostas do médico com base no argumento de que têm diabetes há muito tempo e, por isso, sabem como modificar o tratamento e reduzir a insulina.

A nossa análise indica que a desclassificação do potencial argumentativo das dúvidas é uma prática discursiva comum utilizada pelos profissionais de saúde para lidar com o ceticismo. A nossa discussão também revelou que, por vezes, esta estratégia pode ser problemática (como evidenciado no exemplo 2). No entanto, o que é problemático não é a estratégia de desclassificação em si, mas a forma como esta é realizada de forma discursiva. A nossa análise sugere que a principal tarefa na

implementação do processo de legitimação da dúvida é explorar o que está na origem da dúvida, ter a oportunidade de compreender as preocupações dos pacientes, e corrigir potenciais mal-entendidos ou concepções erróneas que muitas vezes se escondem por trás da expressão da dúvida. Efetivamente, o simples facto de oferecer a mesma informação não permite aos profissionais de saúde determinar as causas por trás da dúvida e eliminá-la.

São necessárias análises mais sistemáticas das consultas, sobretudo se forem efetuadas em contextos médicos e em idiomas diferentes, a fim de recomendar estratégias para gerir o potencial argumentativo da dúvida e modificar as práticas discursivas problemáticas.

REFERENCIAS

- Ainsworth-Vaughn, N. (1998). *Claiming power in doctor-patient talk*. Oxford: Oxford University Press.
- Alrasheedy, A. A., Hassali, M. A., Stewart, K., Kong, D. C., Aljadhey, H., Mohamed Ibrahim, M., & Al-Tamimi, S. K. (2014). Patient knowledge, perceptions, and acceptance of generic medicines: a comprehensive review of the current literature. *Patient Intell*, 6, 1–29.
- Amossy, R. (2009). “Argumentation in Discourse: A Socio-discursive Approach to Arguments”. *Informal Logic* 29(3), 252.
- Andrade, G. (2020). “Medical conspiracy theories: cognitive science and implications for ethics”. *Medicine, Health Care and Philosophy* 23(3), 505–518.
- Anscombe, J.-C., & Ducrot, O. (1983). *L’argumentation dans la langue*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Beisecker, A. E. (1990). “Patient Power in Doctor-Patient Communication: What Do We Know?”. *Health Communication* 2(2), 105–122.
- Bigi, S. (2014). “Healthy Reasoning: The Role of Effective Argumentation for Enhancing Elderly Patients’ Self-management Abilities in Chronic Care. *Studies in Health Technology and Informatics*”, 203, 193–203.
- (2018) “The role of argumentative practices within advice-seeking activity types. The case of the medical consultation”. *Rivista Italiana Di Filosofia Del Linguaggio* 12(1), 42–52.
- Bigi, S., & Rossi, M. G. (2020). “Considering Mono- and Multilingual Interactions on a Continuum: An Analysis of Interactions in Medical Settings”. In: C. Hohenstein & M. Lévy-Tödter (Eds.), *Multilingual Healthcare: A Global View on Communicative Challenges* (pp. 11–37, Ch. 1), New York: Springer.
- (2023) “Fostering interdisciplinary knowledge translation at the interface between healthcare communication and pragmatics”. In: S. Bigi & M.G. Rossi (Eds.), *A pragmatic agenda for healthcare: fostering inclusion and active participation through shared understanding* (pp. 1–14), Amsterdam: John Benjamin.
- Candlin, C. N. (2000). *The Cardiff lecture 2000: Reinventing the patient/client: New challenges to healthcare communication (Cardiff Papers on Healthcare Discourse 2)*. (Cardiff Un). Cardiff.
- Dahm, M. R., & Crock, C. (2022). “Understanding and Communicating Uncertainty in Achieving Diagnostic Excellence”. *JAMA* 327(12), 1127–1128.
- Eachempati, P., Büchter, R. B., Ks, K. K., Hanks, S., Martin, J., & Nasser, M. (2022). “Developing an integrated multilevel model of uncertainty in health care: A qualitative systematic review and thematic synthesis”. *BMJ Global Health* 7(5).
- Eemeren, F. H., Garssen, B., & Labrie, N. (2021). *Argumentation between Doctors and Patients: Understanding clinical argumentative discourse*. Amsterdam: John Benjamin.
- European Medicines Agency (EMA) (2021). “COVID-19 Vaccine Janssen: assessment of very rare cases of unusual blood clots with low platelets continues”. *European Medicines Agency*.

