

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LINGÜÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEMIÓTICA E
LINGÜÍSTICA GERAL**

**DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE:
ASPECTOS SEMIÓTICOS DE PAIXÃO E
PERSUASÃO.**

Vitor França Galvão

**São Paulo
2006**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LINGÜÍSTICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SEMIÓTICA E LINGÜÍSTICA GERAL**

**DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ASPECTOS SEMIÓTICOS DE PAIXÃO
E PERSUASÃO.**

Vitor França Galvão

**Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Semiótica e Lingüística Geral, do Departamento
de Lingüística da Faculdade de Filosofia, Letras e
Ciências Humanas da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutor em Letras.**

Orientador: Prof^ª. Dr^ª. Maria Vicentina de Paula do Amaral Dick

**São Paulo
2006**

VITOR FRANÇA GALVÃO

**DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: ASPECTOS SEMIÓTICOS DE PAIXÃO E
PERSUASÃO.**

Tese defendida e aprovada em _____

BANCA EXAMINADORA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

2006



O médico (1891)
Sir Samuel Luke Fildes (1844-1927)

**Para dona Marilena, minha mãe,
minha primeira professora.**

AGRADECIMENTOS

À prof^a. Dr^a. Maria Vicentina de Paula do Amaral Dick, pela orientação e indicação de todos os rumos e caminhos que tornaram esse trabalho possível.

Aos Professores Doutores Eni de Mesquita Samara e José Ricardo C. Ayres, da FFLCH e FMUSP, respectivamente, cujos cursos foram importantes na elaboração desta pesquisa.

Aos médicos M.A., C.N.L. e M.C.S., pela atenção e gentileza em fornecerem os casos aqui analisados.

Ao Serviço de Cirurgia de Cabeça e Pescoço do Hospital Heliópolis que, mais uma vez, abriu suas portas para minhas sondagens do mundo médico.

Aos meus irmãos, Daniel e Rogério, por me ensinarem que, apesar das diferenças, pode haver respeito, amor e amizade.

Ao meu pai, Nilo, in memoriam.

A João Claudio, in memoriam.

A Cecília Meireles e Graciliano Ramos, Bette Davis e Marlon Brando, Kim Carnes e Bruce Springsteen, cuja arte torna este mundo mais bonito.

Aos meus amigos que, com seu carinho, preenchem as noites e os dias – e reduzem o peso de todos os fardos.

A Deus, sempre.

Juramento de Hipócrates

“Eu juro por Apolo, médico, por Esculápio, Higeia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou esta arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele partilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes esta arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração nem compromisso escrito; fazer participar dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos segundo os regulamentos da profissão, e apenas estes.

Aplicarei os regimes para o bem do doente segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei, por prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza perda. Do mesmo modo, não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte.

Não praticarei a talha¹, mesmo em alguém que realmente tenha cálculos; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa que eu vá, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda a sedução, sobretudo longe dos prazeres do amor com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

¹ Trata-se de uma operação que consiste em cortar a bexiga a fim de extrair uma pedra, um cálculo. Alguns autores supõem que seja uma interdição à castração. Cf. SALEM, 2002.

Aquilo que, no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservar inteiramente secreto.

Se eu cumprir este juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre entre os homens; se eu dele me afastar ou infringi-lo, que o contrário aconteça.”

Hipócrates

RESUMO

A presente tese tem por objetivo estudar alguns aspectos semióticos de paixão e persuasão na relação médico-paciente, uma relação sempre marcada pela verticalização e pela complexidade – de um lado, o poder de persuasão de quem detém o conhecimento; de outro, a fragilidade de quem está doente e precisa da cura.

Para esse estudo, será apresentado, em uma primeira parte, um panorama da história da Medicina ocidental, bem como comparações entre os médicos atuais e os xamãs e feiticeiros de antigas civilizações. Verificar-se-á que o prestígio do profissional da Medicina atual assemelha-se ao respeito de que gozava o xamã naquelas sociedades: tanto um quanto o outro, ao estabelecer a cura de um doente, possibilitam sua reintegração ao grupo social a que pertencia e do qual foi separado em razão de sua enfermidade.

Em seguida, serão apresentados os modelos teóricos presentes nos escritos de A. J. Greimas e C. T. Pais para que se estudem três casos narrados por médicos de três diferentes especialidades – um ortopedista, um cirurgião de cabeça e pescoço e uma cardiologista.

Com a análise semiótica das narrativas, chegar-se-á ao estudo da “visão de mundo” subjacente aos citados casos e seus desdobramentos, bem como a análise do comportamento dos sujeitos envolvidos na busca do objeto de valor: o restabelecimento da saúde.

De um lado, o profissional da Medicina, que deve seguir os preceitos de sua profissão, bem como os mandamentos da chamada Bioética, para que seja

sancionado positivamente pela sociedade da qual faz parte; de outro, o paciente, que freqüentemente deposita no médico mais expectativas de cura do que esse profissional pode alcançar.

Serão levadas em conta, também, as teorias de J. Campbell sobre o “mito do herói”, bem como a teoria dos “arquétipos” de C. Jung.

Em suma, este trabalho procurou analisar, sob o ponto de vista da semiótica e da bioética, as condições em que se pode desenvolver a relação entre médico e paciente. Assim, esperamos poder contribuir, de alguma forma, para estudos posteriores que se proponham a investigar o universo da Medicina.

ABSTRACT

This thesis intends to study some semiotics aspects of passion and persuasion in the doctor-patient relationship, a relationship marked by verticalization and complexity – on the one hand, the power of persuasion of a doctor who has the know-how; on the other hand, the fragility of someone who is ill and needs to be cured.

On this study, a synthetic history of Western Medicine will be shown, including a comparison between the modern doctors and old witch doctors from primitive tribes. It'll be clear that the status of the modern doctors has not changed from that time because both of them, when they get to cure a person, can bring back the patient to his social group, since any ill person is separated from his family and friends due to the illness.

After that, the theoretic patterns of Greimas and Pais will be shown in order to study three cases told by three different doctors from three different areas of Medicine: Orthopedics, Head and Neck Surgery and Cardiology.

With the semiotic analysis of the cases, the “interpretation of the world” will be identified according to the relationship studied, as well as the analysis of the behavior of the characters searching their goals: the recovering from the illness.

We will find the doctor who must obey the laws of his profession, as well the commandments of Bioethics, to be approved by the social group in

which he lives; but we will find, too, the patient who often expects more than he should from his doctor.

J. Campbell's theories about "The myth of the hero" and Jung's "Theory of the Archetypes" will be important to this work too.

In short, this work tried to study, considering Semiotic and Bioethic, the conditions and problems involving the relationship between doctor and patient. We hope we can give some contribution to future works that may intend to investigate the Medicine world.

Índice

INTRODUÇÃO	1
O plano da tese de doutorado	4
Plano de trabalho	6
CAPÍTULO I – DA MEDICINA	9
I.1. DO MÉDICO	23
I.2. DO MITO	33
I.3. DO RITUAL.....	37
I.4. DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	40
CAPÍTULO II – DA SEMIÓTICA.....	46
II.1. DA GRAMÁTICA NARRATIVA.....	52
II.2. DOS PROGRAMAS E ESQUEMAS NARRATIVOS	54
II.3. DO PERCURSO NARRATIVO.....	55
II.4. DA SEMÂNTICA NARRATIVA	60
II.5. DA GRAMÁTICA DISCURSIVA.	63
II.6. DA SEMÂNTICA DISCURSIVA.....	65
II.7. DA SEMIÓTICA E AS PAIXÕES.....	66
II.8. DA EMULAÇÃO AO ÓDIO	68
II.9. DO DISCURSO	72
CAPÍTULO III - DA RELAÇÃO SEMIÓTICA - MEDICINA.....	76
III.1. DA BIOÉTICA: tecnologia e verticalidade na relação médico- paciente.....	76
III.2 – BIOÉTICA NO BRASIL – Ainda os primeiros passos	82
III.3. BIOÉTICA E SEMIÓTICA – A AÇÃO DO SUJEITO	89
CAPÍTULO IV – O MÉDICO VISTO COMO UM HERÓI – A SAGA DE UM PROFISSIONAL.....	102
CAPÍTULO V – DA METODOLOGIA DE TRABALHO.....	115
V. 1. A SEMIÓTICA DE GREIMAS E PAIS.....	115
V.2. A NARRATIVA COMPOSTA POR MÉDICO E PACIENTE.....	116

V.3. CRITÉRIOS NA DEFINIÇÃO DO <i>CORPUS</i> E SUA ANÁLISE	119
CASO I	122
ANÁLISE DO 1º. CASO	126
CASO 2	144
ANÁLISE DO 2º CASO	149
CASO 3	165
ANÁLISE DO 3º CASO	170
CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	192

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa nasceu da hipótese de se estudar um aspecto da Medicina que pouca atenção tem recebido por parte de pesquisadores fora da área da Saúde: uma análise semiótica da relação médico-paciente levando-se em consideração que estão envolvidas duas partes com igual interesse (a cura de uma doença), mas com visões diferentes dessa busca. De um lado, o médico com seu saber e sua autoridade; de outro, um paciente que poderá ou não se submeter ao tratamento proposto por esse médico. E o que poderá resultar dessa relação para ambos.

Dois momentos distintos poderão ser verificados neste trabalho: no primeiro, uma pesquisa teórica que possa abranger substancialmente uma parte da história da Medicina – desde seus primórdios até hoje -, além de uma análise que permita investigar a figura do médico, sua simbologia, representatividade e importância numa sociedade cada vez mais carente de saúde.

Seguindo esse percurso, também será apresentada uma fundamentação teórica da Semiótica, no qual serão levadas em conta as teorias de Algirdas Julien Greimas e Jacques Fontanille (1993), cuja obra é composta de vasta produção sobre o assunto. Juntamente com Greimas e Fontanille, serão utilizadas as teorias do professor Cidmar Teodoro Pais, autor, ele também, de diversos textos sobre o assunto.

O segundo momento, prático, será o estudo de três casos de relatos de profissionais da Medicina de especialidades diferentes, quando, então, as teorias previamente estudadas serão aplicadas para se estudarem como a relação médico-paciente se processou ao longo de cada um dos tratamentos.

Pode causar estranheza, à primeira vista, um tema como este. Afinal, as pessoas têm o costume de seguir uma divisão rígida e tradicional no que diz respeito às ciências: esta é da área de Humanas; aquela de Exatas e, aquela outra, de Biológicas. Este é o ponto de partida do presente trabalho. O presente trabalho parte do princípio de que a Medicina vem a ser uma ciência das mais “humanas” que se podem conceber, pois não há gesto mais solidário do que se tentar restituir o bem-estar a quem sofre de uma enfermidade e, em casos extremos, evitar a sua morte.

Por ocasião da dissertação de Mestrado, estabelecemos semioticamente uma comparação entre textos publicados na imprensa e textos escritos por médicos (publicados em revistas especializadas) sobre o “câncer”, tentando verificar as diferenças que advinham dos pontos de vista do jornalista e do oncologista. Pode-se constatar que, embora vários jornalistas escrevessem com seriedade sobre a doença, muitos deles também tratavam o assunto com leviandade e sensacionalismo, objetivando, é claro, a venda de revistas ao público sempre ávido de informações quando o assunto é a saúde.

Naquela ocasião, nosso convívio com médicos que gentilmente colaboraram com a pesquisa intensificou nosso interesse por esta área de atuação. Descobrimos um novo universo do qual, como leigos, pouco ou nada conhecíamos – a não ser a visão própria de paciente ou leitor de artigos sobre Medicina.

O interesse pelo mundo da Medicina aumentava à medida que convivíamos com médicos e acompanhávamos seu dia-a-dia em hospitais ou consultórios particulares. Além disso, os casos que relatavam em conversas informais fizeram com que nos interessássemos cada vez mais pelo estudo desse cotidiano.

Na pesquisa para a obtenção do Mestrado, focamos nossa atenção na questão da imprensa que sempre tem na Medicina e em suas descobertas uma fonte segura de venda de revistas e jornais, ainda mais em se tratando do câncer – uma doença que assusta pelo próprio nome e sobre a qual as pessoas querem saber sempre mais. Foi interessante, para nós, estabelecer as diferenças de tratamento ao tema, pois médicos, ao contrário de jornalistas, são sempre mais diretos e objetivos em seus discursos, além de possuírem uma visão menos “idealizada” da realidade. Pude verificar que, contribuindo para isso, também havia, com frequência, muita desinformação por parte do jornalista que era incumbido de redigir um texto sobre a doença em questão.

Somamos a esse convívio com médicos o fato exercermos nossa atividade de professor de um curso pré-vestibular e conviver intensamente com jovens que pretendem ingressar nas mais conceituadas faculdades de Medicina do país. Chama a atenção constatar que, ano após ano, milhares de jovens têm como sonho profissional uma carreira na Medicina e, ao longo de todos esses anos, pudemos constatar o fascínio que a profissão exerce nesses jovens. Devemos salientar, também, que a maioria deles vê na profissão uma possibilidade de ajudar e socorrer seu semelhante. Por todas as razões expostas, vislumbramos, para a tese de doutoramento, uma possibilidade de continuar nossa investigação do meio médico – desta vez, levando em consideração um aspecto mais humanista desse universo: a relação do médico com seu paciente.

Para nossa surpresa, havia muitas publicações sobre o assunto, mas sempre artigos, livros e ensaios escritos por médicos e profissionais da Saúde preocupados com a crescente “mecanização da Medicina” ou do “abuso na utilização de recursos tecnológicos” em detrimento de um contato mais amigável e gentil por parte do médico. Encontramos pouquíssimas publicações que, fora da área da Saúde, abordavam a

relação em questão. Foi exatamente nesse vazio que identificamos a possibilidade de um trabalho que investigasse, segundo os princípios da Semiótica das Paixões, como poderiam se dar os mecanismos que compunham uma relação tão delicada entre alguém que se encontra doente e a pessoa em quem se depositam as esperanças de cura.

Temos comprovado, ao longo de tantos anos dessa convivência com aqueles alunos vestibulandos, que o prestígio do médico tem-se mantido inabalável, pois o desejo de tantos jovens buscando uma vaga em um curso de Medicina só comprova isso. Ficou claro que o respeito do qual o xamã gozava em sua sociedade era o mesmo de que gozam os médicos hoje – nas mãos de ambos está o poder da cura, nas mãos de ambos está o poder de “trazer de volta” aquele que, por causa da doença, foi excluído de seu grupo social.

Se, na época do Mestrado, o assunto já nos era interessante, tempos depois se tornou fascinante e fonte inesgotável de interesse pelo modo como a figura do médico havia evoluído desde os primórdios com as sociedades ditas arcaicas. Dessa forma, para a pesquisa em nível de doutoramento, foi tomada a decisão de se sondarem os meandros dessa relação tão complexa da qual, mais cedo ou mais tarde, todo acabam sendo protagonistas.

O plano da tese de doutorado

Após, a dissertação de Mestrado, em que procedemos a uma análise contrastiva entre o discurso médico e o discurso jornalístico sobre câncer, e na qual foram levados em conta os aspectos semióticos presentes em um

e em outro discurso, constatamos a possibilidade de, agora, traçar uma linha que percorresse os caminhos da relação do médico com seu paciente.

Após o Exame de Qualificação, procedemos a um recorte que delimitasse nosso campo de pesquisa, pois, fomos alertados de que as possibilidades eram muitas e corríamos o risco de nos perder diante de tantos caminhos possíveis. O mais significativo recorte disse respeito ao fato de ouvir o relato médico somente, pois o relato do paciente traria novos dados à pesquisa, tornando-a extensa demais e expondo-a ao risco de resultar num trabalho pretensioso e extremamente extenso.

Como é praxe em pesquisas dessa natureza, mantivemos os nomes dos pacientes e dos médicos em segredo, utilizando somente iniciais para que não se corresse o risco de se exporem doentes e mesmo os profissionais que colaboraram com esta pesquisa. Assim, médicos e pacientes, nos casos relatados, aparecerão identificados por suas iniciais apenas.

Decidimos, assim, analisar três casos – número suficiente para que se chegasse a uma conclusão plausível. Finalmente, decidimos por coletar casos narrados por médicos de especialidades diferentes, pois, dessa forma, poderia fornecer ao leitor uma visão um pouco mais global da Medicina.

Após uma pesquisa sobre o “mundo da Medicina” e sua história, passou-se para um levantamento dos princípios teóricos acerca da Semiótica como “ciência da significação” que dá conta da análise de um universo afetivo e passional que constitui, também, a relação do médico com seu paciente.

Plano de trabalho

No primeiro capítulo, fizemos uma pesquisa sobre a história da Medicina para que levantássemos aspectos importantes na compreensão de sua evolução e no modo como é exercida hoje. Verificamos que o processo de cura esteve atrelado à religiosidade e à crença no sobrenatural e que, mesmo no juramento de Hipócrates, há sinais desse vínculo, embora o médico grego já pregasse uma Medicina mais voltada à observação e embasada em técnicas segundo regras que deveriam ser seguidas por esses profissionais.

O segundo capítulo teve como preocupação os conceitos e princípios da Semiótica como Ciência da Significação, seguindo as teorias de Greimas e de Pais. De acordo com esses dois autores, procuramos fundamentar como a comunicação entre os seres humanos desencadeia-se a partir da percepção do mundo natural, físico e biológico, isto é, quais os elementos importantes para o entendimento de relações e funções que, ordenadas, possam interpretar o universo cultural de determinada sociedade.

No terceiro capítulo, procuramos a relação possível entre a Semiótica e a Medicina, uma vez que, na prática da atividade médica, constatamos a presença de um profissional que exerce um poder sobre aquele que o consulta e que o procura na tentativa de debelar um mal (físico ou mental) e que, por isso mesmo, é chamado de “paciente”. Partindo do conceito de “Bioética” – e da verticalidade na relação médico-paciente -, verificamos que, segundo Garrafa (2003), a Bioética, no Brasil, ainda dá os primeiros passos e que tem, como principais empecilhos para sua prática, o conservadorismo presente na sociedade de um país profundamente religioso e conservador. Foi examinada a relação médico-paciente no tocante à respeitabilidade, ao prestígio, direitos, deveres e expectativas

depositadas nos profissionais da Medicina por parte de quem os procura com esperanças de cura para suas doenças. Foi discutido, também, o polêmico uso da tecnologia que, segundo alguns autores, estaria relegando a figura humana do paciente a segundo plano. Em suma, a “Medicina humanística” estaria cedendo seu lugar à “Medicina tecnológica”.

No capítulo quarto, foram analisadas as teorias de Campbell sobre o “Mito do Herói” que, segundo o autor, estaria presente em todos os tempos, em todas as culturas e em todas as regiões do mundo. Essas teorias vão ao encontro de outras apregoadas pelo médico suíço Jung, segundo o qual o comportamento humano seguiria padrões comuns a todos os seres – os “arquétipos” ou conceitos-padrão de comportamento. Dessa forma, foi feita uma análise de como o médico se encaixaria no mito estudado por Campbell, ao mesmo tempo em que o conceito que se faz do médico consistiria, também, num “arquétipo”, uma vez que a figura daquele que cura sempre esteve presente nas sociedades do mundo todo.

O capítulo quinto, que antecede a análise do *corpus*, é dedicado à metodologia adotada nesta pesquisa, ou seja, como se processou a pesquisa em si e como os depoimentos foram obtidos com a colaboração de médicos os quais gentilmente narraram fatos que julgaram marcantes em suas carreiras sobre a relação que mantiveram e que mantêm com seus pacientes no dia-a-dia de clínicas particulares e/ou hospitais públicos.

Finalmente, na última parte do trabalho, encontram-se os casos relatados por três médicos de especialidades diferentes – um ortopedista, um cirurgião de cabeça e pescoço e uma cardiologista -, bem como as análises semióticas pertinentes a cada caso que, segundo esses médicos, foram marcantes em suas carreiras até o presente momento. Uma vez que a relação médico-paciente é sempre marcada por uma grande complexidade de sentimentos (seja por parte do paciente, seja por parte do

médico), as narrativas resultantes desse encontro são sempre estimulantes e passíveis de estudo científico.

CAPÍTULO I – DA MEDICINA

“Dans la médecine comme dans l’amour, ni jamais, ni toujours.”

(Conhecido provérbio entre os médicos franceses)

O objetivo desta fundamentação não é traçar um panorama, isto é, a visão geral da História da Medicina, pois existem livros que se encarregaram exclusivamente desse assunto, e, dada a extensão desta pesquisa, não caberia aqui um relato tão longo e detalhista que desse conta de tantos séculos e de tantos acontecimentos. Ainda assim, alguns fatos são extremamente importantes para que se compreenda a Medicina como é, hoje, entendida: a ciência do conhecimento do corpo humano, que busca a cura para suas patologias e visa à recuperação da saúde daquele que procura um médico. Uma breve viagem no tempo, da pré-história à Renascença, poderá explicar um pouco sobre a medicina praticada hoje, nas civilizações ditas modernas.

Etimologicamente, verifica-se que o termo “Medicina” vem “do latim **medicina** e pode significar: “1. Arte ou ciência de evitar, curar ou atenuar as doenças. 2.Sistema medicinal: a medicina dos indígenas; medicina alopática; medicina homeopática; 3. Fig. Aquilo que remedeia um mal; socorro, auxílio; a medicina cristã” (Dicionário Aurélio, 1986:1109) e que o termo “Medicinal”, também do latim, significa: 1.Relativo à medicina; médico, medical; 2. Que serve de medicamento ou de remédio; que cura; 3. Fig. Que remedeia ou cura qualquer mal moral” (Dicionário Aurélio, 1986:1109).

Diante disso, é fácil perceber que a Medicina tem por finalidade o bem-estar do homem, bem como tentar devolver-lhe as condições de vida perdidas com a doença que eventualmente possa acometer seu corpo ou sua mente. Como não se procura um médico

somente para a cura, poder-se-ia falar, também, em uma ciência que busca a conscientização de uma população visando a um bem-estar mesmo antes de qualquer mal acometer determinada comunidade – é o caso da Medicina Preventiva.

Não é difícil perceber que a história começa com a Medicina imbuída de magia do homem primitivo e “termina”, isto é, chega aos nossos dias, com as conquistas modernas e a visão de futuro. A dupla face da prática-e-teoria abrange conhecimentos adquiridos ao longo dos anos e, na verdade, muitas idéias e formas antigas de Medicina ainda sobrevivem, principalmente em sociedades primitivas. Apesar das conquistas do século XIX, a prática médica ortodoxa, ao contrário das disciplinas nas quais se baseia, ainda é em grande parte uma questão de observação, opinião e experiência. Quem não se lembra de seu passado está condenado a repeti-lo. Assim, o conhecimento de erros anteriores é essencial para que o médico contemporâneo não se deixe dominar pela arrogância, supervalorizando sua posição dentro de um grupo social.

De acordo com várias pesquisas antropológicas e paleontológicas, a Medicina, em seus primórdios, tem uma ligação estreita com práticas mágicas e sacerdotais, pois as notícias de enfermidades remontam da pré-história, segundo pôde-se observar em vestígios de fósseis que mostraram evidências de tuberculose e artrite, por exemplo.

Possivelmente, já naquela época, diante do mistério da doença e da morte, esse homem primitivo tenha procurado as razões para tais infelicidades e, impotente para esclarecer o que acontecia então, começou a voltar-se para o sobrenatural ou o inexplicável. Assim fazendo, chegou à conclusão de que, como havia os “bons deuses”, responsáveis pelos prazeres da vida, também existiam os demônios, esses responsáveis pelas enfermidades e pelos males que levavam à morte. Margotta afirma que fenômenos naturais – tempestades, noites sem luar, escuridão - também

eram atribuídos à obra de “demônios que poderiam ser os espíritos irados dos mortos e dos animais caçados. Convinha, portanto, apaziguar os poderes sobrenaturais por meio de rezas e sacrifícios” (1998:06).

Assim sendo, pode-se dizer que a Medicina nasce atrelada à crença, à fé, nasce já com um aspecto do sobrenatural, aquilo que está acima da compreensão do ser humano comum, pois é uma ciência ligada às divindades – sendo, então, o poder de cura um privilégio de alguns poucos eleitos. Ora, se poucos tinham (têm) esse dom, é porque são seres especiais, que merecem atenção, respeito, veneração e prestígio na comunidade em que vivem e lideram. É nesse ambiente de misticismo, mistério e temor que os primeiros curandeiros possivelmente surgiram, seres que, de alguma maneira, eram a esperança de um homem doente; e porque doente, temeroso; e porque temeroso, infeliz. A Medicina que nasce com a religião já nasce com a missão de devolver a “condição anterior” ao doente, de reintegrá-lo ao seu grupo, de devolver-lhe a “vida normal”.

O sacerdote, então, desempenha, também, a função do médico como nós o concebemos hoje. São os curandeiros daquelas sociedades primitivas que, alegando possuírem poderes e ervas curativas para enfrentarem maus espíritos e demônios, os primeiros médicos de que se tem notícia. Margotta informa que “os feiticeiros eram mágicos cujos sortilégios deixavam as pessoas doentes ou recuperam-lhes a saúde; eles também confeccionavam amuletos para afastar a doença e o infortúnio. Como guardiões das forças vitais secretas, eles formavam uma classe à parte. Seus ritos poderiam nos parecer como atos de charlatanismo, mas o trabalho por eles desempenhado não deixa de ter certa relação com a medicina moderna, pois seu cabedal de conhecimentos se originava de estudos da natureza, principalmente das propriedades das plantas e dos venenos de animais” (1998:07).