- <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-vaccine-janssen-assessment-very-rare-cases-unusual-blood-clots-low-platelets-continues>
- Flores, A., Cole, J. C., Dickert, S., Eom, K., Jiga-Boy, G. M., Kogut, T., ... Van Boven, L. (2022). "Politicians polarize and experts depolarize public support for COVID-19 management policies across countries". *Proceedings of the National Academy of Sciences* 119(3), e2117543119.
- Godman, B., Massele, A., Fadare, J., Kwon, H.-Y., Kurdi, A., Kalemeera, F., ... Meyer, J. C. (2021). "Generic drugs—essential for the sustainability of healthcare systems with numerous strategies to enhance their use". *Pharmaceutical Sciences and Biomedical Analysis Journal* 4(1).
- Graham, S., & Brookey, J. (2008). "Do patients understand?". *The Permanente Journal* 12(3), 67–69.
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). "Varieties of Uncertainty in Health Care: A Conceptual Taxonomy". *Medical Decision Making* 31(6), 828–838.
- Han, Paul K.J., Strout, T. D., Gutheil, C., Germann, C., King, B., Ofstad, E., ... Trowbridge, R. (2021). "How Physicians Manage Medical Uncertainty: A Qualitative Study and Conceptual Taxonomy". *Medical Decision Making* 41(3), 275–291.
- Jackson, S. (2020). "Evidence in Health Controversies". *OSSA Conference Archive* 15.
- Kalke, K., Studd, H., & Scherr, C. L. (2021). "The communication of uncertainty in health: A scoping review". *Patient Education and Counseling* 104(8), 1945–1961.
- Kjeldsen, J. E. (2007). "Visual Argumentation in Scandinavian Political Advertising: A Cognitive, Contextual, and Reception Oriented Approach". *Argumentation and Advocacy* 43(3–4), 124–132.
- Maynard, D. W. (1991). "Interaction and Asymmetry in Clinical Discourse". *American Journal of Sociology* 97(2), 448–495.
- McCabe, R. (2021). "When patients and clinician (dis)agree about the nature of the problem: The role of displays of shared understanding in acceptance of treatment". *Social Science & Medicine* (1982) 290, 114208.
- Mohammed, D. (2019a). "Managing Argumentative Potential in the Networked Public Sphere: The Anti- # MeToo Manifesto as a Case in Point". In: B. Garsen, D. Godden, G. R. Mitchell, & Wagemans J.H.M. (Eds.), *Proceedings of the 9th conference of the International Society for the Study of Argumentation* (pp. 813–822). Amsterdam: Sic Sat.
- (2019b) "Standing Standpoints and Argumentative Associates: What is at Stake in a Public Political Argument?" *Argumentation* 33(3), 307–322.
- Mohammed, D., & Rossi, M. G. (2022). "The Argumentative Potential of Doubt: From Legitimate Concerns to Conspiracy Theories About COVID-19 Vaccines". In: S. Oswald, M. Lewiński, S. Greco, & S. Villata (Eds.), *The Pandemic of Argumentation*, (pp. 125-144, Chap. 7). Amsterdam: Springer.
- Mostafa, S., Mohammad, M. A., & Ebrahim, J. (2021). "Policies and practices catalyzing the use of generic medicines: a systematic search and review". *Ethiopian Journal of Health Sciences* 31(1).
- Negash, Z., & Mekonen, T. (2023). "Patient perception towards shifting oral antihyperglycemic agents to injectable insulin and associated factors in the diabetes clinic of Tikur Anbessa specialized hospital: Cross-sectional study". *Metabolism Open* 17, 100228.
- Pomerantz, A. (1985). "Agreeing and disagreeing with assessments: some features of preferred/dispreferred turn shapes". In: J. M. Atkinson (Ed.), *Structures of Social Action* (pp. 57–101, Chap. 4). Cambridge: Cambridge University Press.
- Regina Wu, R. J. (2009). "Repetition in the initiation of repair". In: J. Sidnell (Ed.), *Conversation Analysis: Comparative Perspectives* (pp. 31–59, Chap. 2). Cambridge: Cambridge University Press.
- Rentmeester, C. A. (2013). "Professionalism, fidelity and relationship-preservation". *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 9(8), 1812–1814.
- Rossi, M. G., & Macagno, F. (2020). "Coding Problematic Understanding in Patient–provider Interactions". *Health Communication* 35(12), 1487–1496.
- Rossi, M. G., Macagno, F., & Bigi, S. (2022). "Dialogical functions of metaphors in medical interactions". *Text and Talk* 42(1), 77–103.
- Rossi, M. G., Mohammed, D., & Bigi, S. (2024). "Exploring the argumentative potential of doubt in medical consultations". In: A. Ansani, M. Marini & F. Paglieri (Eds.), *ECA 2022 Proceedings* (pp. 300-315). London: College Publications.
- Rummens, S., & De Mesel, B. (2022). "A Wittgensteinian Account of Free Will and Moral