Mas a relação do curandeiro (ou feiticeiro ou sacerdote) das civilizações pré-históricas com o médico de hoje não se dá somente pela natureza: não se pode deixar de destacar que, se aquele possuía prestígio e destaque em suas comunidades – constituindo, por isso mesmo, uma “classe à parte”- este também passa pelo mesmo processo de destaque e “status”, sendo, muitas vezes, tomado por um ser superior no interior de uma comunidade dita moderna, em pleno século XXI.

Não há como negar o caráter de “nobreza” de que se reveste a Medicina aos olhos do homem de hoje; contudo, algumas vezes são dissonantes quanto à História que relata os numerosos percalços por que passaram médicos, doentes e formas de tratamento até nossos dias. Gordon afirma que “a história da Medicina não é o testamento de idealistas à procura da saúde e da vida, assim como a história do homem não é mais gloriosa do que uma lista de irracionalidades brutais e egoístas com eventuais lampejos de sanidade” (1993:13). De fato, se examinarmos com cuidado, poderemos verificar quantas vidas humanas foram sacrificadas para que se chegasse ao tratamento tido como ideal para uma enfermidade. Quantos pacientes sofreram dores físicas, discriminações, isolamentos, preconceitos de toda ordem simplesmente porque a doença que apresentavam era uma novidade à época, ou porque tal enfermidade era tida como uma punição dos deuses – ou de Deus!

E quantos profissionais da Medicina também foram vítimas de preconceitos por parte de seus colegas e mesmo da população, como foi o caso de Ignác Fülöp Semmelweis, um médico húngaro do século XIX. Céline (1975: 52) escreve que “no ano de 1846, em Viena, ele perturbou-se com o número de mortes de mulheres que acabavam de dar à luz – só em seu primeiro mês na maternidade daquela cidade, 36 pacientes morreram, de um total de 208 (...) ele observou também que, em uma das enfermarias, o número de mortes fora de 451, enquanto na outra, somente 91 pacientes

morreram vítimas de febre puerperal”. O problema era que os médicos obstetras normalmente efetuavam necropsias pela manhã e ocupavam-se , no resto do dia, com o trabalho nas enfermarias..Concluiu que havia uma relação entre os dois fatos e deu ordens expressas para que todos lavassem bem as mãos antes de visitar um paciente e que as enfermarias fossem limpas com cloreto de cálcio. Depois de tais medidas, os casos de morte caíram para praticamente zero na primeira enfermaria, num período de dois anos. Semmelweis comunicou suas descobertas à sociedade médica de Viena, sendo imediatamente atacado por todos os seus colegas. Apesar do apoio de três professores seniores, ele foi demitido e retornou, desgostoso, para Budapeste (...) Na Hungria, o fim da história é trágico: perseguido por seus colegas e rechaçado pela sociedade, caiu em profunda depressão, tendo posteriormente enlouquecido. Foi o precursor de uma idéia que, hoje, só um louco questionaria. Esta é uma perfeita ilustração da visão de um homem confrontada com a mediocridade vigente em seu tempo.

Fazem parte da história as técnicas de cura empregadas na Mesopotâmia, com os Sumérios, cuja medicina era baseada na Astrologia; ou pelos assírios e babilônicos, segundo os quais “os demônios eram libertados pelos deuses para punir os pecados dos homens ou de uma nação e, quando isso acontecia, o sacerdote médico entrava em ação para descobrir a causa do problema para depois efetuar os rituais de exorcismo e expiação” (Margotta, 1998:10); pelos egípcios, no Oriente Médio, onde a medicina já era dividida como é hoje, isto é, cada médico ocupava-se somente de uma doença específica. Sabe-se que em todos os lugares havia muitos médicos – alguns eram especialistas dos olhos, outros da cabeça, uns dos dentes, outros ainda dos intestinos.

No caso dos israelitas, a doença não era provocada por um demônio, um espírito maligno ou por feitiços, mas sim pela ira de Deus,

principalmente pelo desrespeito aos Dez Mandamentos – e as regras de higiene eram sistematicamente observadas, uma vez que estar sujo era uma ofensa ao Criador. E as impurezas “moral e física” eram igualadas. Já os persas, por sua vez, compactuavam com os israelitas a idéia de que a higiene era fundamental, além de terem realizado cesarianas bem sucedidas e isolamento de doentes e dos portadores de doenças contagiosas.

Com relação à medicina indiana, deve-se ressaltar, por exemplo, que era avançada em cirurgia e pouco desenvolvida em anatomia, pois as leis religiosas proibiam o uso de facas em cadáveres. Para que se estudassem os órgãos internos, Susruta, um grande médico indiano, sugeria que “os médicos colocassem o cadáver em um cesto, mergulhando-o no rio; após sete dias de decomposição, os órgãos poderiam ser vistos facilmente, removendo-se a pele e outros tecidos moles” (Margotta, 1998-16).

Sobre a tradicional Medicina Chinesa, observa-se que era baseada nos princípios yin (negativo, passivo, feminino, representado pela lua, pela terra, pelas trevas, pelo frio, pela umidade e pelo lado direito) e yang (positivo, ativo e masculino, representado pelo céu, pela luz, pelo poder, pela dureza, pelo calor, pela secura e pelo lado esquerdo). E esses dois princípios, juntamente como sangue, constituíam a substância vital que circulava pelo corpo. Acreditava-se que a doença era causada pelo desequilíbrio dos dois princípios. “A morte ocorria quando o fluxo cessava” (Margotta, 1998-19).

Todas essas técnicas mencionadas tiveram ou têm sua importância nas mais variadas culturas, porém a mais influente, sem sombra de dúvida, foi a medicina praticada na Grécia Antiga, pois a medicina helênica desenvolveu-se paralelamente à filosofia, tornando-se pela primeira vez uma ciência e uma arte praticada não pela casta

sacerdotal, mas por leigos que substituíram a magia pela investigação, sendo que a mais antiga fonte de informação sobre a medicina grega é a obra de Homero. Segundo o escritor, o médico era uma figura de respeito, já que valia muitas vidas, inigualável na remoção das flechas das feridas e na cura com bálsamos preparados de ervas, além de serem conhecidos os trechos da *Iliada* em que o famoso escritor grego refere-se a bandagens, compressas, métodos de estancar a hemorragia e remédios preparados com o extrato de ervas. Entre outras coisas, Homero também recomenda o vinho e outros líquidos para reanimar os feridos. “Sem dúvida, as informações médicas fornecidas por Homero refletem as práticas das civilizações de Creta e do mar Egeu” (Margotta, 1998:22).

Embora sejam constantes as preces dos doentes e as referências aos deuses, a Medicina no tempo de Homero não tinha suas bases na magia – era independente dela e praticada por profissionais que eram remunerados por tal serviço. Com o passar do tempo, verificou-se que as culturas ocidentais foram exercendo mais e mais influências na cultura grega e, como consequência, ela foi se ligando cada vez mais à religião. É importante notar que a literatura depois de Homero é repleta de encantamentos e citações de demônios, clarividentes e profetas.

Muitos deuses da mitologia começaram a ser identificados com a cura – entre eles Apolo, Ártemis, Atena e Afrodite, além dos deuses do chamado “submundo”, entre eles Esculápio, cujo símbolo, a serpente, é uma “representação antiga das forças do submundo e um sinal sagrado das tribos semitas da Ásia Menor” (Margotta, 1998:23). A existência de Esculápio ainda é uma dúvida, e sua deificação pode ter ocorrido após sua morte. Os escritos dizem que teria constituído uma grande família, incluindo Panacéia (que possuía a cura para tudo) e Higia (cujo domínio era a saúde pública: daí o termo “higiene”).

Não se pode deixar de lembrar que a religião, para os gregos, era uma espécie de “mito poético”, isto é, não interferia no direito à liberdade de criticar e explorar a natureza – os sacerdotes não constituíam uma casta privilegiada. A religião era uma segunda opção para o caso de o tratamento prescrito por leigos falhar – as pessoas recorriam, então, ao santuário de Esculápio. Interessante notar que, pelo fato de os doentes deixarem uma oferenda em dinheiro nos santuários, sempre que partissem, além de seu nome, o tratamento realizado e o nome de sua doença serem gravados numa placa que pudesse ser vista por outros visitantes, a procura por esse tipo de medicina aumentava cada vez mais e, “apesar das críticas e da crescente influência da medicina leiga, as práticas médicas sacerdotais alastraram-se por toda a Grécia durante o século V a . C. , permanecendo em uso até os séculos IV ou V d. C., período no qual o culto a Esculápio funde-se aos santos da era Cristã” (Margotta, 1998:23).

São da Grécia nomes importantes como Pitágoras (580-489 a.C), fundador da Escola Filosófica greco-Latina e que proporcionou os fundamentos mais importantes para a medicina científica; Alcmeon, um jovem contemporâneo de Pitágoras, que elevou a medicina à condição de ciência; Empédocles de Agrigento (cerca de 500-430 a .C.), que achava ser o mundo formado pelos quatro elementos básicos e primordiais (terra, água, fogo e ar) e cujos ensinamentos levaram à conclusão de que o coração era o centro do sistema circulatório; e, finalmente, Hipócrates, o mais importante de todos.

Scliar informa que “antes mesmo de entrar na faculdade de Medicina, o estudante sabe que Hipócrates – século V a .C. – é considerado o “Pai da Medicina”, pois faz parte da cultura geral, das seções de variedades dos jornais e dos almanaques populares(...) também sabem que, ao deixar a faculdade, os estudantes o farão sob a égide do juramento

hipocrático”(2002:04). Levanta-se a hipótese de, sob o nome de Hipócrates, existirem outros muitos médicos que produziram muitos conhecimentos à época, o que, segundo Scliar, “faria sentido, pois, mais que um trabalho pessoal, a obra hipocrática traduz todo o espírito de uma época extraordinária da antiga Grécia” (2002:04). O autor também lembra que a medicina grega iniciava-se de três fontes: a medicina religiosa, praticada em templos consagrados a Asclepius – o outro nome possível de Esculápio – o deus da medicina freqüentemente associado a Apolo, pois “o mundo grego cultuava a beleza junto com a saúde” (2002:26), além de Hygieia (deusa da Saúde) e Panacea (a da cura). Hygieia era uma das manifestações de Athena, a deusa da razão; e a invocação a Panacea envolvia o uso dos métodos empíricos no tratamento das doenças.

Os autores são unânimes em afirmar que Hipócrates possuía suas convicções a respeito da Medicina. Margotta afirma que, em sua obra Sobre a Arte, o médico grego escreveu “que ‘com respeito à arte da medicina, devo primeiro falar sobre o que considero ser seu escopo: tirar ou pelo menos aliviar a dor. O fato de que todos podem se beneficiar disso, mesmo os que não acreditam, é prova de sua existência e de seu poder” (1998:27).

Para não entrar em choque com os religiosos de seu tempo, o juramento hipocrático começava prudentemente com uma invocação às divindades. Era um juramento “que, provavelmente, se destinava a evitar confusão com o clero (afinal, por ter negado os deuses, Sócrates tivera que tomar cicuta)” (Scliar, 2002:27). O juramento data, provavelmente, do século IV a .C. e, interessante seria observar, diz respeito à religião, um tributo aos mestres, e uma menção à obrigação de ensinar. Scliar ressalta “que o juramento também realça e demonstra que o espírito corporativista da profissão já existia à época dos templos de Asclepius” (2002:28).

“Juro por Apolo, médico, por Esculápio, por Higieia e Panacea, e tomo por testemunhas todos os deuses e todas as deusas, cumprir, segundo meu poder e minha razão, a promessa que se segue: estimar, tanto quanto a meus pais, aquele que me ensinou essa arte; fazer vida comum e, se necessário for, com ele compartilhar meus bens; ter seus filhos por meus próprios irmãos; ensinar-lhes essa arte se eles tiverem necessidade de aprendê-la, sem remuneração nem compromisso escrito; fazer meus filhos, os de meu mestre e os discípulos inscritos participarem dos preceitos, das lições e de todo o resto do ensino, segundo os regulamentos da profissão, e apenas esses.

Aplicarei os regimes para o bem do doente, segundo o meu poder e entendimento, nunca para causar dano ou mal a alguém. A ninguém darei com prazer, nem remédio mortal nem um conselho que induza à perda. Do mesmo modo não darei a nenhuma mulher uma substância abortiva.

Conservarei imaculada minha vida e minha arte. Não praticarei a talha, mesmo em alguém que realmente tenha cálculos; deixarei essa operação aos práticos que disso cuidam.

Em toda casa que eu vá, aí entrarei para o bem dos doentes, mantendo-me longe de todo o dano voluntário e de toda sedução, sobretudo longe dos prazeres do amor, com as mulheres ou com os homens livres ou escravizados.

Aquilo que, no exercício ou fora do exercício da profissão e no convívio da sociedade, eu tiver visto ou ouvido, que não seja preciso divulgar, eu conservarei inteiramente secreto.

Se eu cumprir esse juramento com fidelidade, que me seja dado gozar felizmente da vida e da minha profissão, honrado para sempre

entre os homens; se eu dele me afastar ou infringi-lo, que o contrário aconteça!” (Salem, 2002: 17-18).

Examinando-se com cuidado o juramento que até hoje é feito por médicos recém formados, nota-se com clareza a preocupação de Hipócrates com a dignidade da profissão e com a imagem do médico – de um relato de proibições e condutas a serem seguidas, tem-se que a Medicina era vista pelos hipocráticos como um conjunto de técnicas que podiam ser adquiridas e postas em prática por aqueles que se propusessem a curar ou pelo menos aliviar a dor dos que padeciam de males até então considerados como castigos divinos.

Salem escreve que Hipócrates e seus seguidores “tiveram que fazer compreender que a medicina era uma arte, uma ‘technê’, e não uma prática sem regras, fundada apenas sobre o reclamo, gritaria e as receitas de charlatães” (2002:19). De fato, as preocupações do Pai da Medicina estendiam-se à prática, ao conhecimento e à imagem da Medicina perante os cidadãos de sua época. A Hipócrates atribuem-se os principais tratados de Medicina da época, verdadeiros “receituários” que deveriam ser seguidos por aqueles profissionais. A famosa Coleção Hipocrática – ou Corpus hipocrático – reúne cerca de sessenta tratados médicos. Salem informa que “seus ensinamentos, seu senso de distanciamento e sua capacidade para observação clínica direta tiveram talvez influência decisiva e, sem dúvida, contribuíram em grande medida para demolir a superstição de que estava dotada a medicina antiga. (...) Alguns tratados do Corpus hipocrático antecipam a idéia, então revolucionária, de que o médico pode prever a evolução de uma enfermidade mediante a observação de um número suficiente de casos. A idéia de medicina preventiva, por exemplo, concebida pela primeira vez em Regime e em Regime e Enfermidades Agudas, baseia-se não somente na dieta, mas também no estilo de vida do

paciente e na maneira como esse estilo influi em seu estado de saúde e restabelecimento” (2002:20-21).

Em um de seus mais famosos escritos - A Lei, que data do século VI a.C.-, Hipócrates defende a Medicina num texto considerado um espécie de complemento do Juramento. Para o médico grego, a ciência (episteme) opunha-se radicalmente à opinião (doxa), assim como o verdadeiro médico deveria se opor aos discursadores e figurantes cuja arte era considerada apenas uma simulação do real. A certa altura, Hipócrates afirma que “a Medicina é a mais nobre de todas as profissões; entretanto, por ignorância das pessoas que a exercem e das que a julgam superficialmente, ela está atualmente relegada ao último lugar. Esse falso julgamento parece-me baseado no fato de que, nas cidades, só a profissão médica não está submetida a nenhuma outra pena a não ser a desconsideração; ou que a desconsideração não atinge as pessoas que lá vivem. Essas pessoas se parecem muito com os figurantes que aparecem nas tragédias; até mesmo os figurantes têm a aparência, a roupa e a máscara dos atores sem que sejam atores, como entre os médicos muitos têm o título, porém poucos o são de fato” (Salem, 2002:49).

Na chamada Era Clássica, após a morte de Hipócrates, quando Aristóteles era discípulo de Platão e responsável por estudos fundamentais sobre a biologia, foi a vez de Galeno destacar-se por suas pesquisas, descobertas e contribuições à Medicina. Sua fama era tão grande que se tornou médico do Imperador Marco Aurélio, apesar de, em Roma, muitos dos médicos gregos serem considerados e tratados como escravos. Era um contumaz racionalista, pois observava o organismo sob a óptica de um processo dinâmico, “expresso em faculdades: digestão, crescimento, metabolismo (daí vem a expressão ‘faculdades mentais’), o que estava de acordo com a metafísica aristotélica então vigente, que postulava uma

força controladora, dirigindo cada processo para um fim específico” (Scliar, 2002:31).

Com o declínio do Império Romano e a invasão dos bárbaros, tem início a chamada Idade das Trevas na Medicina, época em que a religião substitui a ciência, o homem como um ser terreno perde sua importância e o corpo é visto somente como uma capa impura para a alma imortal. As superstições proliferam, os rituais dos invasores são adotados pelos romanos dominados, além do fortalecimento da fé cristã. Scliar informa que “para expulsar o demônio da doença, dizia Serenus Sammonicus, devia-se escrever a palavra ‘abracadabra’ linha após linha, mas a cada linha tirando-se uma letra, de modo que o maligno gradualmente afrouxasse as garras nas quais aprisionava a vítima” (2002:33).

Somente no período chamado de Renascimento é que as mudanças serão aceleradas – principalmente porque a medicina grega havia se refugiado nos mosteiros, aguardando o “retorno da razão”. As reformas econômicas vencem o sistema feudal, a imprensa dissemina novas idéias – revolucionárias para a época-, como as de Copérnico que diz que a Terra não é o centro do universo – e a Medicina acompanha essa revolução. Leonardo da Vinci, expressão máxima de seu tempo, dissecava cadáveres (ainda que às escondidas por causa da ainda proibição da Igreja) e, em decorrência de suas pesquisas, deixa centenas de desenhos valiosos e admiráveis, tanto do ponto de vista estético como científico.

Será Andréas Vesalius quem aplicará, de forma mais contundente, os conhecimentos anatômicos à Medicina. Sua mais famosa obra, de 1543, é De humanis corporis fabrica. Scliar explica que “o termo ‘fábrica’ é interessante pela conotação que viria a ter depois; a de locus da Revolução Industrial que, por sua vez, impulsionaria decisivamente a revolução científica iniciada à época do Renascimento. ‘Fabrica’: era assim que

Vesalius via o corpo; não santuário, nem mísera casca de alma; ‘fabrica’: sede de coisas concretas, de maquinismos e aparelhos. Prenúncio da concepção mecanicista que Descartes desenvolveria menos de um século depois” (2002:39). Preconizava três formas de tratamento: pela dieta, pelos medicamentos e pela manipulação.

Já o mais notável reformador alemão foi, sem dúvida, Phillipus Aureolus Theophrastus Bombastus von Hohenheim (1493-1541), autocognominado Paracelso, uma figura brilhante e controvertida, que teve muitos admiradores, como também muitos críticos, sem nunca decidir se seu interesse era maior pela Medicina ou pela magia, alquimia e cabala. Paracelso atuou como cirurgião nos exércitos holandeses e venezianos e, para espanto de todos de seu tempo, escreveu livros com informações preciosíssimas e não hesitava em afirmar que ia em busca da arte, chegando a colocar a própria vida em risco, sem nunca envergonhar-se de aprender com os vagabundos, açougueiros e barbeiros (os cirurgiões da época) tudo aquilo que lhe pudesse ser proveitoso na busca da cura de seus pacientes.

Embora, por seu temperamento difícil e sua personalidade extremamente forte, fosse um iconoclasta, Paracelso concordava com o princípio de Hipócrates segundo o qual o lugar do médico era ao lado do doente acamado. Segundo Margotta, “Paracelso provou ser um clínico no verdadeiro sentido da palavra, ao dizer que ‘a personalidade do médico pode ter mais influência na recuperação do paciente do que qualquer remédio” (1998:85).

Ambroise Paré foi o maior cirurgião do Renascimento. Recusando-se a queimar os ferimentos dos soldados em batalha com óleo fervente, tornou-se o primeiro a tratar deles com uma mistura de gema de ovo, óleo de rosas e terebintina. Rapidamente foi alçado à condição de ídolos dos soldados, pois mostrava profunda compaixão por seus pacientes,

preocupando-se em dar-lhes um tratamento indolor, além de apoio moral e atenção. Por não saber latim ou grego, não pôde ingressar na universidade – tornou-se, por isso, um barbeiro-cirurgião. Foi o inventor de instrumentos cirúrgicos – como o fórceps hemostático – e “interessou-se pela situação dos deficientes físicos, a quem proporcionou assistência artificial engenhosa” (Margotta, 1998:91). Certa vez, respondendo a um crítico e defendendo a arte da cirurgia – especialidade sempre vista com reservas pelos mais preconceituosos –, Paré escreveu: “Como se atreve a me ensinar a cirurgia? Logo você que nada fez na vida, senão consultar os livros. A cirurgia só se aprende usando as mãos e os olhos. E você, mon petit maître – só sabe falar pelos cotovelos, sentado confortavelmente numa cadeira” (Margotta, 1998:91).

I.1. DO MÉDICO

Etimologicamente, Cunha define “médico” como um “s.m. aquele que é diplomado em Medicina e a exerce, clínico, sec. XV. Do latim *medicus* (...) Cumprer notar que, no antigo português, pelo menos até meados do século XVI, ocorriam com muita frequência ‘físico’ e ‘física’, em lugar de médico e medicina, respectivamente”(1982:509) e, no verbete “física”, explica o etimologista que é um “s.f., ‘antiga medicina XIII’; antiga ciência da natureza XIV; na acepção atual, ciência que investiga as propriedades da matéria, seus aspectos e níveis de organização e as leis de seu movimento” o vocábulo é bem moderno, pois só a partir do século XVIII é que em português, como nas principais línguas de cultura, ele veio a assumir esta nova acepção. Do latim *physica*, derivado do grego *physikê*, ciência da natureza// físico s.m. “antigo médico’ XIII; o vocábulo teve

evolução semântica paralela à do anterior. Do latim *phiscus*, derivado do grego *physikós*” (1982:359).

Os termos “clínico” e “clínica” derivam do grego *clin(o)* que, por sua vez, designa “leito, repouso” (Dicionário Aurélio, 1996:418).

São muitos os autores que concordam com Hipócrates e Paracelso, afirmando que o lugar do médico (clínico) é ao lado do leito do paciente, acompanhando, examinando, observando, mas, sobretudo, mostrando-se interessado pelo estado dessa pessoa. Na verdade, a maior queixa que se ouve, hoje, é a de que o médico passou a tratar seus pacientes com desinteresse por suas enfermidades, visando apenas ao lucro que determinada consulta poderia trazer a esse profissional.

Ismael escreve que existem três tipos de médicos: os que estudaram medicina, os que nasceram médicos e os que nasceram médicos e tiveram o privilégio de estudar medicina, pois a arte de curar transcende o conhecimento científico e, por isso, prescinde do equilíbrio harmonioso entre o talento do profissional, sua formação e o “capital humano” que emana dos que têm uma vocação natural para curar ou amenizar os sofrimentos dos seus semelhantes. “Quem nos procura cheio de expectativas, temores, receios e traumas passados, espera que consigamos mitigar seus males. Nem podia ser diferente: é do médico que o paciente espera a mão estendida que conforta e apóia. Consolar essa pessoa que sofre e pede atenção é tarefa que exige e requer do médico não apenas tempo e vontade, mas uma dedicação incondicional e uma férrea vontade interior” (2002: 13).

Já na Grécia Antiga, o Pai da Medicina apressava-se em definir aquelas que, para ele, deveriam ser as qualidades imprescindíveis para o bom médico. Hipócrates chegou a escrever que “aquele que está destinado a adquirir conhecimentos reais de Medicina tem que reunir as seguintes

condições: inclinação natural, conhecimento, lugar favorável, instrução desde a infância, amor ao trabalho, muita aplicação (...) É preciso também consagrar muito tempo ao trabalho, a fim de que o ensinamento, deitando profundas raízes, dê frutos bons e abundantes” (Salem, 2002:48).

A história dos médicos, nas mais variadas partes do mundo, poderia ser contada pela etimologia do verbo “curar”- sua raiz é latina e significa “ter cuidados com, vigiar, livrar de doença” (Cunha, 1982:234-235). O etimologista explica que no, século XIII, designava “paróquia” e “cuidado”; no século XIV, já era um termo usado com a acepção de “assistência a um doente”; no século XV, “curador”, o que cura um doente; daí, “curandeiro” – aquele que cura por meio de rezas e feitiçarias”.

Já na pré-história, são evidentes as tentativas de cura verificadas por evidências arqueológicas e deve-se, aqui, entender “cura” como um ato voluntário de restabelecer a saúde de outrem, ainda que esse ato envolvesse “métodos incertos e especulativos” (Xavier, 1993:35). Como exemplo de princípios de cura nas sociedades ditas primitivas, Xavier cita uma comunidade de índios do Alto Xingu, os Mehináku (tribo de língua Arauák) e informa que um antropólogo americano, Thomas Gregor, estudou, entre outros aspectos daquela tribo, os costumes de cura praticada por seus xamãs. Antes de tudo, haveria a diferença entre “xamãs” e “feiticeiros”, pois estes trabalham para o mal, enquanto aqueles estão encarregados de “devolver a alma tomada pelos maus espíritos ou pelos feiticeiros” (Xavier, 1993:37). Se um membro da tribo está doente, é porque “perdeu sua alma e tornou-se apático – mas há técnicas para se recuperarem almas: uma delas é convencer todos os xamãs da aldeia para comparecer ao local onde a alma foi perdida; o xamã principal faz uma bonequinha, dois outros xamãs seguram a alma, que estará por perto, e a empurram para dentro da boneca; o xamã principal corre para a casa do doente e empurra a boneca para o peito do mesmo, forçando o retorno da

alma para o interior do corpo do paciente. As cerimônias continuam: um xamã, dos melhores, diagnostica o espírito que roubou a alma de seu paciente (dito 'wekehe'). O wekehe deverá ser o patrocinador de uma cerimônia especial em que oferecerá comida para toda a comunidade, em sinal de agradecimento. Essa refeição é organizada por pessoas designadas pelo patrocinador, os organizadores ou 'petewekehe', que negociarão com o espírito sua eventual desistência de retomar a alma" (Xavier, 1993:38).

O caso acima é ilustrativo de uma determinada comunidade étnica no Brasil (Alto Xingu), mas não se deve esquecer Lévi-Strauss, segundo o qual "o xamanismo impressiona mais por suas semelhanças do que pelas eventuais diferenças, em todas as partes do mundo" (1984:20).

Os xamãs Mehináku adotam procedimentos muitos semelhantes aos xamãs de outras culturas antigas como providenciar para que se retire um objeto de uma substância que se introduziu no corpo do doente; ou procurar recolocar a **alma** que foi perdida pelo doente; poderá viajar (com alucinógenos) pelos confins do Universo, ou para buscar de volta a alma desgarrada ou para apanhar alguma substância curativa; deverá lutar contra os espíritos, ou seja, contra as razões mágicas que prejudicaram a saúde de seu paciente; levará em conta a necessidade de empregar efeitos cênicos para bem convencer seu paciente ou espectadores: poderá provocar vômitos em si mesmo ou no paciente, tirar mechas sangrentas de sua boca, após morder a língua, por exemplo; poderá ainda lançar mão de métodos empíricos: usar chás, fazer manobras de auxílio de parto, fazer curativos em lesões etc. Definitivamente, não é sem razão que o xamanismo atrai a atenção de toda a comunidade – seu procedimento é notável; sua representação é, inquestionavelmente, admirada por todos os que o observam amedrontados pelos "maus espíritos".

Cumpra notar que, em muitas sociedades primitivas espalhadas pelo mundo, verifica-se que os elementos da religião – os espíritos, as entidades, as crenças – estão intimamente ligados à magia (o contrário da feitiçaria).

Assim como os rituais de cura apresentam suas peculiaridades, também os Mehináku, por exemplo, reconhecem causas diferentes para diferentes doenças: “São causas graves de enfermidade um espírito atingir um índio com uma flecha e lhe roubar a alma; um desafeto enfeitiçar um índio; o índio ser amaldiçoado por desrespeitar o tabu da reclusão (desrespeito a um tabu – **proibição** – é crime grave); aproximar-se de uma mulher menstruada ; ser afetado pelo **feitiço** (no caso, doença) do branco” (Xavier, 1993:40).

Eliade, por sua vez, escreve que os termos **xamã**, **medicine-man**, **feiticeiro**, **mag**, **curandeiro** e **pajé** foram indistintamente utilizados para designar aqueles que eram dotados de “prestígio mágico-religioso encontrados em todas as sociedades ‘primitivas’” (1998:15). O escritor, contudo, chama a atenção para o problema de se utilizarem os mesmos termos para o estudo da história da religião dos chamados “povos civilizados”, já que isso prejudicaria o estudo do fenômeno xamânico em si. Ele julga oportuno delimitar o uso dos vocábulos “xamã” e “xamanismo” com o propósito de se evitarem equívocos e de se enxergar com maior clareza a história da ‘magia’ e da ‘feitiçaria’, pois – é preciso deixar claro – o xamã é, ele também, um mago e um ‘medicine-man’: a ele se atribui a competência de curar, como os médicos, assim como a de operar milagres extraordinários, como ocorre com todos os magos, primitivos e modernos. Mas o antropólogo alerta para o fato de que, além disso, ele é psicopompo (condutor das almas dos mortos, segundo a mitologia grega) e pode ainda ser sacerdote, místico e poeta.

“O xamanismo, *strictu sensu*, é, por excelência, um fenômeno religioso siberiano e centro-asiático. A palavra chegou até nós pelo russo, do tungue ‘saman’ (...) e em toda a imensa área que compreende o centro e o norte da Ásia, a vida mágico-religiosa gira em torno do xamã. O que não quer dizer, evidentemente, que ele seja o único manipulador do sagrado, nem que a atividade religiosa seja monopolizada pelo xamã. Em muitas tribos, o sacerdote-sacrificante coexiste com o xamã, sem contar que todo chefe de família é também chefe do culto doméstico. Contudo, o xamã é sempre figura dominante, pois em toda essa região, onde a experiência extática é considerada a experiência religiosa por excelência, é o xamã, apenas ele, o grande mestre do êxtase. Uma definição desse fenômeno complexo, e possivelmente a menos arriscada, será: xamanismo = técnica do êxtase” (1998:15-16).

O fato de que o xamanismo, muitas vezes, coexiste em harmonia com outras formas de magia e de religião é importante, principalmente para que essa nomenclatura não seja adotada erroneamente e, sim, com seu sentido próprio e rigoroso. Magos e magia podem ser encontrados nas mais diversas culturas pelo mundo inteiro, enquanto o xamanismo designa uma “especialidade” mágica específica (o ‘domínio do fogo’, o vôo mágico etc). Por isso, embora o xamã tenha, entre outras qualidades, a de mago, não é qualquer mago que pode ser qualificado de xamã. A mesma precisão se impõe a propósito das curas xamânicas: “Todo medicine-man cura, mas o xamã emprega um método que lhe é exclusivo” (Eliade, 1998-17).

O mesmo escritor também afirma que, por serem “eleitos”, os xamãs têm livre acesso ao sagrado que é inatingível aos outros da mesma comunidade. Acreditam que ele seja o grande especialista sobre a alma humana, pois só ele a “enxerga”, já que conhece seus segredos e seu destino.

Comparando-se com o médico de hoje, nas sociedades ditas civilizadas, alguns pontos em comum começam a surgir: em algumas comunidades, os principais modos de recrutamento de um xamã são a transmissão hereditária da profissão xamânica, a vocação espontânea (o “chamado” ou “escolha”) e os casos em que as pessoas se tornam xamãs voluntariamente. “Mas esses últimos são considerados mais fracos do que aqueles que herdaram a profissão ou atenderam ao chamado dos deuses e dos espíritos” (Eliade, 1998:25). Como os médicos de hoje, “os que estão destinados a tornar-se xamãs passam a juventude a esforçar-se por dominar as doutrinas e as técnicas da profissão” (Eliade, 1998:29). Além disso, também como os médicos atuais, os antropólogos afirmam que o xamã deve ser sério, ter tato, saber convencer (saber-fazer-fazer) os que estão à sua volta; principalmente não deve se mostrar presunçoso, orgulhoso, colérico: nele deve ser sentida uma força interior que não choque, mas que tenha consciência de seu poder.

Xavier nota que é sempre importante a comparação das atividades do xamã com aquelas desenvolvidas pelo médico da atualidade. Na verdade, ele faz uma **ritualização** ou uma encenação algo exagerada de sua atividade junto ao paciente; e essa espécie de ritual tem as características básicas de todos os outros rituais, tanto religiosos, quanto leigos. O médico gaúcho destaca que uma simples visita a um consultório médico apresenta, quase que totalmente, todos os itens típicos de um ritual. Enquanto os procedimentos científicos não precisam ser ritualizados, a magia precisa e o é.

Para que se realize uma consulta, o paciente deverá marcar um horário para se atendido pelo médico; pagará uma quantia denominada **honorário**, o que significa um pagamento simbólico, de vez que a mágica não tem preço; essa quantia será paga, freqüentemente, à recepcionista ou secretária do médico, o qual faz questão de não estar

envolvido com o dinheiro. Além disso, a pessoa recebe o nome de “paciente”, termo que semanticamente sugere submissão e aceitação.

O vestuário também compõe o quadro: o médico recebe seu paciente com avental branco (pureza), de pé, normalmente com um firme aperto de mão que, ao mesmo tempo, pretende ser amistoso e denotar firmeza, segurança. Convida o paciente para ingressar no recinto e tomar um lugar devido; um questionário verbal, contendo perguntas de praxe, é dirigido ao paciente (anamnese); segue-se um detalhado exame físico; exames subsidiários são requisitados; mais tarde vem a hora do diagnóstico e do prognóstico; o tratamento pode ser ministrado antes ou depois dos exames auxiliares. Toda essa encenação já traz em si a força da magia. (Ainda com relação ao vestuário, vale lembrar aqueles médicos que fazem questão de sair às ruas com seus aventais ou mesmo vestidos de branco fora de seu expediente – sabem que chamam a atenção e, talvez por pura vaidade, assim o façam).

O médico poderá prosseguir utilizando aparelhos dispensáveis ou indispensáveis para o caso; expressa-se corporalmente muitas vezes com gestos estereotipados, graves, autoritários, intimidantes; o médico pode utilizar-se do recurso de manter livros de aparência elegante nas prateleiras – aqueles que já não se lêem, pois estão ultrapassados; Normalmente, não deixa à vista os manuais simples que costuma consultar – os bulários – e as listas de valores normais dos exames de laboratório: espera-se que o mágico conheça tudo! Xavier escreve que “o xamanismo tem dimensões incalculáveis e não pode ser avaliado com a superficialidade de um fenômeno acessório qualquer. Sem dúvida, a magia está presente nas busca alternativas (as ‘casas de religião’), bem como na intimidade dos consultórios médicos” (1993:47-48).

Outro aspecto importante para a “cerimônia” da consulta vem a ser a “letra do médico”. De um lado, há a hipótese de que os médicos não

se fazem entender por uma simples questão de “poder”, ou seja, não precisam se fazer entender, pois “são os outros, os seres humanos comuns, que precisam se familiarizar com a caligrafia médica – quando os doutores se tornarem mais humildes, sua letra ficará mais legível” (Scliar, 2001: 23-24). Existe sempre a possibilidade de os médicos escreverem como escrevem devido à pressa em atender a dezenas de pacientes num pronto-socorro, por exemplo – mas essa hipótese já não caberia na tranqüilidade de um consultório particular num bairro nobre. “A pessoa que olha o médico escrevendo sua receita não está apenas testemunhando um exercício de má caligrafia: está vendo uma mão poderosa, ainda que falível, traçando uma parte de seu destino. Sempre ilegível – como a letra dos médicos” (Scliar, 2001:25).

É própria da formação do xamã a capacidade de adivinhar e de curar, mas, muitas vezes, dependendo da comunidade, ele também pode ser uma espécie de cantor, poeta, músico, além do guardião das tradições religiosas, populares, o conservador das lendas que contam vários séculos – como é o caso dos kazakquirquizes (Eliade, 1998:44-45).

Por outro lado, Souza afirma que “o contato com a arte e a sua prática são duas maneiras de manter a ‘humanidade’ e a humildade do médico em sua nobre arte” (2000:10). O médico brasileiro escreve também que “a arte, como a Medicina, exige grande poder intelectual e envolvimento psicológico (...) Na verdade, Galeno já apontava para a necessidade de o médico possuir formação nas artes, com destaque para a música. No século X, o estudo da Medicina incluía o estudo das artes, condição que se tornou exigência nos currículos das universidades em torno do século XIII e, em Paris, a partir de 1426, as faculdades de Medicina exigiam que os estudantes fossem avaliados nas artes antes de receberem o diploma de médicos. Como entre as ‘artes liberais’ estava a

música, pode-se deduzir que a maioria dos médicos do século XV possuía formação em teoria musical” (2000:95).

Souza também destaca a importância que as artes têm para aquele que exerce a Medicina, pois elas “aproximam” o médico do paciente, já que aguçam a sensibilidade e o “lado humano” daquele que quer curar alguém. O autor afirma que, ao lidar com o ser humano em sofrimento, o médico deveria desenvolver sua sensibilidade, compreendendo em profundidade os anseios e as dores de seu paciente, excedendo os limites impostos pela natureza científica, mas que a sua profissão também lhe proporciona a vivência com o que há de mais nobre e belo no ser humano: a compaixão pelo seu semelhante (2000:12).

O próprio Hipócrates já mostrava sérias e reais preocupações com a relação médico-paciente. Por causa disso, era claro nas recomendações que iam da aparência à conduta do médico por ocasião da consulta. Para ele, era importante que o médico tivesse boa aparência e aparentasse boa nutrição, pois “ninguém confiará os cuidados do próprio corpo a alguém que não cuide de si mesmo”, já que “o médico deve saber como e quando se silenciar e viver uma vida regrada que contribuirá para sua reputação. Deve se comportar como homem honesto, ser gentil e honesto com os outros. Não deve agir por impulsos ou precipitadamente; deve transmitir calma, serenidade e não se irritar; por outro lado, não convém demonstrar demasiada alegria” (Margotta, 1998:27).

Foucault afirma que a primeira tarefa do médico é “política”, pois ele deve ser engajado na luta contra os maus governos, aqueles que não valorizam uma medicina preventiva, negligenciando seu papel de zeladores da saúde de sua população. Afirma que “se souber ser politicamente eficaz, a medicina não será mais medicamente indispensável. E em uma sociedade finalmente livre, em que as desigualdades são apaziguadas e onde reina a concórdia, o médico terá

apenas papel transitório a desempenhar: dar ao legislador e ao cidadão conselhos para o equilíbrio do coração e do corpo” (2003:37-38). E, analisando o papel do médico diante de seu paciente, escreve também que o ato médico valerá tanto quanto quem o realiza; seu valor intrínseco está em função da qualidade, socialmente reconhecida, do produtor e realça o fato de que a relação mais estreita entre médico e paciente, a clínica propriamente dita, nada mais é que o pleno exercício da Medicina ao lado do leito dos doentes, identificando-se, assim, com a Medicina prática propriamente deve ser.

Se, por um lado, a manutenção da vida é o fim primeiro da Medicina, há quem, por outro lado, não negligencie, para a boa formação do médico, o contato com o fracasso, a morte e a perda. Ainda que esses fatores possam representar dor e impotência para qualquer médico – principalmente para o recém formado -, Scliar diz que “o contato com o cadáver representa uma importante, ainda que insólita, experiência existencial, pois ser médico não é só ter uma profissão: é uma forma de viver, à qual não se chega sem uma profunda transformação pessoal e sem dolorosos, mas salutares ritos de iniciação” (2001:22).

I.2. DO MITO

Cunha explica que “mito” vem a ser uma “narrativa, geralmente de origem popular, sobre seres que encarnam simbolicamente as forças da natureza, aspectos da condição humana, fábula, representação idealizada de um estado da humanidade em um passado remoto ou num futuro fictício; fig. Coisa inacreditável, sem realidade/ mytho 1858/ Do baixo latim *mythus*, derivado do grego *mýthos*, palavra expressa, discurso, fábula (...)” (1982:524).

Interrogado sobre “mitos”, Campbell foi enfático ao dizer que “eles são pistas para as potencialidades espirituais da vida humana. Ao invés de busca de sentido, o mito é uma experiência de sentido: mitos ensinam que podemos voltar para dentro de nós mesmos para captar as mensagens dos símbolos. O mito nos ajuda a colocar nossas mentes em contato com essa experiência de estarmos vivos. Uma coisa que se revela nos mitos é que, no fundo do abismo, desponta a voz da salvação. O momento crucial é aquele em que a verdadeira mensagem de transformação está prestes a surgir. No momento mais sombrio, surge a luz”, (1988:06).

Rocha, por sua vez, leva em consideração a sociedade e define “mito” como “uma forma de as sociedades espelharem suas contradições, exprimirem seus paradoxos, dúvidas e inquietações. Pode ser visto como uma possibilidade de se refletir sobre a existência, o cosmos, as situações de ‘estar no mundo’ ou as relações sociais” (1999:07). Porém faz uma advertência para o fato de que esse é um termo por demais utilizado e, muitas vezes, de maneira leviana e incorreta. Por isso, diz, deve-se ter cuidado na definição e na análise de mitos. O mito carrega consigo uma mensagem que não está dita diretamente, é constituído de uma mensagem cifrada, pois esconde alguma coisa, o que ele quer dizer não é explicitado literalmente. “O mito não é objetivo” (1999:09).

Ainda que presente nas mais variadas sociedades espalhadas pelo mundo – de ontem e de hoje -, o mito tem uma profunda ligação com o irreal, ou seja, embora faça crer, ele é inacreditável – por mais paradoxal que possa parecer. Rocha afirma que “quem fala o mito, não fala a verdade” (1998:10). Assim, seu conteúdo fantástico acaba por ser seu fio condutor de geração a geração dentro de uma determinada comunidade, pois, quanto mais fabuloso, mais fascinante – quanto mais fascinante, mais memorável.

Barthes vê o “mito” como um sistema de comunicação, uma mensagem. Eis porque não poderia ser um objeto, um conceito, ou uma idéia; ele é um modo de significação, uma forma. Será necessário impor a esta forma limites históricos, condições de funcionamento, levar essa narrativa à sociedade. Acrescenta o escritor francês que “o mito não se define pelo objeto de sua mensagem, mas pela maneira como a profere: o mito tem limites formais, mas não substanciais, e cada objeto do mundo pode passar de uma existência fechada, muda, a um estado oral, aberto à apropriação da sociedade, pois nenhuma lei, natural ou não, pode impedir-nos de falar das coisas” (1956:132).

As definições de mito remetem-nos à Psicanálise, pois ele é capaz de mostrar como pensa uma sociedade e sua “visão de mundo” e da existência humana, além das idéias das relações que os indivíduos de uma comunidade devem estabelecer entre si. Isso fica evidente tanto quanto se analisa um único mito quanto a “mitologia” completa de um grupo social. Freud interpretou, entre outros, o mito de Édipo, enquanto Jung, por exemplo, com sua Psicologia Analítica, afirma que “os mitos estão todos numa região da mente humana – o inconsciente coletivo, uma espécie de repositório que todos possuem da experiência coletiva” (2005:22). Rocha afirma que “o que subsiste de comum nos muitos e alternativos discursos sobre o mito é a idéia constante de que o mito está, efetivamente, ligado à possibilidade de ser interpretado” (1999:13).

Falar de “mito” implica falar de Antropologia Social e seu “trabalho de campo”, pesquisando as várias sociedades e suas crenças. O “trabalho de campo” propicia ao antropólogo vivenciar uma outra cultura sem que sua visão esteja demasiadamente deslocada por eventuais preconceitos que possa ter em função de sua própria cultura. “Pleno de significações, usos, comentários, possibilidades, pensamentos e práticas a ele atreladas, o mito é estudado, pelo “trabalho de campo”, na sua

concretude social. A partir daí, para a Antropologia Social, ficou cada vez mais difícil falar do mito sem consagrar a importância do conhecimento ‘etnográfico’, ou seja, do conhecimento levantado na sociedade de onde se retirou determinado mito” (Rocha, 1999:39).

Jung, ao dissertar sobre o “inconsciente coletivo”, usa um termo de Santo Agostinho: os “arquétipos”, isto é, uma espécie de impressão psíquica, ou “um conjunto de caracteres que, em sua forma e significado, são portadores de motivos mitológicos arcaicos – o mito é, então, conteúdo e manifestação do inconsciente coletivo (Rocha, 1999:43).

Enquanto se pode afirmar que as interpretações não esgotam o mito, Barthes é enfático ao escrever que “pode conceber-se que haja muitos mitos antigos, mas não eternos, pois é a história que transforma o real em discurso, é ela e só ela que comanda a vida e a morte da linguagem mítica. Longínqua ou não, a mitologia só pode ter um fundamento histórico, visto que o mito é uma fala escolhida pela história; não poderia de modo algum surgir da ‘natureza’ das coisas” (1956:132). E acrescenta que “a fala mítica é formada por uma matéria já trabalhada em vista de uma comunicação apropriada: todas as matérias-primas do mito-quer sejam representativas, quer gráficas -, pressupõem uma consciência significativa, e é por isso que se pode raciocinar sobre eles independentemente da sua matéria” (1956:132).

Durand aborda o mito como sendo um sistema dinâmico de símbolos, arquétipos e esquemas; um sistema dinâmico que, sob o impulso de um esquema, tende-se a compor-se em narrativa. Afirma que no mito já se encontra um esboço de racionalização, dado que utiliza o fio do discurso, no qual os símbolos se resolvem em palavras, e os arquétipos em idéias. O mito explana um esquema ou um grupo de esquemas. Assim como o arquétipo traz a idéia de que o símbolo engendra o nome, podemos

dizer que o mito promove uma espécie de doutrina religiosa, um sistema filosófico ou uma narrativa histórica e lendária.

O fator “tempo” é, também, importante para que se compreenda a natureza do mito, pois nele tudo perde a lembrança de sua produção. Com o passar do tempo, o mito afugenta o real, ao mesmo tempo em que não nega os fatos, mas fala deles: o mito purifica os acontecimentos, torna-os “sagrados”, “santificados”, acima de qualquer contestação. Barthes afirma que “um mito amadurece porque se expande” (1956:169), isto é, cristaliza-se à medida que atinge mais e mais pessoas numa comunidade, pessoas que se encarregarão de “transmiti-lo” à frente, a outras gerações.

I.3. DO RITUAL

“Rito” é um termo que vem do latim “ritu” e pode ser entendido como o conjunto de procedimentos tradicionais para a realização de uma prática cerimonial, seja ela sagrada ou não. Existe, sempre, no rito, uma seqüência lógica, um ritmo crescente e um comprometimento pessoal por parte daqueles que dele participam. Seja uma missa de tradição católica, o culto de uma religião com tradições africanas, ou uma consulta médica, verificamos que o papel dos atores está, já há muito, definido: o rito faz parte da cultura de uma determinada comunidade – religiosa ou não – e, assim sendo, ele representa uma “comunhão de idéias e sentimentos”: na missa, os fiéis e o padre procuram a Deus, objeto maior de valor de ambos; no consultório, médico e paciente procuram a cura, objeto maior de valor nessa relação .

Xavier escreve que “a combinação dos mitos e dos ritos que os mantêm dá ao Homem o alimento ao seu espírito, necessário à sua paz e à sua saúde mental” (1993:175). Mesmo assim, convém lembrar que nem todos os ritos são sagrados ou ligados à religião: os simpatizantes de partidos políticos ou de times de futebol, por exemplo, também fazem suas congregações e comunhões em torno de um interesse comum, de uma idéia ou de uma paixão que os une para um mesmo objetivo. Tanto no caso da política como do futebol, temos o caso de ritos profanos, em geral solenidades com “slogans”, gritos de guerra, uniformes, distintivos, faixas, bandeiras, entonação de hinos etc. Tanto nos rituais profanos quanto nos religiosos, há o comprometimento afetivo dos participantes.

Uma vez que os fenômenos naturais estão acima dos poderes de controle dos homens, esses mesmos fenômenos são julgados sagrados e é-lhes conferida uma impressão de majestade, uma noção extremamente necessária ao conceito de “sagrado”: grandeza intrínseca, elevação, superioridade e imponentia. Se o homem não domina esses fenômenos, estabelece-se, assim, a oposição entre profano e sagrado: o profano é controlável; o sagrado, não. “O sagrado não admite desordem sistemática” (Xavier, 1993:179).

Por ocasião de uma consulta médica, o componente sagrado também se faz presente – ainda que somente na concepção do paciente, ávido por encontrar alguém que lhe devolva sua sensação inicial de bem-estar. Se pensarmos do ponto de vista do paciente, entenderemos melhor o processo de cura. A cura, do ponto de vista do profissional da saúde, tem um componente objetivo e não-sagrado e que pode ser definida, entre outras possibilidades, como o “desvio do normal”, como querem alguns médicos. Mas, uma vez doente, uma série de modificações se processam na mente do enfermo. Os psiquiatras utilizam o termo “liminar” (em oposição aos socialmente integrados) para definir um **doente**, pois ele

pensa na morte , é recolhido ao leito, é desprovido dos símbolos de “status” e prestígio, além de um vestuário impessoal; é chamado de paciente, pois deverá aceitar as imposições de seu médico; ao adentrar um hospital, juntar-se-á a outros doentes, formando uma comunidade daqueles que sofrem do mesmo mal ou de males semelhantes.

Aqui, novamente, seria oportuno fazer lembrar do vestuário médico – sendo toda a roupa ou somente um avental, o branco impressiona pela ausência de mácula, contribuindo para a imagem de um ser acima do normal das pessoas. Curiosa e interessante é a simbologia do “branco” nas variadas culturas espalhadas pelo mundo. A primeira lembrança é a de uma tonalidade que seria ora a ausência, ora a soma de todas as cores; em muitas sociedades, é a cor da “passagem”, da mudança de estado e, sob esse ponto de vista, o branco da mulher que se casa não simboliza apenas sua pureza, mas a mudança de estado civil e de vida propriamente dita. Em outras culturas, pode simbolizar o “silêncio absoluto”, a quietude, a ausência de agitação e dinamismo que caracterizam a vida nas grandes cidades. Chevalier e Gheerbrant escrevem que a pureza do branco pode denotar, com sua neutralidade, que “nada foi realizado ainda e daí a ligação com a virgindade e com o que não foi manchado pelo pecado (1982, 144).” Lembram ainda os autores que, entre os celtas, o branco era reservado à classe sacerdotal, pois os druidas vestiam-se de branco. “Em muitas culturas, o ‘branco’ é a cor essencial da Sabedoria e, em irlandês, na Idade Média, ‘find’ significava, ao mesmo tempo, ‘branco’ e ‘santo’” (1982, 145).