- Responsibility. In *Philosophical Perspectives on Moral Certainty*. In: C. Eriksen, J. Hermann, N. O'Hara & N. Pleasants (Eds.), *Philosophical Perspectives on Moral Certainty* (pp. 132–155). New York: Routledge.
- Schegloff, E., Jefferson, G., & Sacks, H. (1977). "The preference for self-correction in the organization of repair in conversation". *Language* 53(2), 361–382.
- Serafis, D. (2022). "Unveiling the rationale of soft hate speech in multimodal artefacts". *Journal of Language and Discrimination* 6(2), 261–288.
- Singh, S. K., & Jain, R. (2020). *Myths About Insulin Therapy. RSSDI's Insulin Monograph: A Complete Guide to Insulin Therapy* 245. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.
- Snoeck Henkemans, A. F., & Mohammed, D. (2012). "Institutional constraints on strategic maneuvering in shared medical decision-making". *Journal of Argumentation in Context* 1(1), 19–32.
- Stevens, L. M. (2018). "“We have to be mythbusters”: Clinician attitudes about the legitimacy of patient concerns and dissatisfaction with contraception". *Social Science & Medicine* (1982) 212, 145–152.
- Todd, A. D. (1989). *Intimate Adversaries: Cultural Conflict Between Doctors and Women Patients*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- WHO. (2016). "Generic medicines: interchangeability of WHO-prequalified generics". *WHO Drug Information* 30(3), 370–375.
- Wittgenstein, L., Anscombe, G. E. M., von Wright, G. H., Paul, D., & Anscombe, G. E. M. (1969). *On certainty* (Vol. 174). Blackwell Oxford.

AGRADECIMENTOS: Este trabalho é financiado por fundos nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P., no âmbito do projeto 2022.00977.CEECIND/CP1725/CT0027 com o identificador DOI <https://doi.org/10.54499/2022.00977.CEECIND/CP1725/CT0027>

MARIA GRAZIA ROSSI: É investigadora especializada em argumentação médica e comunicação sobre saúde. Faz parte do Instituto de Filosofia da NOVA (IFILNOVA) e é professora de comunicação na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. O seu trabalho de investigação está centrado na complexidade ética e comunicativa da relação entre profissionais de saúde e pacientes, bem como das controvérsias públicas no âmbito da saúde. Maria Grazia Rossi analisou várias estratégias de enquadramento (e.g., metáforas) como ferramentas argumentativas que promovem a compreensão partilhada e a tomada de decisões na comunicação sobre cuidados de saúde. Publicou uma monografia, livros editados e vários artigos nas principais revistas internacionais, tais como a, *Journal of Pragmatics*, a *Text & Talk*, e a *Health Communication*.

DIMA MOHAMMED: É investigadora especializada em argumentação política, no cruzamento entre comunicação e filosofia. É coordenadora do Laboratório de Argumentação, Cognição e Linguagem (ArgLab) do Instituto de Filosofia da NOVA (IFILNOVA), na Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. O seu trabalho de investigação está centrado na complexidade da argumentação política pública e no desafio que esta coloca à compreensão da estratégia, bem como da qualidade racional dos argumentos políticos públicos. Dima Mohammed é professora convidada no Departamento de Ciências da Comunicação da NOVA FCSH, e já deu aulas de argumentação política em várias instituições em Portugal, na Suíça, no Canadá e na Palestina. É membro fundador da Conferência Europeia de Argumentação (ECA) e é também membro de vários painéis de prestigiadas associações e revistas académicas, tais como a Association for Informal Logic & Critical Thinking (AILACT), o *Journal of Argumentation in Context*, *Argumentation and Advocacy*, entre outras.

SARAH BIGI: É professora de linguística na Universidade Católica do Sagrado Coração (Milão, Itália). O seu trabalho de investigação está centrado na análise da comunicação em saúde, no âmbito da qual adota uma perspetiva linguística, pragmática e argumentativa. Sarah Bigi analisou as funções da argumentação médica, focando-se especificamente na análise dos processos de tomada de decisão participativa. Publicou duas monografias, livros editados e vários artigos nas principais revistas internacionais, tais como a *Journal of Argumentation in Context*, a *Journal of Pragmatics* e a *Patient Education and Counseling*.