O médico, freqüentemente, sabe que seu paciente o tem como um “santo”, um anjo da guarda de sua saúde – daí, o dito popular: “Os médicos na terra e Deus no céu”. Xavier escreve que “essa formulação, sem dúvida, atende às proposições de Durkheim e da Antropologia Estrutural de Lévi- Strauss: **Médico = Sociedade** (que paira em um ordem

de grandeza superior ao indivíduo) = **Deus**, ou **Médico = Deus**, sendo a distância que os separa apenas uma questão de espaço, o que não seria obstáculo, dado à onipresença de Deus” (1993:184).

I.4. DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

“Eu o tratei, Deus o curou” –
Ambroise Paré.

Hoje, parece haver um consenso quanto ao fato de que poucas pessoas queixam-se da Medicina em si, enquanto muitas se queixam do modo como ela é aplicada e prestada. De fato, a relação médico-paciente constitui-se num dos capítulos mais complexos quando se fala de Medicina, prevenção, tratamento e cura. Especialistas afirmam que, para haver um mínimo de entendimento e harmonia entre médico e paciente, o médico deve inspirar confiança ao mesmo tempo em que o paciente, por sua vez, precisa compreender que, como qualquer outro profissional, o médico está sujeito às limitações da profissão e da sua própria condição de ser humano - para quem a palavra “milagre” nada significa.

Desde Hipócrates, tenta-se eliminar da mente do paciente a idéia de que o médico é capaz do impossível, pois foi com o médico grego que a Medicina começou a se desvincular do excessivo misticismo que a rondava e com o qual estava envolvida. Hipócrates afirmava que a natureza das doenças poderia ser conhecida por meio de uma observação meticulosa e contínua dos doentes – isso tudo com o uso da razão e do bom senso por parte do médico.

Scliar afirma que “tratar a doença dá poder” (2002:19) e o médico tem um enorme poder sobre o paciente que se entrega aos seus cuidados e conselhos, chegando inclusive a contar ao profissional da Medicina não somente seus sintomas como também muitos fatos de sua vida íntima que, talvez, não dividisse com mais ninguém. O problema é que, como notam alguns médicos (eles mesmos preocupados com o crescente distanciamento com seus pacientes), quanto mais a Medicina avança no campo tecnológico, mais o abismo entre médicos e pacientes se intensifica – e maior é a necessidade de se “humanizar” a prática médica.

É da natureza do ser humano prestar o socorro. A “imagem” ou o “signo” da ajuda e do cuidado já se encontra na mãe que acaricia seu filho quando este sente dor, ou na simples mão estendida àquele que acabou de cair numa via pública – a espontaneidade desses atos é inquestionável. Atos que talvez sintetizem o “amor ao próximo” de que nos falam as Escrituras. E o primeiro grande médico é Deus! Ora, se para os hebreus a doença representava um sinal da cólera divina diante dos pecados humanos, somente Deus poderia curar esse doente. Algumas passagens bíblicas são extremamente ilustrativas: “Eu sou o Senhor, e é saúde que te trago” (Êxodo: 15,26); “De Deus vem toda a cura” (Eclesiastes: 38, 1-9).

Não se pode ignorar também um Jesus que, entre outros feitos, cura seus seguidores e aqueles que n’Ele têm fé – e o auge dessas curas talvez seja a ressurreição de Lázaro. “Numa época em que a Medicina praticamente inexistia, as curas de Jesus arrebatavam multidões”, afirma Scliar (2001:40). O autor lembra que, no Antigo Testamento, muitas são as alusões às medidas de higiene a fim de se evitarem as doenças epidêmicas. “Com exceção de Elias que ressuscita uma criança, não há, no Velho Testamento, curas e mágicas”(2001:41). Se compararmos, veremos que, enquanto o Velho Testamento destaca a

Saúde Pública, o Novo é repleto de casos da Medicina Curativa, individual – Jesus vem a esse mundo porque os homens precisam ser purificados de seus pecados!

Uma das maiores queixas sobre os atuais hospitais, principalmente os públicos, diz respeito ao fato de que os médicos devem atender centenas de pessoas diariamente sem poder, assim, dar a atenção devida a cada doente – ou pelo menos a atenção que cada um gostaria de ter do médico naquele momento de consulta. Esse panorama caracteriza o que muitos escritores chamam de “Medicina Despersonalizada”, ou a Medicina que considera o paciente como sendo apenas um prontuário, uma ficha cadastral que obedece aos regulamentos burocráticos de um hospital. É natural que, depois de cada consulta assim transcorrida, o paciente se sinta frustrado, carente emocionalmente e, principalmente, com medo de que o médico consultado não tenha feito o diagnóstico correto de seu mal.

O termo “diagnose”, explica Cunha, é um termo “próprio da Medicina, que significa o conhecimento ou determinação de uma doença; termo de linguagem científica internacional, tomado do grego ‘diagnosis’, discernimento, exame, de ‘diagignoskein’ discernir” (1982:261) e esse procedimento é o mais importante componente de um consulta médica – é de posse dele que o médico tomará as providências cabíveis para o tratamento de seu paciente; mas Hipócrates alerta, com um de seus aforismos, o primeiro, que “a vida é curta, a arte é longa, a ocasião fugidia, a experiência enganosa, o julgamento difícil”, ou seja, “é preciso não somente fazer o que convém, mas ainda fazer com que o doente, os assistentes e as coisas exteriores contribuam para tanto” (Salem, 2002:50).

O médico grego também alertava para a gravidade de um diagnóstico errado, pois, dizia ele, as intervenções médicas eram capazes de causar um mal maior que a doença em si. Médicos afirmam que o

excesso de especializações, a secção da Medicina em ramos cada vez mais isolados uns dos outros e o surgimento de muitas drogas (que prometem milagres contra determinadas doenças) têm contribuído significativamente para o aumento dos casos de “iatrogenia”, termo composto pelo radical grego “iatrós” (médico), e “genia”, do latim ‘genus’, gerar – a situação na qual o tratamento médico é a causa da doença.

A iatrogenia constitui-se num verdadeiro pesadelo para qualquer pessoa que procure um médico. Primeiro, porque ele, o paciente, não tem capacidade de avaliar se o tratamento proposto é adequado (a não ser que esse paciente também seja um médico); segundo, porque cada caso de iatrogenia noticiado pela imprensa gera um terrível mal-estar dentro da própria classe médica, prejudicando, e muito, a imagem do profissional ou mesmo do estabelecimento em que ele trabalha. Tudo isso, logicamente, reflete-se no relacionamento médico-paciente.

Segundo Botsaris, “a perda da humanidade é causada, especialmente, por três fatores: o excesso de tecnicismo, o desprezo pela subjetividade dos pacientes e a formação médica incompleta e pouco direcionada para seus aspectos humanos” (2001:239).

Com relação ao surgimento de especialidades em excesso e a conseqüente substituição do clínico geral, muitos médicos são os primeiros a apontar uma crescente despersonalização nos tratamentos – além da solicitação de muitos exames complementares que substituem exames clínicos mais acurados e que encarecem ainda mais o tratamento de determinada enfermidade.

Um outro entrave pode ser apontado na relação de uma pessoa enferma com seu médico: alguns escritores chegam a afirmar que a antiga relação médico-paciente foi, agora, substituída pela relação entre a instituição médica e a doença, já que, de um lado, o médico passou a ser

um “funcionário” de um órgão maior – o hospital ou o Plano de Saúde – e, de outro, o paciente foi deixado em segundo plano, pois se presta mais atenção à sua enfermidade que à sua pessoa.

Juntamente com a imagem de “ser divinizado”, “mágico”, “capaz de milagres”, o médico também é visto muitas vezes como um “herói”, principalmente depois de derrotar uma doença, salvar um paciente e o devolver a uma vida pelo menos próxima da que levava antes da doença; mas o problema é que essa imagem do médico, feita pelo paciente, normalmente costuma embaciar a figura do ser humano que ali está do outro lado da mesa, vestido de brando e que se encaixa no que Campbell escreve: “A façanha convencional do herói começa com alguém a quem foi usurpada alguma coisa, ou que sente estar faltando algo entre as experiências normais franqueadas ou permitidas aos membros da sociedade” (1997:131).

Diante de tal idealização, não são raros os casos em que o paciente, com pré-conceitos já formados sobre a figura do médico, espere desse profissional muito mais do que ele possa dar – chegando, inclusive, a apaixonar-se por ele, semioticamente falando, vítima de uma paixão da qual nos fala Greimas: carregada de “afeição, apego e ciúme, glosado como viva inclinação para um objeto que se persegue, ao qual nos ligamos com todas as forças” (1991:102).

Ismael afirma que “se, de um lado, o médico não pode ser frio e distante, por outro, seu envolvimento emocional com o paciente pode ser danoso a ambos. Como sempre, a perfeição está no meio termo” (2002:77). Assim, a prática da Medicina caracteriza-se como uma verdadeira “arte”, a “arte do equilíbrio”: espera-se que o médico assista seu paciente dispensando a ele cuidados e atenção indispensáveis para alguém que se sente extremamente frágil e vulnerável, ao mesmo tempo em que se resguarde e imponha certa distância saudável para este tipo de relação.

Diante de todos os elementos acima descritos, com base nas variantes possíveis neste tipo de relação, um fato deve ser ressaltado a esta altura: embora possa soar como um chavão, os médicos costumam prevenir os leigos de que “cada caso é um caso” e, assim, teremos exemplos de diferentes “tipos de paixões” dependendo da relação médico-paciente analisada. Há que se destacar a possibilidade de o paciente desenvolver por seu médico a “paixão-amizade”, a “paixão-fascínio”, a “paixão-idolatria”, a “paixão-desejo”, e assim por diante. E, é claro, haverá uma oscilação na intensidade do sentimento que referido paciente possa desenvolver por seu médico, ao longo de um tratamento e mesmo depois de curado.

CAPÍTULO II – DA SEMIÓTICA

Segundo Pais (1993:57-58), a Semiótica pode ser definida como a Ciência da Significação e tem como objetos de estudo os sistemas semióticos – verbais, não-verbais, complexos ou sincréticos- e seus discursos. Assim, a Semiótica propõe a análise dos sistemas de significação, indo além da concepção do sistema de signos. O autor também afirma que, enquanto o sistema de signos se constitui de um inventário de funções semióticas – as grandezas signos -, metassemióticas e uma sintaxe operacional, os sistemas de significação engendram, por meio de uma sintaxe geradora, novas funções semióticas e metassemióticas, bem como novas regras de sintaxe operacional – por isso, Pais também afirma que o sistema de significação vem a ser uma “máquina semiótica” (1982:45-60).

Este trabalho terá por base a Semiótica de Greimas, suas teorias, princípios e considerações. Algirdas Julien Greimas foi um dos semioticistas mais fiéis aos princípios de análise estrutural. Sua obra **Semântica Estrutural**, de 1966, foi introdutória de uma semiótica extremamente influente e muito produtiva, a qual se tornou o núcleo da chamada “Escola de Paris”. O ponto central de seu programa semiótico vem a ser o estudo do discurso, no qual pregava o princípio de que “uma estrutura narrativa se manifesta em qualquer tipo de texto” (Nöth, 1996:163).

Não é objetivo deste trabalho comentar ou criticar a terminologia utilizada por Greimas e por Pais, mas levar essa terminologia em consideração como embasamento teórico para a análise que se seguirá na última parte dessa pesquisa.

De início, Greimas parte da tentativa da aplicação de métodos da pesquisa da Lingüística Estrutural por ocasião da análise de textos, os quais são definidos por ele como “discurso”. Nöth escreve que “a lingüística greimasiana tem suas raízes no conceito saussureano de estrutura como diferença, nos princípios de oposições binárias e da pertinência e no modelo sígnico glossemático de Hjelmslev, além de ter influências da sintaxe de dependência de Lucien Tesnière” (1996:165).

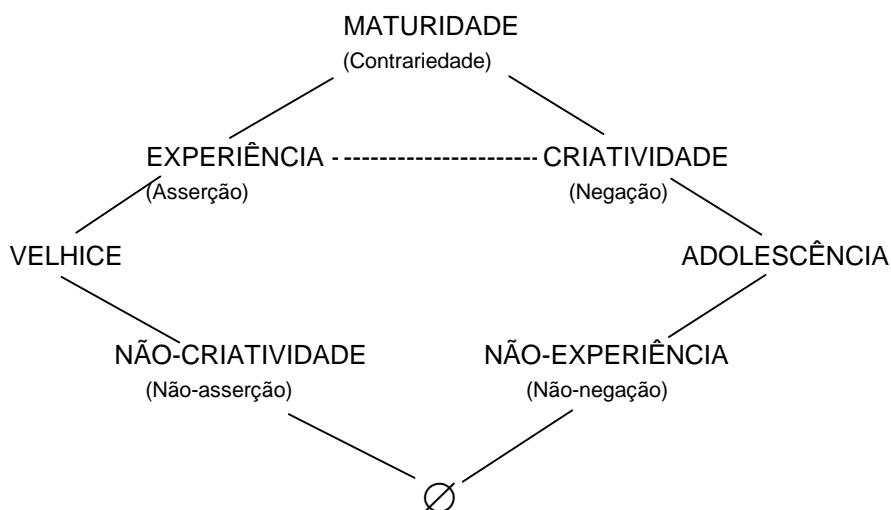
Greimas, seguido por Pais, é contrário àqueles que conceituam a Semiótica como uma teoria de signos – ele, também, afirma que a semiótica deveria ser uma “teoria da significação” que “somente se torna operacional quando situa sua análise em níveis tanto acima como abaixo do signo (Greimas & Courtés, 1979:339). Segundo o autor, no nível inferior, a atomização da estrutura do signo, ou, mais precisamente das significações”, produz elementos que ainda não são signos – são os semas. No nível superior, há as unidades textuais que produzem entidades semânticas, as quais são mais que signos.

O semioticista ainda afirma que o conceito-chave da Semiótica é a “significação” – ele faz uma oposição entre “sentido” e “significação”: “Sentido é aquilo que é anterior à produção semiótica, enquanto significação é sentido articulado” (Greimas& Courtés, 1979:352). Partindo de sua definição de estrutura, Greimas inicia sua teoria semântica, já que prioriza as relações no lugar dos elementos, pois “somente as diferenças (que são relações) entre elementos constituem uma estrutura” (Nöth, 1996:171), o mesmo que dizer que tudo se estrutura na forma de diferenças e oposições, pois as significações nascem de relações opositivas – só temos significação, segundo Greimas, na confrontação de dois termos semânticos.

Dessa forma, chegamos ao quadrado semiótico proposto por ele. Por oposições, temos dois tipos diferentes de relação lógica. No primeiro deles,

a “contradição”, encontramos a “relação estabelecida entre dois termos de categoria binária ‘asserção/negação’, descrita como oposição entre a presença e ausência de um sema (Greimas & Courtés, 1979:76)”. No segundo, temos a “contrariedade”, pois “dois semas de um eixo semântico são contrários se um deles implica o contrário do outro” (ibid.).

Exemplo de quadrado semiótico de Greimas:



A “sintaxe narrativa” de Greimas é comparada ao fazer transformador do homem sobre o mundo e, assim, para se compreender a estrutura narrativa de um texto – seja ele político, filosófico, jornalístico, científico etc. -, é necessária a compreensão e a determinação dos participantes dessa narrativa. Segundo a Semiótica, há duas concepções de narrativas: “Narrativa como mudança de estados, operada pelo fazer transformador de um sujeito que age no e sobre o mundo em busca de valores investidos nos objetos, e narrativa como sucessão de estabelecimentos e de rupturas de contratos entre um destinador e um destinatário, de que decorrem a comunicação e os conflitos entre sujeitos e a circulação de objetos”(Barros, 1990:16-17).

Seja qual for o tipo de texto, “o enunciado elementar da sintaxe narrativa caracteriza-se pela relação de transitividade entre dois actantes,

o sujeito e o objeto (ibid.). De acordo com Greimas, são a conjunção e a disjunção a base de qualquer processo narrativo. “Disjunção entre os actantes e os valores associados a eles gera separação e luta. Conjunção gera conciliação e união” (Nöth, 1996:191).

Pais (1984:47-60), ao examinar as correlações entre a Semiótica Natural, a Semiótica Humana e a Semiótica Lingüística observa que o processo de comunicação entre os homens desencadeia-se a partir da percepção do mundo natural, físico e biológico; o que significa pelo seu aspecto evolutivo da percepção, a formulação dos referenciais, dos níveis de codificação dos elementos da realidade num processo caracterizado por relações e funções ordenadas e hierárquicas, em direção à organização dos sistemas de significação.

A Semiótica Humana permite formular a hipótese de um processo de conceptualização, ou seja, a mente reduz os objetos reais a modelos e classes de modelos de natureza cultural caracterizados por semelhantes feixes de traços pertinentes, compondo, desta maneira, as classes de equivalência do universo cultural. Cada língua, portanto, tem como condição para a sua estruturação semântico-gramatical a “visão de mundo” que a sustenta.

Pais observa que “o universo semêmico detém, além da substância, a forma do universo semiótico, diga-se, os seus elementos, os campos semânticos (topói) onde estão reunidos e as relações que eles mantêm”(1984:95), Dessa forma, as lexias, classes e sub-classes, intra e inter classes, reproduzidas no universo lexical têm como reguladores os universos semiológico e semêmico.

O universo lexical constitui-se, assim, por uma rede lexical de extrema complexidade. No nível desse universo lexical, as funções semióticas se organizam por relações de dependência, nas quais,

subjacente, ordena-se a articulação da substância, do conteúdo e da expressão. Essas funções, participando da produção discursiva (semiose), são, na realidade, instrumentos que conduzem à análise precisa da contínua reconstrução da “visão de mundo”, “dos mundos lingüisticamente construídos” (1993:93-94, 97-99).

Para Greimas (1975:7-17), a análise interna do texto, a análise imanente, o estabelecimento de um percurso gerativo e a concepção deste percurso como um percurso de conteúdo justificam a existência de uma pré-significação, cujo objeto, primeiramente, consegue tornar-se um significante para o homem. A análise textual, para o autor, deve ser realizada sob o seu sentido total e como foi produzido, considerando-se a cultura na qual o texto está inserido.

A imanência e a aparência textual (contrapostas) se caracterizam como estruturas profundas ou de superfície, ou seja, o seu caráter operatório e o sentido desenvolvido no texto frástico ou discurso, representando, assim, o percurso gerativo.

A Semiótica, ao longo de sua evolução, desenvolveu uma metalinguagem científica e um modelo teórico-operacional capazes de definir a tipologia dos diferentes discursos. O discurso, para Pais (1991:452-461), é um processo de produção, cujo produto é um enunciado; um texto, para o autor, não possui uma semiose infinita, mas finita e localizada no seu momento; o discurso, por sua vez, como processo semiótico, contém dois tipos de enunciação: uma de codificação e outra de decodificação, definindo-se por uma narrativa potencial e pela carga valorativa dado o momento da (re) leitura de um determinado contexto.

Dessa forma, os objetos semióticos são dotados de uma capacidade virtual de tornarem-se a essência disponível do real; o autor discorre, ainda, sobre o fato de que “a análise da experiência” - “visão de mundo”,

muitas vezes, não pode ser transcodificada para outros sistemas semióticos inseridos em outro contexto.

Greimas (1975:7-17) considera que a enunciação é reconstruída pela análise externa do texto e por meio de estudo de seu percurso gerativo, observando-se o seu contexto sócio-histórico no qual foi criado. O estudo do sentido tem como primeira tarefa examinar as relações entre os significantes, observáveis no texto discursivo, seu sistema de ordenação relacional e suas funções por meio da gramática (Sintático-Semântica) aplicada à forma do conteúdo textual; para o semioticista, a descoberta deste sentido revela, na verdade, o processo de produção e sustentação ideológica.

Pais, por sua vez, afirma que “os sistemas semióticos que integram o complexo sociocultural e lingüístico de uma comunidade determinada deverão conservar-se suficientemente para assegurar a intercompreensão dos sujeitos e transformar-se suficientemente para satisfazer as novas dificuldades de comunicação” (intergrupais). Para isso, terão de reproduzir “simultaneamente” novos recortes culturais, novas grandezas-signos e novas funções metassemióticas *latu sensu*, (1979:103-123) conforme se observa nos Prolegômenos de Hjelmslev (1968:53-54, 71-72); portanto a capacidade de operação entre os variados sistemas semióticos de uma mesma macrossemiótica e seus códigos conduzirão à “visão de mundo” de uma dada comunidade subjacente aos discursos produzidos por essa comunidade, sustentando sua coerência e compatibilidade dos dados da experiência, asseguradas pela conexão com as nebulosas sêmicas contextuais, identificada nos níveis pré-código e transcódigo (Sêmio-Lingüístico). Essas “nebulosas”, no processo contínuo da elaboração da “visão de mundo”, definem as funções ou os critérios de equivalência existentes entre as informações que os diferentes discursos oriundos de diferentes sistemas semióticos produzem, o que permite a transcodificação

ente eles, com intersecções consideráveis relativas às informações que se propõem (1993: 554-567; 1987:57-69).

De acordo com Pais, “a Semiótica é uma ciência multidisciplinar e na sua estrutura epistemológica reside a análise da dinâmica contínua dos sistemas semióticos e das tensões opostas, ou seja, dialéticas que orientam o seu funcionamento, ora por conservação, ora por mutação” (1979:103-104).

Sobre a articulação equilíbrio-desequilíbrio-equilíbrio, Pais afirma que ela “assegura a continuidade de uma comunidade determinada e lhe permite reconhecer-se sempre como idêntica a ela mesma, apesar das mudanças constantes” (op. cit. P. 103-104), logo a informação, a significação e a reiteração ideológica dos diversos sistemas semióticos que integram a mesma macrossemiótica só se tornam perceptíveis na produtividade discursiva.

II.1. DA GRAMÁTICA NARRATIVA

A Gramática Narrativa propõe-se a analisar as estruturas superficiais, ou seja, as que se sobrepõem às estruturas profundas, dado o percurso de geração de sentido.

Apesar de “superficiais” e “profundas”, ambas fazem parte de um processo contínuo de mutação, não, portanto, independentes. Esta gramática divide-se em uma sintaxe e uma semântica. Sintaxe narrativa projeta a representação da ação humana em buscar nos objetos de valor o sentido, demonstra o fazer de um Destinator e de um Destinatário diante

do jogo contratual; tais contratos tratam de realizar a amostragem dos conflitos entre sujeitos em relação aos objetos de valor, bem como as alterações de estados produzidas nas atitudes que se manifestam nesta relação.

A Sintaxe Narrativa contempla um Enunciado elementar que se sustenta sobre o conceito de função, ou seja, duas quantidades relacionadas nas mesmas circunstâncias proporcionais resultam em uma implicação de ganhos e perda proporcionais.

As duas formas de funções são: a) de junção e b) de transformação; delas originam-se dois enunciados canônicos elementares:

- a) enunciado de estado – conjuntivo: sujeito em conjunção com seu objeto; disjuntivo: sujeito em disjunção com seu objeto.
- b) enunciado de fazer F (transformação) (que será mais detalhadamente analisado adiante).

As transposições de um estado conjuntivo a um disjuntivo, ou vice-versa, têm nos enunciados de “fazer” a sua prática.

O enunciado de “estado” projeta, por sua vez, o elemento desencadeador de uma mudança.

Conforme Greimas (1979:313-314), é possível considerar diferentes os elementos do “fazer” e os sujeitos e objetos de “estado”, pois o sujeito só o é por meio da relação que mantém com seu objeto valorizado.

Para Greimas (1966:129), os personagens classificam-se pelo “fazer”; assim, essa atuação (actantes) pode ser compreendida pela atuação dos diversos atores em relação aos objetos de valor, o que, na análise semiótica, representa “uma sucessão de estados” (Barros, 1988:75).

II.2. DOS PROGRAMAS E ESQUEMAS NARRATIVOS

Segundo Greimas, toda transformação produz uma junção e todo enunciado de “fazer” rege um enunciado de estado (1979:352-353). O programa narrativo, desta forma, correlaciona as transformações elementares observadas na sintaxe narrativa, mostrando que o enunciado regente é um enunciado modal e o enunciado regido, um enunciado descritivo, embora, em certos casos, possa apresentar uma função modalizadora.

Greimas e Courtés esquematizam o programa narrativo da seguinte forma:

PN = F [S₁→ (S₂ ∩ Ov)] – estado conjuntivo

PN = F [S₁→ (S₂ ∪ Ov)] – estado disjuntivo,

sendo:

PN = programa narrativo

O= objeto

F= função

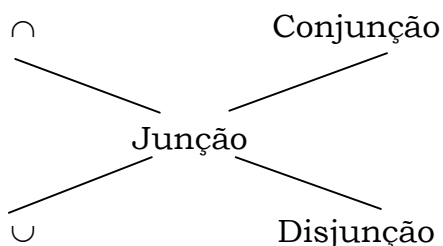
[]= enunciado de fazer

S1= sujeito de fazer

()= enunciado de estado

S2= sujeito ou estado

→= função (fazer)



Greimas e Courtés (1979:353) ainda estabeleceram uma tipologia do programa narrativo pelos seguintes critérios:

- a) natureza da **junção**, que corresponde, segundo a conjunção ou à disjunção, à “aquisição” ou à “privação” de valores dos sujeitos.
- b) **valores** (investidos): modais ou descritivos do nível pragmático ou do nível cognitivo.
- c) **natureza dos sujeitos**: distintos (entre si) ou realizados, segundo a manifestação de atores “autônomos” ou relativos a um só ator.

Dada a estrutura de tais critérios, compreende-se a existência de dois tipos de programas narrativos fundamentais: 1. de competência e 2. de performance.

Segundo Greimas e Courtés (1979:329), a natureza da performance é calcada no seu caráter transmutativo e operacional que “produz um novo estado de coisas”, isto é, a performance coloca-se como o programa narrativo do **fazer-ser** do sujeito modalizado pela competência e esta, portanto, rege o **poder-fazer** e o **saber-fazer** do sujeito que desencadearão o **querer-fazer** e o **dever-fazer** do sujeito, no momento em que se instaura uma narrativa.

II.3. DO PERCURSO NARRATIVO

Barros afirma que “um percurso é uma seqüência de programas narrativos relacionados por pressuposição” (1990:26). Assim, a seqüência lógica sustenta que os actantes sintáticos (sujeito de estado,

sujeito do fazer e objeto de valor) do programa narrativo obtêm a definição de papéis actanciais por operarem num processo evolutivo como sujeitos competentes, realizadores e relacionados aos seus objetos de valor, como sujeitos do **querer**, do **saber** etc.

Greimas (1979:301) define o percurso narrativo como um “encadeamento lógico de dois tipos de programas”:

- a) Programa de Competência (pressuposto)
- b) Programa de Performance (pressuponente)

O primeiro é **modal**, o segundo é **realizador**.

O programa de performance apresenta-se de dois modos:

- a) representando objetos já existentes que aceitem o investimento de valores aspirados pelo sujeito.
- b) “requerendo a construção” do Objeto que comporte o investimento de valores visados pelo sujeito.

O sujeito, no percurso narrativo, adquire competências modais e semânticas, transformando-se em sujeito competente e esta “competência” torna-o capaz de realizar um determinado **fazer** “performance”; ao executar esse **fazer**, o sujeito, então, é caracterizado como um sujeito realizador.

É importante dizer que tal sujeito deve ser examinado, investigando relativamente o seu objeto de valor.

De acordo com a teoria semiótica, os objetos têm três significações: 1. objeto virtual; 2. objeto atualizado; 3. objeto realizado.

As três significações, para Greimas e Courtés (1979:312-313) só se definem em relação ao percurso do sujeito; assim, três modos podem definir o sujeito relacionado ao objeto:

Estabelecimento Semiótico: relação sintática entre sujeito e objeto;

Estabelecimento Semântico: relação entre o sujeito e o valor existência;

Modal: o sujeito transformado pela modalização em determinados papéis na narrativa.

O percurso narrativo compreende três papéis actanciais: 1. do sujeito; 2. do destinador-manipulador; 3. do destinador-julgador.

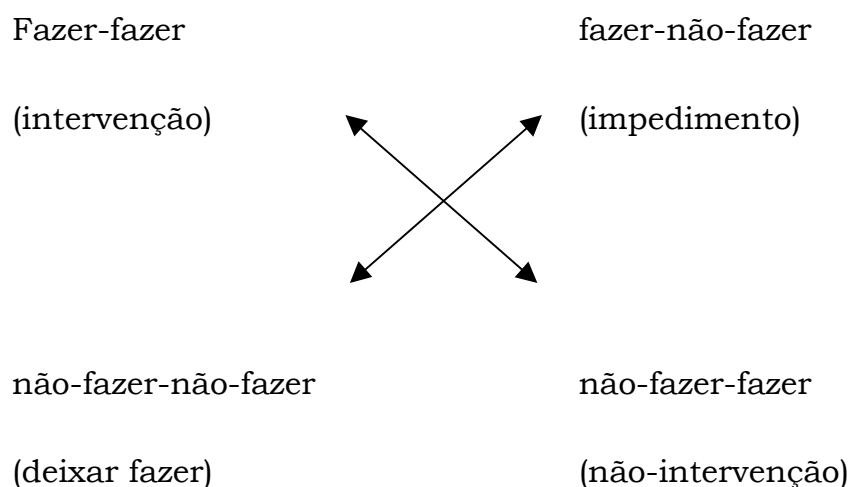
O primeiro, o do Sujeito, é estabelecido entre o programa de competência e o de performance.

O do Destinador-Manipulador, do tipo complexo, caracteriza-se por ser um programa de doação, já que tal Destinador oferece ao Destinatário uma competência modal e semântica para que se realize o seu **fazer**; tal “doação” é estabelecida pela **fazer-fazer**.

Greimas e Courtés sugerem a existência de um contrato “fiduciário” entre os sujeitos (1979:184) no qual o Destinador obtém a adesão do Destinatário e este realiza um **fazer** interpretativo ideal do **fazer** persuasivo do Destinador, o que pressupõe um **crer** no objeto da persuasão.

Deve-se dizer que a manipulação pode reforçar o fazer persuasivo, já que a manipulação faz uso do poder por meio da cumplicidade em relação aos valores aceitos e negados pelo sujeito; fundamentalmente, observa-se a relação “inter personae”, modalização do tipo factivo, segundo Greimas e Courtés (1979:270).

A seguir, o modelo elaborado pelos autores que demonstra os percursos realizados no mecanismo de manipulação:



A manipulação se define por quatro aspectos: a provocação, a sedução, a tentação e a intimidação.

O sujeito manipulado gera na sua psique dois programas que se fundem num efeito semiótico singular: um programa narrativo de uso e um programa narrativo de base, sendo este caracterizado por estar em conjunção com a honra ou com o valor (objeto de valor) transferido pelo manipulador, assim efetivando o seu **fazer** pelo **saber** ou pelo **poder**.

Realizado o sujeito manipulado, direciona-se ao percurso da sanção ou percurso do Destinator-Julgador. A tal percurso subjazem dois tipos: 1. o que orienta à sanção cognitiva, ou seja, o reconhecimento do herói ou do vilão, positivo e negativo, respectivamente; 2. o que orienta à sanção

pragmática por meio da recompensa ou punição sobre o fazer do sujeito, conforme o contrato estabelecido inicialmente.

Entende-se que a sanção é sempre conduzida pela ideologia dos sujeitos implicados. Desta maneira, as modalidades veridictórias (ser/parecer) e epistêmicas determinam o **fazer** do sujeito e as mudanças de seu estado ao longo do percurso.

Ao Destinator cabe interpretar esses estados e ditar a eles como **verdadeiros** (parecem e são); **falsos** (não parecem e não são) e **mentirosos** (parecem, mas não são) (Barros, 1990:40).

O esquema narrativo canônico, por sua vez, mostra as possibilidades de articulação e os diversos tipos de atividades, tanto da ordem cognitiva quanto da pragmática. Este esquema reúne o percurso do Destinator-Manipulador; o percurso do sujeito em busca de seu objeto de valor; o percurso do Destinator-Julgador e os papéis que os actantes representam.

Os actantes podem ser observados através de duas categorias: 1. transitiva – relação sujeito-objeto de valor; 2. factiva – explicita o **fazer** do Destinator e do Destinatário.

O núcleo do esquema narrativo do sujeito é configurado pelo percurso narrativo do sujeito em relação às suas transformações de estado na narrativa; assim, o exame de funcionamento da estrutura contratual da narrativa demonstra como se dá o processo dialético entre os sujeitos, dado o comprometimento ativo inicialmente estabelecido.

O esquema narrativo apresenta uma articulação dos percursos realizados, demonstrando as contradições entre sujeito e o anti-sujeito e as suas respectivas aquisições valorativas, sejam elas de ordem cognitiva ou pragmática. Ao longo do percurso, surgem as provas e estas, sob o ponto de vista de Greimas e Courtés (1979:359), representam a “estrutura

polêmica da narrativa”, estabelecendo três qualidades de provas: qualificante, decisiva e glorificante.

Na realidade, as provas determinam a apropriação ou a não-posse do sujeito na busca do seu objeto-valor. A conjunção ou disjunção com o objeto caracterizam o **fazer** do sujeito. Os três tipos de provas encerram investimentos semânticos diferentes e níveis diferentes:

Nível Pragmático: a prova qualificante é determinada pela competência; a prova decisiva é determinada pela performance.

Nível Cognitivo: a prova glorificante é determinada pelo reconhecimento.

II.4. DA SEMÂNTICA NARRATIVA

A Semântica Narrativa é a “instância de atualização dos valores” segundo Greimas e Courtés (1979:400), valores virtuais que passam ao universo de valores reais no percurso gerativo por meio da atualização axiológica e suas relações com o sujeito e o objeto de valor; estas relações podem ser do tipo conjuntiva ou do tipo disjuntiva. O modelo sintático (Greimas e Courtés, 1979:400) do investimento dos valores que se configura como a escolha do sujeito é o enunciado de estado.

Os valores podem ser subjetivos, objetivos ou modais, transformando as relações entre sujeito e valores através da somatória semântica do percurso gerativo do sentido.

As modalidades do **ser** e do **fazer** se compartilham: o **fazer** modaliza o **ser**, o **ser** modaliza o **fazer**; o **ser** modaliza o **ser**, o **fazer** modaliza o **fazer** (Greimas, 1976:62), correspondendo, respectivamente:

-Competência

-Performance

-Veridicção

-Factivas

A Semiótica encontra nas modalizações a organização discursiva dos valores modais: **querer**, **dever**, **poder** e **saber**, modalizando, portanto, o **ser** e o **fazer**. Os modos e os níveis de um percurso “tensivo” (Greimas e Courtés, 1979:283) são, ao mesmo tempo, um objeto de interesse do estudo semiótico. Os autores demonstram, no quadro abaixo, os valores modais:

Modalidades	Virtualizantes	Atualizantes	Realizantes
Exotáxicas	dever	poder	fazer
endotáxicas	querer	saber	ser

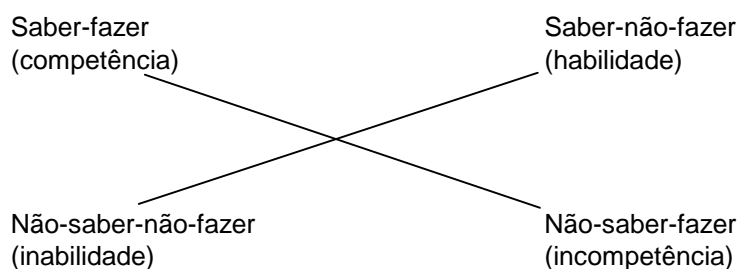
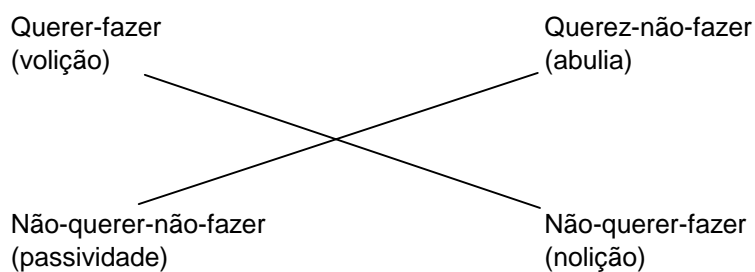
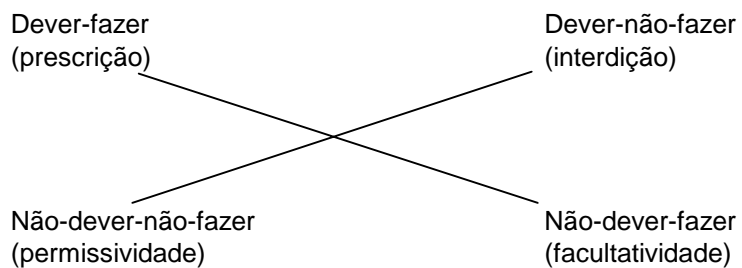
A modalidade exotáxica reúne enunciados que possuem sujeitos diferentes entre si; as endotáxicas são as que reúnem enunciados com sujeitos sincréticos (em um só ator). A partir dessa caracterização, os efeitos de sentido se manifestam.

Para as exotáxicas, tem-se o efeito de sentido objetivo e, para as endotáxicas, o subjetivo; enfim, o primeiro define o caráter “social”e, o segundo, o “individual”, instaurando o sujeito como virtual ou atualizado.

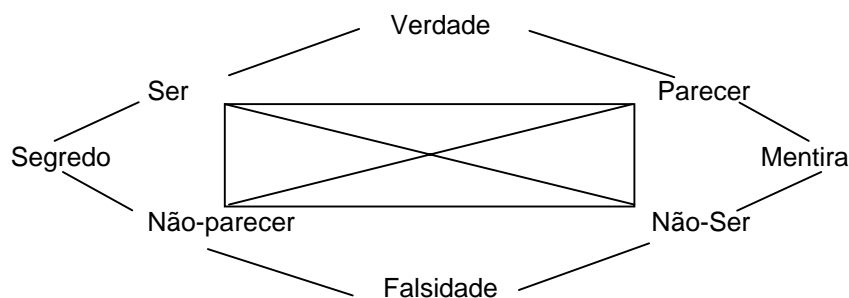
O sujeito virtual é modalizado pelo **dever-fazer**; o atualizado, pelo **saber-fazer** ou pelo **poder-fazer** ou por ambos (sujeito preparado para

ação imediata) e realizado (prática do exercício da ação proposta e da que se propôs).

Abaixo, os quadrados semióticos representantes da ação do sujeito segundo Greimas e Courtés (1979:370) e Barros (1988:53):

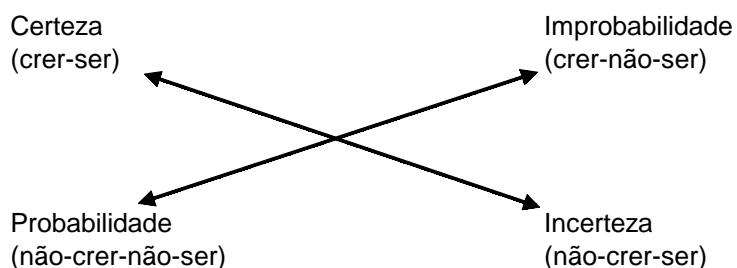


Sob o ponto de vista de Greimas e Courtés (1979:488), a modalização do **ser** mostra a modalidade veridictória entre os metatermos **ser** x **parecer** e, assim, tem-se:



(Gerimas e Courtés, 1979:488)

As relações apresentadas pelos octógonos implicam a observação das situações particulares da narrativa que determinam tipos diferentes de modalizações. A modalização veridictória reflete os enunciados (verdadeiros, falsos, mentirosos e secretos) submodalizados pelas modalidades do **crer** formalizadas no quadrado semiótico, permitindo a tradução por um valor modal, ou mesmo uma estrutura modal; portanto passível de receber uma definição de ordem sintática. Assim, tem-se:



II.5. DA GRAMÁTICA DISCURSIVA. Sintaxe e Semântica Discursivas. A Natureza dos Discursos

Segundo Pais (1993:454-456), o discurso é um processo produtivo onde se dá a semiose e, portanto, é um mecanismo gerador de informação e significação novas diante das “funções semióticas,

metasemióticas e recortes culturais” reorganizando, continuamente a “visão de mundo”. Assim, da sua instalação entre o consenso e especificidade resulta a comunicação intersubjetiva.

Pais ainda afirma que “a situação do discurso se define pela situação de enunciação, pela situação do enunciado, pelas relações entre a situação da enunciação e a situação do enunciado” (1993:485); logo, sua manifestação se dá por meio de um determinado universo de discurso (científico, literário etc) no seio do contexto sócio-cultural.

A discursivização trata, pois, das operações percebidas nas citadas relações cuja estrutura se sustenta nos níveis semio-narrativos e discursivos, ordenando, dessa maneira, uma sintaxe discursiva. Tais procedimentos suscitam atos de embreagem e debreagem.

Greimas (1970:65) fala de uma “concepção geral” do universo semântico, sendo que este pode ser “apreendido”, seqüencialmente, como universo virtual, com sua combinatória e, finalmente, como discurso. Portanto o discurso manifestado deve ser entendido como um mecanismo gerador de mensagens diante da “visão de mundo” que o conduz.

A discursivização retoma as estruturas sêmio-narrativas tornando-as discursivas.

Quanto à debreagem, pode-se afirmar que ela vem a ser o desencadeador do sujeito relacionado ao tempo e ao espaço enunciativo, além da manifestação actancial e espaço-temporal do enunciado.

A enunciação por debreagem coloca em classes pessoas, espaço e tempo, no aspecto semiótico (ele-lá-então), cujos efeitos de enunciação denotam o caráter discursivo. A embreagem retoma os entes discursivos (eu-aqui-agora) cujo efeito de sentido, também, fica à disposição da intenção almejada.

II.6. DA SEMÂNTICA DISCURSIVA

O sujeito da narrativa assume valores no nível discursivo polarizados no discurso sob percursos temáticos e estes recebem os investimentos figurativos.

Os valores abstratos são organizados em percursos pela incorrência dos traços semânticos. Assim, para que tais percursos sejam examinados, será necessária uma análise semântica dos elementos; portanto entende-se que, além dos lexemas do texto, as estruturas profundas ordenam um código, tornando o discurso um processo coerente.

A tematização, por conseguinte, é o resultado do exame dos semas nucleares (traços mínimos de significação), dos sememas (conjunto de semas) e dos classemas ou semas contextuais redutíveis a um papel temático coordenado à instauração dos elementos espaço-temporais relacionados ao percurso narrativo do sujeito.

A figurativização, segundo Greimas e Courtés (1979:185-186) é um subcomponente da semântica discursiva cuja atuação se dá pelo enunciador. Trata-se de aplicação semântica cujo conteúdo permite ao enunciatário a identificação do elemento como sendo uma figura, o que o torna próximo, real, concretizando a “ilusão do real”, por meio de atores, espaço, tempo, datas, locais, ou seja, efeitos de ancoragem temporal e espacial reconhecidos pelo enunciatário, contextualizados como elementos reais.

Esta interpretação por parte do enunciatário implica diferentes leituras que este pode captar, isto é, como a significação através do código pode ser decodificada, o que define as isotopias figurativa e temática.

II.7. DA SEMIÓTICA E AS PAIXÕES

Nos anos setenta, com base no discurso literário, Barthes coloca em evidência o sujeito apaixonado “que fala apenas de si mesmo, apaixonadamente, diante do outro, (o objeto amado) que não fala” (Barthes, apud Greimas, 1993: c. capa).

Barthes, na verdade, retoma o estudo que na Grécia antiga teve seu registro na matriz da Medicina Hipocrática como sendo o “temperamento”, resultado das relações entre certos humores, responsável pelo desencadeamento da violência ou da melancolia profunda.

Greimas e Fontanille também partem em busca de uma epistemologia das paixões (1993:c. capa). Entende-se, aqui, como Pathos, no sentido de sofrimento. Para os autores, o **fazer** do sujeito atualizado em discurso pressupõe uma pré-existência semiótica atuante sob um modo virtual. Se os modos de existência semiótica definem as condições precisas para a realização da semiose, deve-se considerar que a semiose, paradoxalmente, constrói-se através da ordem do “manifestante”; por isso “real” e do “ser”, o “manifestável”, o que justifica a construção dos simulacros que têm como exercício recriar as pré-condições da manifestação do sentido e, de certa maneira, do “ser”.

Compreende-se, assim, que, da imprecisão inicial “potencial” às fases da “virtualização” e da “realização”, um discurso é percorrido, isto é, um percurso das pré-condições epistemológicas às manifestações discursivas.

Assim, a enunciação é um lugar para onde convergem as estruturas disponíveis e integrantes; logo, pode-se analisar o percurso narrativo do sujeito mesmo se instalado na condição de simulacro.

O “ser” e o mundo dizem respeito à ontologia, isto é, à “parte da Filosofia que trata do ser como tendo uma natureza comum inerente a todos e a cada um dos seres” (Dicionário Aurélio, 1986:1225) ; espera-se, então, que a Semiótica dê conta de analisar o “parecer do ser”, isto é, a manifestação recortada do “ser”. A reconstituição do imaginário epistemológico possibilita a formulação dos conceitos de tensividade e de foria.

A tensividade encontra-se no nível transfrástico; o sujeito atuando no seu percurso elementar cujo **fazer** é caracterizado pelo **perceber**. A foria encontra-se em um nível aquém do sujeito, representa o sujeito que sente as paixões antes de qualquer **fazer**, o que explica o transe completo vivido por ele; no momento da enunciação, o sujeito constrói o processo do simulacro “fórico” manifestado no percurso gerativo da expressão da tensividade fórica.

Desta forma, constata-se que a sensibilização, isto é, a “visão de mundo” de uma dada cultura e sua interpretação dos efeitos de sentido passionais e sua modalização narrativa são co-ocorrentes e, ao mesmo tempo, autônomas.

As paixões não são apenas percebidas nos sujeitos em toda sua complexidade em discurso, mas no discurso inteiro como um estilo semiótico que emana das estruturas discursivas; as paixões projetam-se sobre os objetos, sobre os sujeitos, sobre as funções. Assim, enquanto a modalização se constrói de acordo com as regras da aspectualização discursiva, as modulações de ordem passional manifestadas como efeito de sentido têm, na sua estrutura, os dispositivos patêmicos, organizando-se pela ordem cognitiva, engendrando-as e ambas culminando nas modalidades de produção da significação em discurso.

Segundo Greimas e Fontanille, “a solução aparentemente mais simples consistiria evidentemente em considerar essas tensões subjacentes como propriedades da própria colocação em discurso. Mas ocorre que elas permitem também dar conta da categorização e da modalização narrativas; com efeito, é nesse horizonte de tensões inarticuladas que se exercem justamente as primeiras somações do sujeito operador, discretizando e fazendo aparecer as primeiras unidades significativas. Em outras palavras, em confronto com as dificuldades metodológicas que surgem na análise discursiva de superfície, a teoria semiótica obriga-se a repercuti-las e a procurar sua resolução no nível epistemológico profundo” (1993:16).

II.8. DA EMULAÇÃO AO ÓDIO

Quando os pressupostos do ciúme suscitam a “sombra do rival”, a transformação tímica é observada no seu ambiente específico - tal operação é denominada “Difidência sombria” por Greimas e Fontanille (1993:209-213, 231). A “Difidência sombria” recai sobre o sujeito gerando a desconfiança do ser amado; logo, a crise passional se modaliza e o simulacro se instala e, por conseguinte, instalam-se o **fazer-odiar** ou o **fazer-amar**.

“A sombra do rival” pré-modalizada pelo papel patêmico do ciúme – considerando-se que o sujeito ciumento realiza um percurso anterior particular que será desencadeado por um fato – tem, na sua carga valorativa, a rivalidade.

O sujeito que sofre a emulação, ou seja, o sentimento que envolve a perda de seu objeto de valor para outro sujeito, sofre somente porque reconhece no rival uma superioridade; tal comparação é gradual e, ao mesmo tempo, a superioridade de um é destacada. Tal comparação é o

que sustenta o simulacro que o sujeito constrói para o rival e, nesse momento, constrói um de si mesmo; dada tal competência, conclui-se que o sujeito apaixonado é dotado de um **saber** e de um **poder-fazer** que o capacitam para a elaboração de um processo de rivalidade. Segundo a avaliação moral de cada sujeito, um detém o direito e, do perder o direito, surge o ódio.

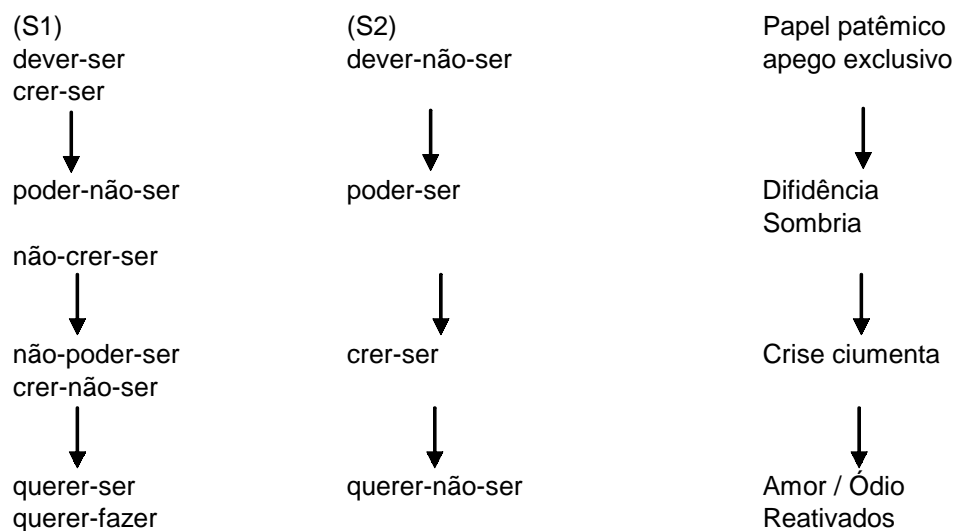
O ciumento, na condição de observador-avaliador, torna-se um avaliador social configurando os simulacros através dos sistemas de valores próprios de uma sociedade (como fidelidade, por exemplo), sofrendo, logo, uma coesão do sujeito coletivo que o impulsiona à ação por outro tipo de pressão – a do julgamento ético, além da que já está sofrendo. Assim, tal sujeito aglutina, ao mesmo tempo, a honra e a vergonha social.

Assim como o sujeito, a validade da isotopia modal de quaisquer paixões tem na cultura em que está inserida a medida justa de seu valor.

O **querer-ser** e o **crer-ser** modalizam o sujeito apaixonado, já que **quer** e **crê** ser o exclusivo possuidor de um objeto de valor, mas a certeza da infidelidade provocada por um elemento desencadeador da crise passional coloca-o na situação de **crer-não-ser** e/ou de **não-poder-ser**; logo, se o sujeito sofre o julgamento da ética social, espera que o seu querer-fazer seja, positivamente, sancionado.

As modalidades características de S1 (sujeito ciumento) são contrárias para S2 (rival) e para todos os sujeitos que a ele estão ligados pela tensão passional. Esse encadeamento de dupla leitura possibilita a ordenação seqüencial dos elementos antecedentes e subseqüentes da paixão, englobando a microsseqüência e a macrosseqüência.

Greimas e Fontanille propõem um modelo que comporta duas dimensões e cada papel possui o seu desenvolvimento modal, suas comparações e suas alterações internas transformadas pelo encadeamento das combinações modais do **crer, poder, dever e querer-fazer** ou **ser** (1993:231-232).



O sofrimento acompanha o sujeito que sofre a perda de seu objeto de valor desde o início de seu percurso, mas esse sofrimento constante adquire novos graus com o desenrolar dos fatos, mesmo que inseridos em simulacros. Assim, o fazer cognitivo da inquietude inicial “incoativo”, provocado pela suspeita, coloca o sujeito na situação de “abdução”, cujo aspecto é do tipo durativo, ou seja, é a fase em que o sujeito começa a investigar e a reunir índices formadores de uma rede de significação capaz de elevar suas tensões, pois o sujeito está em busca do saber.

Finalmente, o sujeito alcança o aspecto terminativo, isto é, a fase da Precipitação (reunião de todos os índices) da prova e da certeza que, eufóricas ou disfóricas, devem promover no sujeito a situação de repouso.

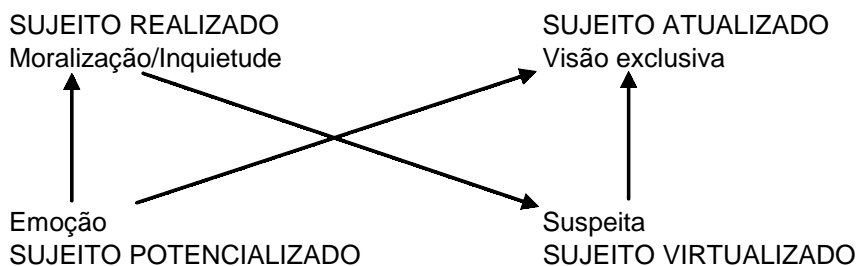
Segundo Greimas e Fontanille:

Incoativo	durativo , iterativo	terminativo
"inquietude e suspeita"	"investigação e abdução"	"precipitação da prova" e "certeza"
_____	_____	_____
"colocação em movimento "	"elevação das tensões"	"repouso"

O sujeito Potencializado reafirma seus direitos, permanentemente, sob a influência da emoção, já que, nesse momento de reembreagem do seu sentir, está sob a evidência do sujeito Atualizado, sob a ordem do sujeito Virtualizado. Essa percepção ameaçadora de perder seu objeto de valor instala-o na situação de sujeito Realizado, já que, pela transformação tímica, passa a agir por um **dever** moralizado, reiterando a condição de

Sujeito Potencializado.

De acordo com Greimas e Fontanille, tem-se:



II.9. DO DISCURSO

Greimas e Courtés (1979) escrevem que se pode identificar o conceito de “discurso” com o do processo semiótico e considerar como pertencente à teoria do discurso a totalidade dos fatos semióticos (relações, unidades, operações etc) situados no eixo sintagmático da linguagem, ou seja, quando alguém se refere à existência de duas macrossemióticas – o mundo “verbal” presente sob a forma de línguas naturais, e o “mundo natural”, fonte de semióticas não-lingüísticas -, o processo semiótico aparece como um conjunto de práticas discursivas: práticas lingüísticas (comportamentos verbais) e não-lingüísticas (comportamentos somáticos significantes, manifestados pelas ordens sensoriais). Se se levarem em consideração só as práticas lingüísticas, ter-se-á que o discurso é o objeto do saber visado pela lingüística discursiva.

Nesse sentido, é o sinônimo de texto: de fato, certas línguas européias, por não possuírem equivalente para a palavra franco-inglesa “discurso”, foram levadas a substituí-la por “texto” e a falar de “Lingüística Textual”. Os autores também explicam que “por extrapolação e a título de hipótese que parece fecunda”, os termos ‘discurso’ e ‘texto’ têm sido empregados para designar igualmente processos semióticos não-

lingüísticos (um ritual, um filme, um desenho animado são, então, considerados como discursos ou textos) já que o emprego desses termos postula a existência de uma organização sintagmática subjacente a esse gênero de manifestação” (1979:120).

Ainda sobre o discurso, Greimas e Courtés prosseguem dizendo que de um ponto de vista um pouco diferente – mas não contraditório em relação ao já exposto-, o discurso pode ser identificado com o “enunciado”(=aquilo que é enunciado), isto é, a maneira pela qual é mais ou menos concebido esse enunciado determina duas atitudes teóricas e dois tipos de análises diferentes. Para a Lingüística Frasal, a unidade de base do enunciado é a frase: o discurso será, então, considerado como resultado (ou operação) da concatenação de frase. Já para a Lingüística Discursiva, a unidade é o discurso visto como um todo de significação: as frases serão então consideradas segmentos (ou partes explodidas) do discurso enunciado – o que, evidentemente, não impede que o discurso possa, por vezes, em decorrência de uma condensação, ter as dimensões de uma frase, por exemplo. Os autores também afirmam que, se de início considera-se que o enunciado- discurso forma uma totalidade, então os procedimentos a serem postos em prática devem ser dedutivos – e não intuitivos – e consistir uma análise do conjunto discursivo em suas partes componentes.

Greimas e Courtés escrevem sobre a teoria da “massa folhada”, segundo a qual a teoria semiótica é levada a conceber o discurso como um dispositivo constituído de certo número de níveis de profundidade superpostos, dos quais somente o último, o mais superficial, poderá receber uma representação semântica comparável, grosso modo, às estruturas lingüísticas “profundas” (na perspectiva chomskyana): assim, a gramática frasal aparecerá como prolongamento da gramática do discurso. O fato de o termo “discurso” tender progressivamente a identificar-se com

o de processo semiótico e mesmo a designar, metonimicamente, esta ou aquela semiótica em seu conjunto (como sistema e processo) coloca novamente o problema da definição de semiótica (como objeto de conhecimento e objeto construído pela descrição).

Os autores afirmam a necessidade de se considerar, com efeito, que a origem da reflexão semiótica está ligada à lingüística, pois que a língua natural é não somente definida como uma semiótica (ou linguagem), mas é considerada, explícita ou implicitamente, como um modelo segundo o qual as outras semióticas podem e devem ser concebidas. A língua natural, semanticamente ligada à cultura, é um grande domínio, uma macrossemiótica que só pode ser comparada a uma outra que tem as mesmas dimensões, a do mundo natural significante; as outras semióticas devem, então, ser consideradas como minissemióticas, situadas ou construídas no interior dos universos dessas macrossemióticas.

De acordo com os autores, “nessa nova acepção, o termo ‘discurso’ continua ambíguo. Um domínio semiótico pode ser denominado discurso (discurso literário ou filosófico, por exemplo) em razão de sua conotação social, relativa ao contexto cultural dado (um texto medieval sagrado é considerado por nós como literário, dirá J. Lotman), independente e anteriormente à sua análise sintática ou semântica. A tipologia dos discursos, suscetível de ser elaborada nessa perspectiva, será, então, conotativa, própria de uma área cultural geográfica e historicamente circunscrita, sem nenhuma relação com o estatuto semiótico desses discursos (...)” (1979:128).

Prosseguindo em suas considerações, Greimas e Courtés (1979:128) também afirmam que, quanto à instância da enunciação que serve de lugar à geração do discurso, “pode-se dizer que a formado discurso produzido depende da dupla seleção que é aí operada. Se se

consideram as estruturas semio-narrativas como repertório das formas suscetíveis de serem enunciadas, a enunciação é chamada a selecionar nesse repertório aquelas formas de que tem necessidade para 'discorrer': desse modo, a escolha entre a dimensão pragmática ou a cognitiva do discurso projetado, a opção feita entre as formas que convêm ao discurso de construção do sujeito e as que são exigidas pelo discurso de construção do objeto determinam de antemão o tipo de discurso que será enfim manifestado.

Por outro lado, a conexão pelos mecanismos de debreagem e de embreagem, que definem a enunciação como atividade de produção, só pode ser considerada como uma operação seletiva que escolhe, no interior da combinatória das unidades discursivas que esse mecanismo está em condições de produzir, estas ou aquelas unidades preferenciais e/ou este ou aquele arranjo preferencial de unidades. Em ambos os casos, quer se trate da competência semio-narrativa, quer da competência discursiva propriamente dita, a produção de um discurso aparece como uma seleção contínua dos possíveis, a qual abre caminho através das redes de coerções (1979:130).

CAPÍTULO III - DA RELAÇÃO SEMIÓTICA - MEDICINA

III.1. DA BIOÉTICA: tecnologia e verticalidade na relação médico-paciente

Ao examinarmos a história da Medicina, constatamos que ela não se transformou de religião em ciência repentinamente, nem sequer num curto período no tempo – percebemos que houve um longo, doloroso e demorado processo evolutivo, abandonando, pouco a pouco, seu caráter de xamanismo e desenvolvendo técnicas de diagnóstico e cura, seja com procedimentos cirúrgicos, seja com drogas cada vez mais eficazes.

Houve um tempo em que a opinião médica pesava acima de tudo, sua autoridade era inquestionável exatamente por não existirem critérios que avaliassem esses procedimentos. O profissional, então, sem uma direção ou rumo, costumava seguir determinada “escola” de determinado médico renomado.

Com o passar dos anos, percebeu-se que tais procedimentos, embora adotados por médicos respeitados no mundo da ciência, muitas vezes feriam os princípios de determinada sociedade, pois tais procedimentos eram considerados antiéticos.

Já foi dito que a relação médico-paciente sofre, hoje, uma deterioração exatamente porque o profissional da medicina, voltado principalmente a tudo o que a tecnologia pode lhe oferecer, muitas vezes tem se esquecido de cuidar do doente, focando sua atenção na doença e em como poderá utilizar determinado aparelho de última geração para cuidar da pessoa que ali está pedindo ajuda.

Esse “olhar desviado” do médico – que saiu do paciente e se concentrou no exame, no prontuário, na ficha de relatos de sintomas – vem sendo uma das maiores preocupações daqueles que enxergam na tecnologia exagerada um dos males que corroem a relação desses profissionais com as pessoas que procuram seu auxílio.

Dessa forma, o crescimento desenfreado da chamada “medicina tecnológica” – sem a visão humanista do médico – levou o oncologista norte-americano Van Rensselaer Potter II a cunhar o neologismo “bioética” levantando a questão de “quando não utilizar toda a tecnologia disponível na hora de tomar uma decisão profissional”. O médico norte-americano, membro da Escola Médica da Universidade de Wisconsin, afirma que “a Bioética global, como uma nova ciência ética, é uma necessidade para a sobrevivência humana em longo prazo” (Siqueira, 2003: 27).

Além disso, o cientista diz que “antes da Bioética Global”, pode-se falar em **Bioética Ponte**, em que o termo “ponte” é utilizado porque a bioética era vista como uma nova disciplina que construiria uma “ponte” entre ciência e humanidades, ou mais explicitamente, uma “ponte” entre ciência biológica e ética (portanto bio-ética). “Também tive a intenção de propor que o termo ‘ponte’ pudesse sugerir uma ligação com o futuro e cheguei à conclusão de que a bioética tem duas funções: a) como função primordial, uma ponte para o futuro; b) como função capacitadora, bioética como uma ponte entre as disciplinas” (Siqueira, 2003:33).

Pelas palavras do oncologista norte-americano, logo se percebe que a bioética não tem por finalidade “andar só”, tomando a dianteira, com arrogância e empáfia – na medida em que procura ser uma “ponte”, deverá levar em consideração outras disciplinas e princípios que tenham importância para a cura e o bem-estar da humanidade. A chamada Bioética Global é baseada nos conhecimentos de todas as ciências dominadas pelo homem em âmbito mundial e levará em consideração, por

exemplo, a ética social, a ética ambiental, a ética religiosa etc. Ressalta o médico norte-americano que “a bioética deverá andar lado a lado com a ética médica para, em curto prazo, lidar com os dilemas enfrentados pelos médicos, pacientes e cuidadores de pacientes” (Siqueira, 2003:33).

Ainda nas palavras de Potter, o médico que trabalha de acordo com a ética deverá levar em conta e deverá se responsabilizar não somente pelas condutas tomadas no dia-a-dia, como também as conseqüências, em longo prazo, das recomendações feitas ou das omissões diante de seus pacientes. E, por ocasião de uma palestra proferida em 1962 aos alunos da Universidade de Dakota do Sul, o médico norte-americano, pela primeira vez, expressou uma preocupação que vinha lhe assombrando a mente: “O que me preocupava, então, era questionar o progresso e para onde o avanço materialista da ciência e tecnologia estava levando a cultura ocidental”. Além disso, nessa mesma palestra, o médico disse aos alunos que vislumbrava três imagens de progresso, isto é, “da religião, do ganho material e do científico/filosófico” (Siqueira, 2003,35).

Ao mencionar o “progresso da religião”, fazia alusão à esperança de que as mais diversas crenças de todo o mundo imponham cada vez menos empecilhos diante dos avanços da ciência. Quanto ao “progresso do ganho material”, Potter demonstrava sua preocupação com a ganância daqueles profissionais que exercem a Medicina visando somente ao ganho e ao acúmulo de riquezas. Por “progresso científico/filosófico”, o médico afirmava que o homem só tem a ganhar com o progresso da ciência, se ela for exercida dentro de parâmetros que respeitem o ser humano como seu objetivo principal.

Potter utilizou o termo “bioética” em alguns artigos publicados em 1971 e a palavra acabou sendo adotada pela imprensa – contudo, ainda assim, ninguém a associava à visão de “futuro”, o que, para o autor, é fundamental, já que “a ética lida com o âmbito do que ‘deve ser’, e, assim,

automaticamente pressupõe a imagem de futuro em contraste com o presente: decisões éticas são, normalmente, conclusões para guiar ações futuras em termos de futuras conseqüências” (Santana, 2000:35).

Em 1978, Potter definiu bioética como uma especialidade e, segundo o autor, “bioética é uma ramo da ética aplicada que estuda as práticas e o desenvolvimento no campo biomédico” (Santana, 2000:38). Diante de tal quadro, um dos dilemas mais freqüentemente enfrentados pela ética médica vem a ser o de quando não aplicar toda a tecnologia disponível. Como explicar para o paciente que, no seu caso específico, a tecnologia não o beneficiará? Ou como mostrar para o profissional médico que a máquina não substitui o exame, a conversa e a investigação da vida pregressa do paciente? Como retomar, na relação médico-paciente, a cumplicidade entre ambas as partes em busca de uma possível cura?

Levando-se em conta essa “interdisciplinaridade” entre bioética e outros campos de atuação humana, num país de desigualdades tão evidentes e histórias como o Brasil, um outro problema se apresenta: os médicos devem ir além de sua especialidade e tentar travar um diálogo com outros profissionais como, por exemplo, os chamados “eticistas sociais”, já que a “ética social” procura resolver o impasse da distribuição de renda e da conseqüente desigualdade que se reflete, também, na hora de uma consulta médica - hospitais com tecnologia de ponta são destinados à pequena parte da sociedade, porque particulares; hospitais públicos, sem mínimas condições de atendimento (inclusive, muitas vezes, sem um médico) propõem, quando muito, uma sobrevivência.

Examinando o panorama atual, com profunda visão crítica, Steven Brint, sociólogo da Universidade da Califórnia, escreveu, em 1997 que, no começo do século XX, “o prestígio profissional era definido tanto pelo senso de responsabilidade ética e pública, como pelo conhecimento especializado”, concluindo que “hoje, os profissionais, sempre com mais

freqüência, definem a si próprios estritamente em termos de seu comando de questões técnicas, por seus conhecimentos de mercado e capacidades, enquanto eles estão relativamente céticos a respeito de certezas morais” (Gonçalves, 2002,33).

O terceiro milênio nasce, então, assistindo a um triste espetáculo: homens procurando o progresso a todo custo, um nível de vida melhor a cada dia, a erradicação de doenças e pestes, mas uma desigualdade que cresce a olhos vistos, provocando exatamente aquilo que a tecnologia deveria extinguir: a miséria humana em vários níveis – principalmente na saúde. Potter afirma que “à medida que avançamos no século XXI, nós nos tornamos mais conscientes do dilema levantado pelo exponencial aumento de conhecimento, mas infelizmente sem um crescimento de sabedoria necessário para administrá-lo” (1999: 36).

Em 1948, Albert Schweitzer escreveu que acabamos separando o conhecimento do pensamento – e, como consequência, obtivemos uma ciência livre, mas que não é capaz de refletir. Potter, por sua vez, escreve que “devemos pensar em bioética como uma nova ciência ética que deve combinar humildade, responsabilidade e uma competência interdisciplinar e intercultural, e que potencialize o senso de humanidade” (Siqueira, 2003:36).

Desde seu nascimento, é preciso que se diga, a Bioética ligou-se a quatro grandes princípios: beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia. Gordon escreve que “a beneficência é entendida como o princípio da promoção do bem e defronta-se com quatro fatores limitantes de sua ação: a necessidade de definir o que é ‘bem’ para o paciente, a não aceitação do papel submisso do paciente, a autonomia do paciente em decidir o que é melhor para si mesmo e, finalmente, a utilização dos critérios de justiça – que, na área da Saúde, traduz-se por equidade ou garantia de prioridade de acesso daqueles mais excluídos socialmente aos

serviços de saúde. Conseqüentemente, não raro é o conflito que surge quando a autonomia e a beneficência são colocadas em contraposição no relacionamento médico-paciente, podendo, inclusive, gerar rompimentos por vezes irreparáveis” (1993:160-161).

Os eticistas são unânimes em afirmar que, ao médico, diante da impossibilidade de cura em 100% dos casos que lhes chegam às mãos, a regra geral seja a de “meios”, isto é, proporcionar ao paciente tudo o que for possível para tentar curá-lo, sem, no entanto, garantir sempre o sucesso. A garantia de meios e não de resultados deve, eticamente, sempre permear a relação desse profissional com a pessoa que o procura solicitando ajuda.

Uma preocupação constante diz respeito ao fato de que, “o diploma de médico significa apenas uma prova oficial do conhecimento científico; já a moral profissional estará sendo demonstrada diuturnamente, durante toda a sua vida. Mesmo a melhor formação universitária e a mais alta especialização profissional não autorizam o médico a agir acima das normas que regem uma sociedade” (Nuland, 2003:166).

Em suma, a verticalidade na relação médico-paciente deve ser permeada de respeito de ambas as partes – o médico pode estar (e está) numa posição privilegiada, mas deve se lembrar de que alguns procedimentos podem ferir a moral da própria Medicina ou mesmo as regras sociais sob as quais vive determinado paciente. A Bioética nasce do princípio de que o diploma de médico não pode ser um aval para a impunidade.

III.2 – BIOÉTICA NO BRASIL – Ainda os primeiros passos

“O médico que só sabe Medicina nada sabe de Medicina”- José Letamende

A questão da Bioética no Brasil está intimamente ligada ao problema da formação de médicos nas numerosas faculdades de Medicina que proliferam no território nacional, principalmente nas grandes metrópoles. O ensino, na maioria dessas faculdades, peca por privilegiar apenas o lado técnico da Medicina, como se o lado humano não existisse ou devesse ficar relegado a segundo plano. Essa visão está atada ao conceito reducionista e mecanicista do ser humano, ou seja, de novo o problema de o paciente ser encarado como um número, um prontuário, uma ficha de pé-de-cama.

Xavier escreve que “tributária do modelo cartesiano de ciência, a medicina atual percebe os seres vivos apenas como variáveis biológicas, desprezando os aspectos emocionais, crenças e valores, enfim, a história biológica da pessoa enferma” , e prossegue afirmando que “ao trocarmos ricas variáveis socioantropológicas do ser humano enfermo por uma percepção unicamente biologicista, transformamos os jovens estudantes de Medicina em simples cuidadores de doenças – e não de pessoas com doenças” (1993:99-100).

Um dado que deve ser levado em consideração, embora já há muito parado no tempo, diz respeito a uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, nos anos 1950, a qual aplicou um questionário a 64 médicos no início e no final de seus cursos universitários. Gordon escreve que “segundo essa pesquisa, detectou-se que, ao ingressar na faculdade, a maioria dos jovens demonstrava especial interesse em exercer a profissão guiados por espírito de altruísmo e desejo de auxiliar o próximo. Ao final do curso, porém, pouco restava desse ideal nos recém formados: ao longo

do curso, constatou-se que, enquanto o humanismo diminuía, crescia um profundo sentimento de cinismo concebido como regra profissional” (1993:74-75).

É assunto comum e amplamente debatido em simpósios e congressos que o ensino da Medicina tem voltado sua atenção para conhecimentos estritamente especializados e uma crescente dependência de tecnologias sofisticadas, subestimando a capacidade médica individual: tudo isso provoca, no estudante de Medicina, um fascínio acentuado por máquinas, aparelhos de última geração e dados de computadores. Como conseqüência, os resultados que deles advêm acabam ganhando mais importância que o doente e as causas que provocaram essa enfermidade. Segundo Siqueira, “diante desse quadro, o paciente é tão somente ator coadjuvante e merecedor de papéis secundários, limitado no exercício de sua autonomia, já que o médico intervém em seu corpo como se ele (o paciente) fosse incapaz de tomar decisões. Considera-se desnecessário ouvi-lo, já que os aparelhos falam por ele” (2003:34-35).

Se, por um lado, o ensino da Medicina tem privilegiado o caráter deontológico da ciência, por outro o estudante e mesmo o médico formado não pode se abster da consciência de que, em seu cotidiano, o médico defronta-se com diversas matizes de moralidade e espera-se que ele seja capaz de tomar decisões em sintonia com esse quadro tão plural. O simples conhecimento de normas morais e legais já não basta para o exercício da Medicina hoje. Ainda de acordo com Siqueira, “o momento exige respeito à autonomia do paciente, espíritos de tolerância, prudência e humildade para construir relacionamentos mais simétricos entre o médico e o ser humano enfermo” (2003: 35).

Diante disso, chega-se à conclusão de que Bioética e Deontologia completam-se, e não se excluem. Ao contrário do que praticam muitos profissionais da Medicina, o médico, hoje, é convidado a refletir sobre os

diversos valores morais e a respeitar as convicções e crenças de seus pacientes – atitude que, sem qualquer dúvida, exigirá do médico um profundo treinamento para o exercício da humildade e do abandono da posição de “dono da verdade”.

Pensando sobre esse problema, o médico Miranda afirma que “a escolha de uma medicina tecnocrática e mercantilista em comparação com uma medicina antropológica e solidária parece ser a questão mais candente deste momento de discussão. Tanto do ponto de vista individual quanto social, tanto técnica quanto eticamente” (2003:76-77).

Outra questão surge a partir dessa visão: historicamente, o paciente sempre foi um sujeito passivo, sem direito a tomar parte de seu tratamento – desde os primórdios, existiu uma Medicina exercida de acordo com o saber do médico e suas razões inquestionáveis e julgamentos profissionais, mantendo o paciente como total receptor daquilo que o médico determina.

Assim, a Medicina Hipocrática – que equivale a dizer “desde o início da prática médica no mundo ocidental” - sempre pregou uma beneficiência paternalista, como querem alguns estudiosos, proibindo ao paciente qualquer liberdade ou autonomia, sob o pretexto de “aquele que ignora não opina, aquele que não conhece deve calar-se”. O estado de submissão do enfermo é patente e claro – qualquer pessoa que tenha atravessado uma consulta médica sabe disso. Novamente, constata-se a importância do respeito e da ética médica com relação ao paciente fragilizado que adentra o consultório médico à procura de um remédio, cirurgia, dieta ou até mesmo repouso adequado para seu mal.

Também preocupado com a questão do afastamento entre médico e paciente por conta da mecanização da medicina, Miranda escreve: “Bacon dizia que, para dominarmos a natureza, precisamos conhecê-la. Assim como nos submetemos à natureza para, conhecendo-a, controlá-la, assim

também construímos as máquinas submetendo-nos às leis que a elas aplicamos para que funcionem segundo nossos intentos - a consequência disso é que, quanto maior o controle que exercemos sobre as máquinas, maior a submissão que sofremos... e maior a perda do caráter humanístico. O mundo moderno começou refletindo sobre as finalidades da técnica para acabar instituindo a técnica como a única finalidade: é isso, em suma, que está expresso na identificação entre ciência e tecnologia” (2003:179-180).

Santana, por sua vez, pergunta se “avanços tecnológicos significam melhoria de saúde”, e afirma que “ela (a tecnologia) tem sido responsável por parcela significativa da melhoria de condições dos cuidados de saúde – diagnóstico, tratamento e reabilitação – e, mesmo, tem importante atuação nos níveis de mortalidade” (2003:35). O autor, contudo, prossegue com uma visão ampla dos fatos e ressalta, também, que por não ser neutra, a tecnologia não proporciona somente benefícios.

Na verdade, os malefícios são de igual importância e, para Fortes, os incrementos tecnológicos na área de saúde têm causado um afastamento do médico, fazendo com que esse profissional não veja seu paciente holisticamente, e sim em partes, sistemas e órgãos, o que resulta, por exemplo, na sonegação autoritária de informações devidas aos pacientes e na violação de seus direitos morais e legais. O professor fala ainda do que ele chama de “culto à tecnologia”, motivado tanto por um desejo de ajudar o paciente, mas também pela procura de prestígio, renome e remuneração, além do próprio prazer, vaidoso, de poder manipular novos inventos e técnicas recém descobertas.

Um outro papel da Bioética, então, seria o de limitar e governar o poder que o homem alcança cada vez mais com o passar do tempo, tornando-se – ou pretendendo tornar-se - um ser acima do bem e do mal. O dilema que surge, assim (imposto a médicos e a todos os profissionais

que, de alguma forma, utilizam-se da tecnologia em seu dia-a-dia), personifica-se na questão levantada por Siqueira: “Tudo o que é tecnicamente possível se comporta como eticamente admissível?”, e propõe um caminho de moderação e equilíbrio, no qual o homem não devesse servir à máquina, mas o contrário. “A base da orientação ética deve ser fundada no binômio liberdade-responsabilidade em contraponto ao binômio comercialização-exploração do ser humano” (2003, 40).

Para Miranda, vivemos um grande paradoxo quanto atentamos para o uso da tecnologia hoje: partindo da etimologia da palavra “conhecimento” (do francês, “connaissance” - com+nascimento), o professor aponta para o detalhe de que “nascemos” a cada descoberta feita, vivemos um nascimento permanente à medida que se constrói o conhecimento ou uma nova abordagem da realidade que nos cerca; porém, segundo ele, “aos nos reportarmos à realidade atual, deparamo-nos com um avanço científico e tecnológico per si, em contraposição a uma precária qualidade de vida da maioria da população” (2003:33).

Miranda ainda aborda o fato de que toda tecnologia se mantém, sempre, nas mãos de poucos, detentores do poder em suas nações e que, por isso mesmo, desfrutam dessas descobertas sem que a maioria da população possa alcançar o conforto, pois “tanto a construção quanto a manutenção de um paradigma científico ocorrem pela pactuação entre os membros dominantes da comunidade específica, normalmente mais ricos e detentores de interesses de grupos minoritários” (2003:34). Vale lembrar que esses pequenos grupos não estão voltados para os problemas advindos das grandes desigualdades sociais em países principalmente do chamado Terceiro Mundo. Nessas nações, os privilégios também dizem respeito ao acesso às novas conquistas tecnológicas e, como resultado, a um nível de vida aceitável ou não.

Há uma opinião comum entre aqueles que vêm na Bioética uma prática da qual não se poderá fugir no século 21: a Bioética é, ainda, incipiente no Brasil, um país marcado por desigualdades sociais e que, conseqüentemente, sofre desigualdades também no campo da Saúde. Colabora para essa incipiência o fato de que o Código de Ética no País “é, em sua maioria, proibitivo, pois tem somente artigos que tratam de direitos. A maioria é de vedação, como se houvesse uma tendência inata do médico a praticar o ilícito – e o código existe para lembrar que não pode praticar aquilo”, afirma Garrafa (2003: 10). O médico acrescenta que a conclusão a que se chega, ao se examinar o que acontece com médicos no Brasil e suas relações com pacientes, é de que “há uma conhecida e estarrecedora fala de conhecimento dos médicos sobre o tema humanismo. Infelizmente, o nosso modelo é biologicista, no qual não reconhecemos que o homem não é só biologia, mas também biografia e símbolo”.

Garrafa, especialista em Bioética, ressalta, por outro lado, “o impressionante volume da produção científica e de novas informações sobre Bioética provenientes dos quatro cantos do mundo, principalmente nos últimos dez anos” (1997:13). Para o autor, além dos problemas comumente enfrentados por aqueles que se propõem a discutir a Bioética, existe a questão da hipocrisia e mesmo do conservadorismo presentes numa sociedade como a brasileira. Ressalta ele que o mundo contemporâneo precisa se afastar dos ranços conservadores e “discutir temas mais espinhosos, como eutanásia, aborto, pesquisas médicas avançadas e inclusão de todos os segmentos sociais” (1997:14). Para ele, tudo o que é mantido debaixo do tapete toma a forma da clandestinidade e acaba sendo visto “da forma mais demoníaca possível”.

Garrafa afirma que hoje, no Brasil, não há visibilidade para temas de Bioética, exatamente por conta de tabus e conservadorismos que, embora evidentes, acabam ainda emperrando uma evolução consciente e

responsável por parte da Medicina. O ponto central da discussão é a de que, no País, misturam-se questões religiosas com laicas. “Sobre temas que envolvem conflitos morais, nossa sociedade segue a linha latino-americana, de cultura luso-espanhola católica”. (2003:5).

Um outro problema na questão médico-paciente é o da “polarização”, de acordo com Garrafa. Como fazer avanços e contentar pólos tão opostos que se digladiam quando a discussão cai para o lado da ciência e da cura e tem que ultrapassar costumes enraizados na cultura de um povo? O especialista em Bioética dá um exemplo explicando que “quando um projeto chega ao Congresso Nacional, as feministas e os médicos querem tudo, endeusando a tecnologia; de outro lado, os setores conservadores (católicos e evangélicos) são contra tudo. Polariza-se a discussão e não há avanços” (2003:5).

Dessa forma, muitos autores concordam que, para se alcançar um ponto de equilíbrio em Bioética, as diferenças devem ser respeitadas. Chamam a isso de “princípio de equidade”, ou seja, o reconhecimento de necessidades diferentes, de sujeitos também diferentes para que se atinjam direitos iguais – seja no momento de uma consulta ou mesmo de uma conduta médica ou terapia adotadas.

Novamente, surge, nas palavras de Garrafa, o problema gerado pela tecnologia e seu uso exagerado e desmedido – em nome de um avanço tido como inevitável e inquestionável, “o indivíduo-cidadão passa a ser desconsiderado e criam ‘as categorias de indivíduos’, isto é, os pacientes coletivos da nova medicina”. Nasce, assim, a queixa mais freqüente por parte de pessoas que necessitam de auxílio médico hoje: a fala de atenção do médico para o problema que se lhe apresenta naquele momento, naquela pessoa enferma, que é única, individual, e não “mais um caso entre tantos”, mesmo que se trate de uma epidemia. Ora, se existem as “categorias de indivíduos”, é de se supor que também haja as “categorias

de terapia”, uma espécie de conduta médica uniforme, que só leve em consideração a doença, e não a pessoa (ou indivíduo) que ali se apresenta preocupado com sua saúde.

O fato é que ninguém gosta de ser tratado como “mais um”, e, no caso de uma enfermidade, quando a pessoa se sente mais fragilizada ainda, ter a sensação de que o médico não presta atenção ao seu problema só agrava o estado emocional de quem procurou o médico. A sensação de desamparo pode, inclusive, agravar o estado de saúde de uma pessoa doente, porque agrava seu emocional produzindo uma reação em cadeia que pode ser esquematizada da seguinte maneira: doença>abalo emocional>agravamento da enfermidade.

Com a Bioética, os médicos não estão à procura de uma panacéia, mas demonstram o claro desejo, bem-vindo, aliás, de alcançar o tão desejado bom senso, ou uma postura que melhore a qualidade do relacionamento que eles possam manter com seus pacientes.

III.3. BIOÉTICA E SEMIÓTICA – A AÇÃO DO SUJEITO

Analisando-se o panorama da sociedade brasileira, é possível uma abordagem semiótica na qual se examine essa mesma sociedade e a relação que estabelece com a prática médica, hoje, início do século 21. Levando-se em consideração alguns modelos da Semiótica greimasiana – notadamente no âmbito da Sociosemiótica e da Semiótica das Culturas –, podem-se traçar caminhos que orientem o exame da relação médico-paciente a partir de modalidades como o “querer-ser e/ou-fazer” e o “dever-ser e/ou-fazer”, bem como explicar alguns valores subjacentes nos

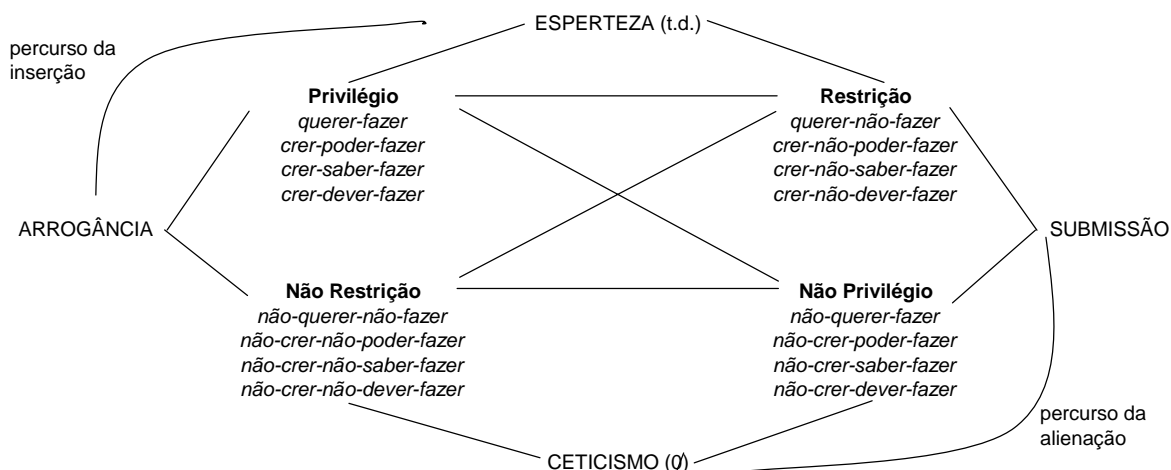
discursos manifestados por ocasião de uma relação em que uma pessoa com determinada enfermidade procura ajuda médica.

Uma vez que a profissão de médico sugere sempre prestígio, direitos, deveres, responsabilidades, privilégios, fascínio, paixão (entre outros sentimentos) por parte daqueles que procuram esses profissionais, a análise levou em consideração as lógicas dialéticas, a lógica das modalidades discursivas e a teoria das paixões de Greimas e Fontanille.

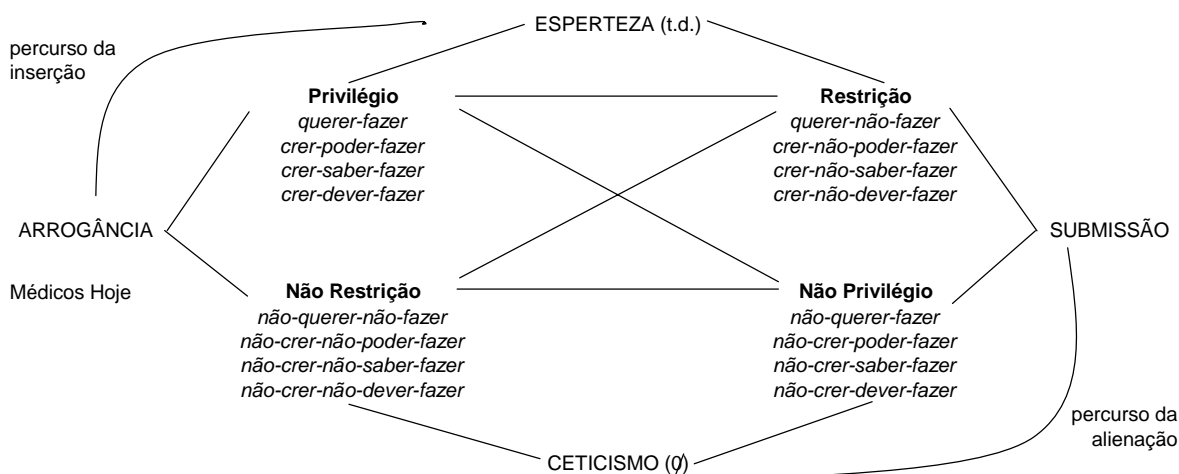
O capítulo presente terá como preocupação a abordagem de problemas complexos que envolvem a relação médico-paciente, levando em consideração as limitações impostas por esse convívio nem sempre harmonioso, repleto de responsabilidades sociais, morais e éticas, em um contexto em que se articulam identidade cultural e diversidade cultural, além de ciência/tecnologia e humanismo. Outro aspecto a ser levando em conta é a oposição entre o aspecto dito “arcaico” e o dito “moderno”.

Pais lembra que, “como traço marcante da cultura e do ordenamento social brasileiros, sustenta-se uma tensão dialética entre duas forças contrárias, ‘privilégio’ e ‘restrição’, que determinam relações econômicas, sociais e afetivas”, todas, é claro, presentes na relação médico-paciente. Enquanto o metatermo “privilégio” denota vontade política afirmativa e uma posição ligada à moralidade (nas relações entre indivíduos e segmentos sociais), o metatermo “restrição” diz respeito à vontade política negativa, de limitações. Assim, o termo contraditório privilégio, o “não-privilégio”, corresponde à aceitação das limitações que se impõem no convívio social, encontrando sua complementaridade no termo “restrição”. O termo contraditório de “restrição”, isto é, “não-restrição”, denota a não aceitação de limitações impostas no convívio, no “Estado de Direito” termo utilizado por Pais (1999:153).

Assim, segundo Pais, no octógono semiótico correspondente à análise acima, teríamos:



O octógono acima, adaptado ao campo da Medicina, resultaria na seguinte combinação:



Pacientes que dependem do Sistema de Saúde Pública

Segundo o esquema, a tensão dialética “privilégio X restrição”, ponto de equilíbrio do processo, conflui para designar o médico observador dos preceitos da chamada Bioética, ou seja, o médico responsável, qualificado como bom profissional, confiável e consciente do que pode e do que deve fazer. Os médicos que se encontram nessa posição são aqueles “inseridos no processo, de acordo com a identidade cultural, tal como construída no

imaginário coletivo” (Pais, 1999:155), ou seja, o médico cumprindo o papel que se espera dele.

Por outro lado, obtém-se, no mesmo octógono, resultante da combinação “privilégio X não restrição”, o metatermo “arrogância”, da qual muitos médicos, hoje, são acusados, uma vez que não observam limites e não enxergam no paciente diante de si um ser humano que também detém direitos assegurados por lei. O metatermo em questão denota o sistema de vida de uma elite – intelectual e econômica – que leva em consideração somente aquilo que for para seu único proveito, oferecendo, inclusive, perigo à vida do indivíduo que procura ajuda médica.

O metatermo “submissão”, por sua vez, presente no esquema e resultante da combinação “restrição X não privilégio”, denota a ideologia imposta a classes dominadas, segmentos da sociedade não favorecidos, aspecto que faz parte, já, da história desse país tão marcado por desigualdades de toda ordem. Constitui uma forma de inibir e impedir mudanças que seriam desejáveis exatamente por aqueles que nessa posição se encontram – os pacientes que, dependentes do Sistema Público de Saúde, mostram-se céticos e totalmente desamparados por tal política presente nos hospitais públicos principalmente das periferias de grandes cidades brasileiras. Da combinação de “não-restrição” e “não-privilégio”, obtém-se o termo neutro “ceticismo”, sentimento presente em pacientes dependentes do Sistema de Saúde Pública em quase todo o território nacional, salvando-se algumas raríssimas exceções. É a situação dos considerados excluídos, ou seja, “fora do sistema”, como define Pais (1999: 155). São tolerados desde que não levantem vozes contra a desigualdade no setor da Saúde – a mesma desigualdade que chega a ser vergonhosa para o país aos olhos da Organização Mundial da Saúde.

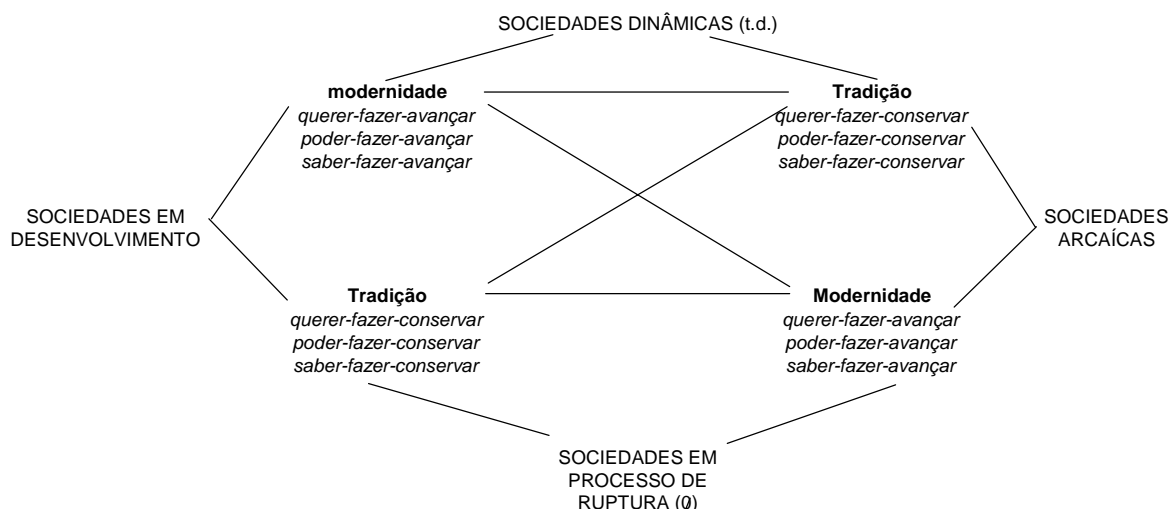
Dando voz à análise de Pais (1999:155), também no setor da Saúde e na relação médico-paciente “verifica-se a coexistência de dois percursos: o

percurso da ‘inserção’, através do qual a ‘elite’ simula adesão a um ordenamento social construído no modo do ‘parecer’, em que haveria justiça nas relações entre ‘direitos’ e ‘deveres’ dos profissionais da saúde; e o percurso da ‘alienação’, em que uma parcela dos segmentos desfavorecidos é paulatinamente excluída, marginalizada, passando a um estado de desencanto, impotência e ‘ceticismo’. Sociedade heterogênea, pacientes e médicos distribuir-se-iam nos quatro lugares definidos pelos termos complexos”.

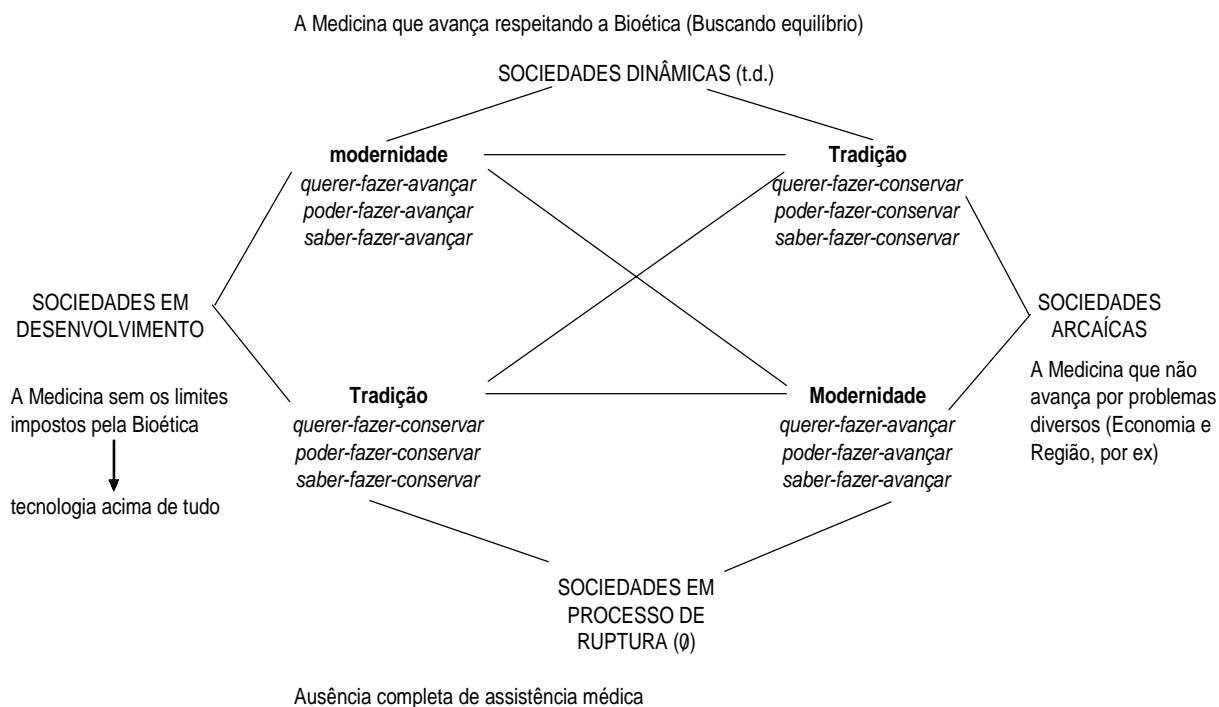
Dando continuidade à análise da relação médico-paciente na sociedade brasileira, constata-se, com nitidez, a existência de um conflito, principalmente lembrando das palavras de Garrafa: a bioética seria o símbolo da modernidade – dentro de uma sociedade ainda arcaica e conservadora em muitos aspectos. Assim, a oposição entre “tradição” e “modernidade” apresenta uma tensão dialética que se mantém entre o metatermo “modernidade” e seu contrário “tradição”, sendo que seus respectivos contraditórios podem ser denominados “não-modernidade” e “não-tradição”.

Segundo Pais, “se a consciência histórica e memória social constituem condições do desenvolvimento científico, tecnológico, econômico e social, da construção de sociedades mais livres, justas e democráticas, a tensão ‘modernidade/tradição’ qualifica as sociedades (ou instituições) dinâmicas, inseridas no processo histórico, em que o progresso se entende como liberdade, civilização e desenvolvimento” (1999: 156).

Dessa forma, obtém-se o seguinte octógono que esquematiza como as relações entre médicos e pacientes têm fluído no panorama da Saúde do Brasil:



Adaptando-se o octógono para o campo da Saúde, tem-se:



Da combinação entre “modernidade” e “tradição”, para início de análise, verifica-se o princípio das “sociedades dinâmicas”, isto é, sujeitas a mudanças com a evolução da ciência e de descobertas feitas ao longo dos séculos – no campo da Medicina, a ciência que procura o bem-estar físico e mental do ser humano buscando sempre o equilíbrio entre o que se

descobriu e o que se pode utilizar num determinado tratamento: tem-se, assim, a Medicina que avança respeitando a Bioética, a qual, por sua vez, também procura respeitar a diversidade e a pluralidade de culturas e povos.

Como resultado da combinação entre “modernidade” e “não-tradição”, chega-se à definição das “sociedades em desenvolvimento perverso” (Pais, 1999:157), isto é, aquela que “avança”, mas cujo progresso, muitas vezes, paga um preço alto demais, pois os malefícios provocados não são levados em consideração – somente os lucros que determinada descoberta pode trazer aos governos desses países. No campo da Saúde, encontra-se aquela Medicina que se julga acima do bem e do mal, ou melhor dizendo, divorciada da Bioética, em que a tecnologia estaria acima de tudo, principalmente do caráter humanístico que envolve – ou que deveria envolver – a relação entre o médico e aquele que procura sua assistência.

Por outro lado, e pelas próprias dimensões geográficas brasileiras, não se pode desconsiderar a combinação entre “não-tradição” e “não-modernidade”, já que, como resultado, têm-se as “sociedades em processo de ruptura”, segundo Pais, ou seja, locais do país em que há uma completa ausência de assistência médica – notadamente em várias regiões do norte e do nordeste do Brasil. Lá, a relação médico-paciente não apresenta jujstças ou injustiças, respeito ou desrespeito: essa relação simplesmente não existe.

As “Sociedades Arcaicas” são definidas pela combinação entre “tradição” e “não modernidade”: aquelas sociedades em que os progressos científicos, as descobertas e tudo aquilo que possa denotar rompimento com a tradição não são bem recebidos. São aquelas sociedades em que a Medicina – ou quaisquer processos de cura – não avança por problemas diversos, sejam de ordem econômica, religiosa, moral ou filosófica. Grupos

sociais em que a figura do xamã ou curandeiro confunde-se com o que de mais sagrado possa haver no campo da cura de males e doenças. As “Sociedades Arcaicas”, relatam os antropólogos, são aquelas em que a doença é explicada levando-se em consideração três hipóteses: 1. a doença como sendo sinal da ira dos deuses; 2. ou como um teste à tolerância e paciência dos homens; 3. ou ainda como castigo a pecados coletivos e individuais.

Neste ponto, é inevitável a lembrança dos textos bíblicos, nos quais várias passagens mostram a doença encaixando-se em um dos três itens acima. Não por acaso, essas sociedades mais conservadoras são, geralmente, mais ligadas à religiosidade e à explicação do mundo pelo caminho do sobrenatural. Deve-se, aqui, retomar o fato – já abordado neste trabalho – de que somente com Hipócrates, na Grécia antiga, é que se inicia a cientificização da Medicina. Mesmo depois disso, “cura e religião sempre estiveram esteritamente ligadas, já que, diante da perspectiva de sofrimento, morte e por não saber o que acontece consigo, o homem recorre à divindade buscando compreensão, ajuda e resolução para sua aflição” (Foucault, 2003:52).

Assim, com tal grau de religiosidade (daí, conservadorismo), a Medicina encontra obstáculos para prosseguir seu caminho de descobertas e condutas que, muitas vezes, surpreendem o público e o chocam. A questão das células-tronco é um exemplo atual da resistência da Igreja Católica diante da proposta da Medicina para a cura de diversos males. Novamente, a pluralidade da sociedade brasileira permite que se encontrem segmentos sociais de opiniões as mais diversas com relação à adoção desses procedimentos ou não – e, na relação do médico com seu paciente, novas terapias podem ser bem recebidas, mas também podem ser vistas como um desrespeito do médico pela cultura da pessoa enferma.

Pais alerta, ainda, para as oposições entre “querer-ser”, “querer-fazer”, “dever-ser” e “dever-fazer” e escreve que “no tocante às relações afetivas, tais como concebidas no quadro do sistema de valores da sociedade e da cultura brasileiras, freqüentemente não conscientes ou rejeitadas pelo sujeito enunciador/enunciatário individual e/ou coletivo, verifica-se uma tensão dialética entre o ‘prazer’ (entendido como a fruição de um ‘querer-fazer’) e o ‘dever’ (encarado como algo penoso ou causa de sofrimento), ou seja, um ‘dever-fazer’” (1999:158). Segundo esquema proposto pelo autor, o termo contraditório de “prazer” pode ser lematizado como um “fardo”, e definido pela modalidade complexa “não-querer-fazer”; além disso, o termo contraditório de “dever”, lematizado como “liberdade”, caracteriza-se pela modalidade complexa “não-dever-não-fazer”.

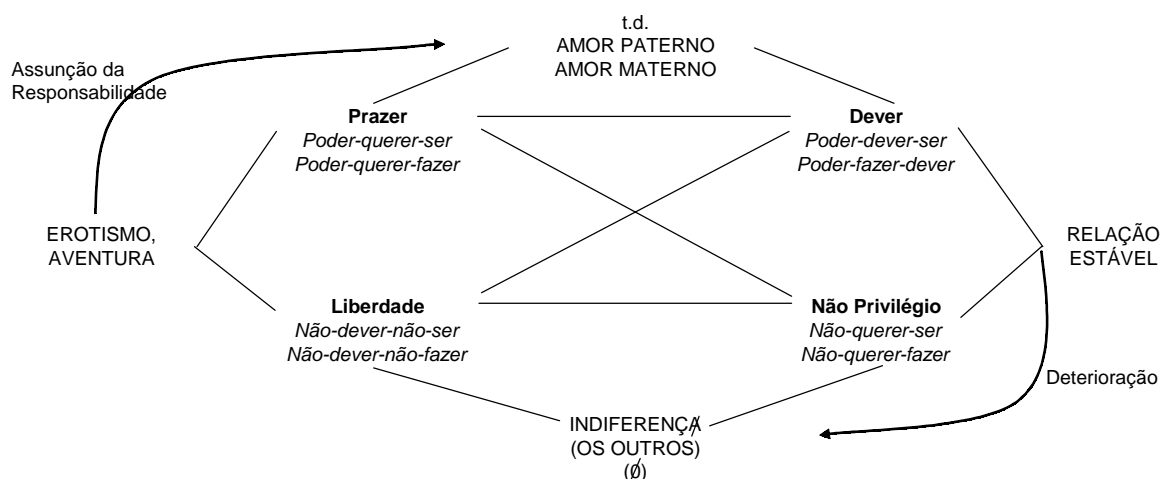
De todas essas combinações, aplicadas à relação médico-paciente e à prática da Medicina como busca da cura e do bem-estar do ser humano, obtêm-se os metatermos complexos seguintes: decorrentes da tensão dialética “prazer” x “dever”, chega-se à “Medicina consciente e equilibrada”, uma vez que ela exige do médico responsabilidade, dedicação e cuidados extremos com seu paciente – ao mesmo tempo em que é altamente prazerosa para aquele que pratica a Medicina com amor à profissão e consegue trazer de volta a qualidade de vida a um doente; já a combinação “prazer” x “liberdade” pode resultar numa “Medicina irresponsável”, na qual a vida do outro não é mais do que um prontuário ou um número – como exemplo, basta que se observem os hospitais públicos das mais variadas regiões do país, devido à negligência histórica de que a Saúde é vítima no Brasil.

Como resultado da combinação “liberdade” x “fardo”, obtêm-se o metatermo “indiferença”, ou seja, um estado de total desinteresse do médico por sua profissão e, conseqüentemente, por aqueles cujas vidas

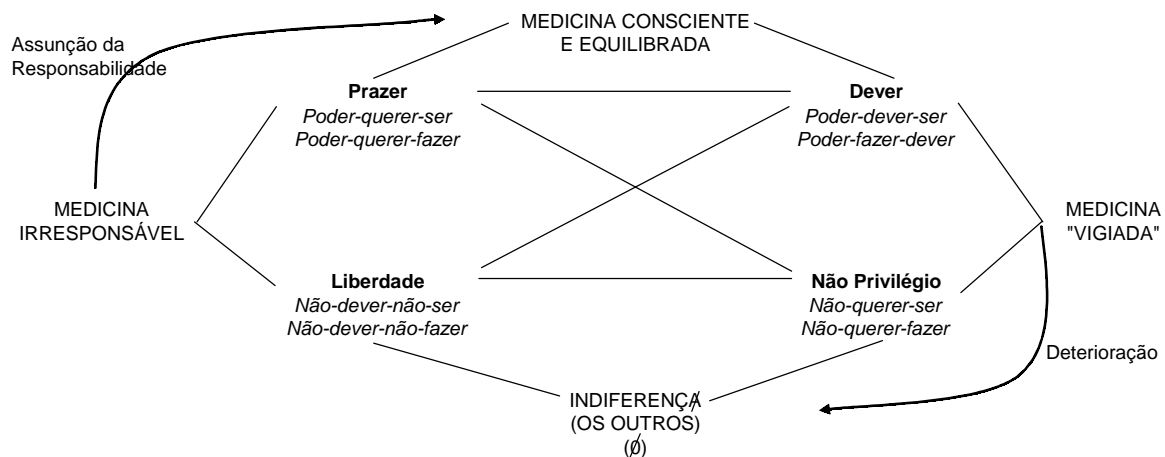
dependem dele. Reside, aí, o grande motivo de protestos que, principalmente a partir da segunda metade do século XX, começaram a ser dirigidas aos médicos – uma conduta de total indiferença pelo paciente, na esperança e na ilusão de que a tecnologia pudesse resolver tudo, sem o envolvimento do profissional de Medicina. Dessa “indiferença”, nascem as mais severas críticas àqueles que substituíram o olhar clínico pela enorme bateria de exames solicitados e, muitas vezes, extremamente caros ao paciente.

Ao se combinarem “dever” e “fardo”, observa-se a resultante “Medicina vigiada”: aquela mesma praticada, já, sob os olhares de órgãos governamentais que zelem pela boa conduta do médico e mesmo por sua proteção contra pacientes mal intencionados e que visam a lucrar em cima de uma eventual falha médica. Muitas são as publicações especializadas repletas de casos em que pacientes acusam seus médicos de promessas feitas e não cumpridas – como vem acontecendo no campo da cirurgia plástica estética, por exemplo. Em casos assim, a “Medicina vigiada” não se constitui um simples “fardo” para o médico, mas também uma segurança para esse profissional.

Esquematisando-se essas relações, obtém-se o seguinte octógono:



Esquema que, adaptado à presente pesquisa, resulta

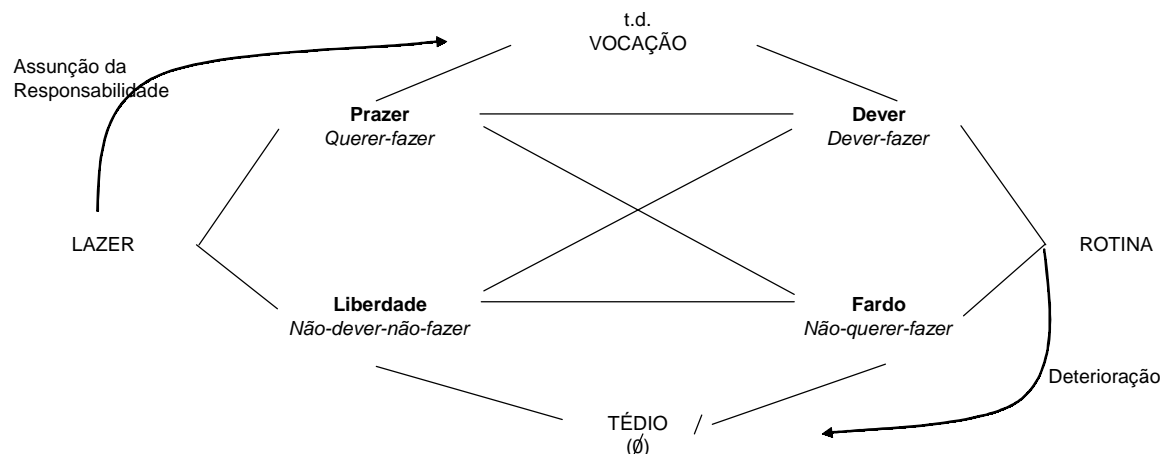


Pais ainda expõe uma interpretação além da exposta acima. Segundo o autor, a tensão dialética entre “prazer” e “dever” “é suscetível de manifestar-se pelo lexema ‘vocação’, enquanto o metatermo complexo resultante da combinação ‘prazer’ x ‘liberdade’ é comumente manifestado pelo lexema ‘lazer’, de conotação eufórica; já a combinação ‘dever’ x ‘fardo’ pode ser lexematizada pelo termo ‘rotina’, de conotação disfórica’. Temos, por conseqüência, o termo neutro, determinado pela combinação ‘liberdade’ x ‘fardo’, entendida como ‘tédio’, se entendidas no campo semântico das ‘atividades’, sejam elas profissionais ou não profissionais” (1999:161).

Ainda assim, a relação entre o médico e seu paciente sofre as influências das circunstâncias analisadas pelo autor, uma vez que o conceito de “‘vocação’ é, tradicionalmente, positivo” (1999:162) – ao se dizer que um indivíduo “tem vocação”, recai sobre ele um julgamento de ordem positiva. Por outro lado, ninguém discorda do caráter negativo que o termo “rotina” traz consigo: a rotina é entendida como o dia-a-dia massacrante, sem novidades, que faz das pessoas verdadeiras máquinas de produzir e trabalhar, negando-lhes exatamente a oportunidade de mudança e, por isso mesmo, insatisfação na atividade que desempenham. A rotina – entendida dessa forma – anda de mãos dadas com o “tédio”, pois, muitas vezes, este é conseqüência daquela, e pode provocar no

profissional da Medicina uma insatisfação crescente e, em casos extremos, uma profunda depressão. Um dos piores efeitos de uma situação como essa seria o médico negligente que já não sente prazer no que faz – seja em seu consultório, seja no hospital onde clínica.

Com relação a esta análise, o autor apresenta o octógono:



Pais afirma que “rejeitadas no modo do ‘parecer’, por vezes com indignação retórica, essas concepções subsistem no modo do ‘ser’. Detectam-se dois ciclos: o primeiro, da ‘assunção da responsabilidade’ e, o segundo, ‘deterioração da relação’, principalmente no campo da afetividade e no campo da atividade – e é possível que se chegue ao ponto de uma ‘ruptura’ no caso de a relação assinalada pela dêixis negativa tornar-se insuportável” (1999:163). Dessa forma, o primeiro ciclo diria respeito, no campo da Medicina, à passagem do estágio de estudante para residente e, daí, para médico especialista. Na relação médico-paciente, teríamos o primeiro grau como sendo o da primeira consulta, em que um indivíduo procura um médico por qualquer problema ou mesmo por rotina; após essa primeiro contato, dependendo do médico, a “assunção da responsabilidade” seria configurada pelo pedido de exames, e o devido retorno com data marcada.

A relação médico-paciente pode vir a cair na chamada “deterioração” por motivos diversos, inclusive pelo desgaste provocado pela própria convivência acentuada entre as duas partes envolvidas no tratamento, ou seja, o profissional da Medicina e aquele que procura o médico e que precisa de tratamento. Logicamente, o tempo de convivência dependerá da gravidade da doença constatada e mesmo da complexidade do tratamento. Há casos de enfermidades nos quais o médico procura não perder seu paciente de vista, como nas ocorrências de câncer, por exemplo, em que a doença é debelada, mas o paciente deve sempre retornar, de tempos em tempos, para um acompanhamento médico.

Esse desgaste ou “deterioração” pode, também na relação médico-paciente, vir a resultar numa “ruptura” em casos extremos. Fragilizado que está, o paciente pode esperar mais do que o médico pode lhe oferecer em termos de cura e bem-estar. Em dada situação, uma procura desesperada pelo alívio de sua dor ou mesmo um alento para seus males pode fazer desse paciente um indivíduo apaixonado por seu médico – no caso de este profissional ser bem sucedido no tratamento empregado –, mas também um paciente que rejeite profundamente o profissional da Medicina porque este não consegue curá-lo. O fato é que, quanto mais um tratamento persistir, maiores as chances de um desgaste na relação entre um paciente e seu médico; e o contrário também é verdadeiro, uma vez que, como assinala Pais, “na cultura e na sociedade atuais, o permanente e duradouro são tidos como ‘disfóricos’; o provisório e o temporário, como ‘eufóricos’” (1999:163), teoria na qual pode, perfeitamente, enquadrar-se a relação estudada nesse trabalho.

CAPÍTULO IV – O MÉDICO VISTO COMO UM HERÓI – A SAGA DE UM PROFISSIONAL

“...Temos apenas que seguir a trilha do herói, e lá, onde temíamos encontrar algo abominável, encontraremos um deus...” (Joseph Campbell)

É fato que o desconhecido provoca, como primeira reação, o medo, o temor, a cautela, para se dizer o mínimo. Quando o desconhecido refere-se à saúde ou, pior, à possibilidade de morte, o ser humano é tomado de sensações terríveis advindas de seu senso ou instinto de sobrevivência.

Diante desse quadro de profunda insegurança, o profissional da Medicina surge como aquele que poderá restabelecer o estado inicial de seu paciente e, com isso, restituir-lhe a paz. Sob esta óptica, somos remetidos ao conceito de Campbell sobre o “herói mitológico”, “presente em todas as culturas de todos os tempos em todas as regiões do globo” (1988: 130).

Jung junta-se ao professor norte-americano ao afirmar que o mito do herói é o mais conhecido e o mais comum em todas as partes do mundo, em todas as culturas, em todas as sociedades. O médico suíço afirma que “isto quer dizer que guardam uma forma universal mesmo quando desenvolvidos por grupos ou indivíduos sem qualquer contato cultural entre si” (1964:110). Aonde quer que se vá, ouve-se sempre a mesma história do “herói de nascimento humilde, mas milagroso; provas de sua força sobre-humana precoce, sua ascensão rápida à notoriedade, sua luta triunfante contras as forças do mal, sua falibilidade ante à tentação do orgulho (hybris) e mesmo seu declínio, seja por motivo de traição ou por um ato de sacrifício heróico”(1964:110).

O mito do herói poderá ser encontrado, também, na exploração de nosso inconsciente, já que, segundo Jung, o mais fundo que podemos

alcançar na exploração da mente humana leva-nos à constatação de que, lá, o homem deixa de ser um indivíduo para “fundir-se à mente da humanidade, na qual somos todos iguais”, pois “assim como os corpos físicos têm semelhanças, com meras diferenças individuais, assim também as mentes têm semelhança básica” (2003:39). E, dentro desse receptáculo, haverá padrões específicos, comuns a todos os seres humanos, comportamentos identificáveis em todos os homens, aos quais Jung deu o nome de “arquétipos”.

Assim, é perfeitamente possível pensar-se no conceito que se tem do médico como um conceito-padrão e arquetípico, já que, desde as sociedades mais antigas, a figura do “homem superior”, capaz de curar, esteve sempre presente. Desde o xamã até o médico do século 21, o homem ligado à cura sintetiza as esperanças de um grupo social no que diz respeito à divindade e ao poder “acima do comum”. Jung, porém, adverte que “nenhum arquétipo pode ser completamente explicado ou descartado – o melhor que podemos fazer, e o que fazemos, é passar para frente o sonho do mito e dar-lhe uma vestimenta moderna. E seja o que for que a explicação ou a interpretação faça com ele, o mesmo fazemos também em nossas próprias almas, com resultados correspondentes para nosso próprio bem-estar” (Hoffman, 2005:76).

Assim, imaginar o médico como uma personagem componente do chamado “inconsciente coletivo” não seria nenhum absurdo, já que é um comportamento padrão a busca da saúde, desse bem-estar ao qual se refere Jung. Sob esse prisma, o profissional da Medicina encaixa-se perfeitamente como uma imagem que esteve presente “desde sempre” nas sociedades arcaicas, com seus rituais de rezas e cantos - ou nas sociedades modernas, em que esses “rituais” tomam a forma de consultas que se realizem em modernas salas com aparelhagem de última geração. Não se pode negar que uma consulta médica seja um ritual e, como afirma

Campbell, “o ritual é a representação de um mito... ao participar de um ritual, você participa de um mito” (1988:135).

Reforçando o aspecto heróico que muitos insistem em enxergar no profissional de Medicina, pode-se citar Campbell, segundo o qual, a figura do herói diz respeito àquela personagem que “descobriu ou realizou alguma coisa além do nível normal de realizações ou de experiência” (1988: 131), sendo, por isso mesmo, a figura central de uma narrativa. A definição parece extrapolar o âmbito da mitologia quando se pensa no médico como aquele que completa o percurso de realização e formação do próprio herói. De acordo com o professor norte-americano, são três as etapas para que essa personagem se forme. A primeira diz respeito à “partida”, isto é, à negação de um estado inicial em que exista uma determinada insatisfação, quando atitudes devem ser tomadas para que esse estado se modifique. O herói, então, partirá rumo ao seu destino de conquistas e feitos.

A segunda fase está configurada com a “realização”, ou seja, a concretização do feito heróico propriamente dito – e, aqui, obviamente, pode-se pensar de maneira metafórica, e não necessariamente nos conceitos das sociedades primitivas em que o herói era aquele de quem se esperava a vitória numa guerra contra outra tribo ou nação.

A terceira parte da saga do herói seria representada pelo regresso, já vitorioso, trazendo aquilo que foi conquistar, longe dos seus, para os seus, em função dos seus. Depois, a volta aclamada, respeitada, glorificada e esperada. Segundo Campbell, essa estrutura já pode ser sentida em vários momentos de nossas vidas, ainda que não estejamos inseridos nas sociedades em que a guerra era vista como uma necessidade e motivo de orgulho. Afirma ele que “o sentido espiritual dessa aventura já pode ser detectado na puberdade ou nos rituais de iniciação das primitivas sociedades tribais, por meio dos quais uma criança é compelida a desistir

de sua infância e se tornar um adulto – para morrer, dir-se-ia, para sua personalidade e psique infantis e retornar como adulto responsável(...) Evoluir dessa condição de imaturidade psicológica para a coragem da auto-responsabilidade e confiança exige morte e ressurreição. Esse é o motivo básico do périplo universal do herói – ele abandona determinada condição e encontra a fonte da vida, que o conduz a uma condição mais rica e madura” (1988:132).

Impossível, diante de tal definição, não relacionar essas palavras ao vestibular como um ritual de passagem de uma fase de “imaturidade” (em que os pais são responsáveis por tudo o que se passa com o adolescente) a uma outra, na qual o jovem depara com a competitividade por uma boa faculdade, a luta para conclusão de seu curso (no caso, Medicina), além da procura e do desejo de se firmar como um médico competente.

Ao se analisar a estrada percorrida por um jovem que queira ser médico, as três fases acima descritas por Campbell são facilmente notadas, uma vez que, num primeiro momento, o jovem “sai” em busca de seu sonho – a conquista de uma vaga na universidade e em um curso altamente concorrido (às vezes, essa saída não é metafórica, pois o jovem vai, mesmo, para outra cidade ou Estado, afastando-se de sua família). Campbell ensina que “a façanha convencional do herói começa com alguém a quem foi usurpada alguma coisa, ou que sente estar faltando algo entre as experiências normais franqueadas ou permitidas aos membros da sociedade” (1988:31). Nesse caso específico, são muitos os jovens que sentem vocação e voluntariedade para fazerem o bem com a prática médica.

Após isso, apresenta-se a “aventura em si”, ou seja, o próprio curso de Medicina, com o qual se abre todo um universo novo ao jovem calouro que, agora, diante do “dragão” (como quer Campbell) chamado faculdade, deverá ir até o fim em sua conquista. Este deve ser o momento de maior

dedicação do futuro médico, aquele que sonha em curar, em ajudar e fazer o bem. Campbell nos fala de um herói que “parte numa série de aventuras que ultrapassam o usual, quer para recuperar o que tinha perdido, quer para descobrir algum elixir doador da vida” (1988:132). Essa aventura mais será respeitada quanto mais humilde for a família desse jovem, que, muitas vezes, não mede sacrifícios para vê-lo formado.

Nessa estrada, os testes, experiências e provações também estarão presentes, uma vez que não se faz um herói sem esses componentes. No caso específico de um estudante de Medicina, esses empecilhos a serem vencidos não se limitam ao curso exclusivamente, mas a todos os obstáculos que virão – desde o fato de o curso ser em tempo integral (o estudante não poderá trabalhar de imediato para custear suas despesas, por exemplo) até o problema de alojamento, transporte, livros, refeições etc. Campbell mostra o propósito de tais provações: “Elas são concebidas para se ver se o pretendente a herói pode realmente ser um herói. Será que ele está à altura da tarefa? Será que é capaz de ultrapassar os perigos? Será que tem a coragem, o conhecimento, a capacidade que o habilitem a servir?” (1988:133).

A terceira fase da “saga do herói”, isto é, o retorno, diria respeito ao próprio exercício da Medicina, especialmente se o jovem médico sacrificar seus dias em intermináveis plantões, exercendo sua profissão em hospitais públicos sem qualquer condição de socorro e assistência aos que lá chegam procurando a cura de seus males. O herói retorna trazendo o conhecimento, a capacidade de ajudar, aquilo que fazia falta àquela comunidade carente e sem recursos. Esse, sim, é o quadro diante do qual o jovem médico muitas vezes se vê.

Campbell postula que a verdadeira provação se faz presente no momento do “retorno”, comprovando, por vias indiretas, o que muitos médicos têm como um princípio na profissão: o sétimo ano de Medicina

seria o “mais difícil de todos”, ou seja, a prática médica, a convivência com o doente e com os problemas do dia-a-dia. Segundo o escritor norte-americano, “ao se dar conta do verdadeiro problema – perder-se, doar-se a algum objetivo mais elevado, ou a outrem – percebemos que essa, em si, é a provação suprema. Quando deixamos de pensar prioritariamente em nós mesmos e em nossa autopreservação, passamos por uma transformação de consciência verdadeiramente heróica. Vínhamos pensando de um certo modo, agora temos de pensar de um modo diferente” (1988:131). Parece lícito afirmar que, diante dos problemas enfrentados no cotidiano de um hospital, os obstáculos antes surgidos na faculdade tomam proporções sempre bem menores.

Dessa forma, o percurso do herói-médico, delineado pela tradição do ensino e da formação médica, seria exatamente este: à “partida”, para usar o termo de Campbell, poderia ser relacionada sua ida para a faculdade, a própria busca do saber; à “realização”, estaria ligada a formação e a conquista da licença e do próprio “saber-fazer” do médico, com o qual o jovem busca ajudar e assistir aqueles que dele precisam; por fim, ao “regresso”, está relacionado o próprio poder de cura, isto é, o “poder-fazer” do profissional que, agora, está apto, na prática e de acordo com a lei, para clinicar e, este é seu maior objetivo, curar.

Se se levar em consideração, como escreve Campbell, que todo ato heróico tem um “objetivo moral” (1988:134), então o médico, como concebido desde os primórdios da Medicina na Grécia (no caso da civilização ocidental), pode ser encarado como aquele que, finalmente, tem por finalidade o objetivo moral de “salvar um povo, ou uma pessoa, ou uma idéia”, pois “o herói se sacrifica por algo, e aí está a moralidade da coisa” (Campbell, 1988:135).

O quadro acima desenhado tem suas implicações e conseqüências para o indivíduo que exercerá essa profissão tão nobre e respeitada por

todos: ao se encarar o médico como um herói, ou seja, aquele que “foi buscar a solução”, que saiu de sua condição cômoda, que tomou uma atitude e voltou vitorioso, recaem sobre ele responsabilidades que talvez não fizessem parte de seus planos ou mesmo que não deveriam recair sobre um ser humano sujeito a erros como qualquer outro. E as exigências aumentam na mesma proporção das carências da população que será atendida por esse médico – impossível não pensar no Brasil como um país profundamente carente de saúde e de assistência médica.

Agora, aquele que voltou com o poder de solucionar vê-se diante de um impasse, uma vez que quem voltou não é mais aquele que foi, houve transformações no modo de encarar e analisar o mundo ao seu redor. O médico formado não é mais aquele garoto que, entusiasmado, adentrou a faculdade de seus sonhos – ele, ao sair, tem diante de si uma realidade bastante adversa. Campbell se refere ao impasse quando escreve que “o herói deixa o mundo onde está e se encaminha na direção de algo mais profundo, mais distante ou mais alto. Então, atinge aquilo que falta à sua consciência, no mundo anteriormente habitado. Aí surge o problema: permanecer ali, deixando o mundo ruir, ou retornar com a dádiva, tentando manter-se fiel a ela, ao mesmo tempo em que reingressa no seu mundo social. Não é uma tarefa das mais fáceis” (1988:137).

O impasse acima descrito parece resumir muito do conflito enfrentado por aqueles que, ao começarem a exercer a profissão de médico, têm pela frente o choque causado por um Sistema de Saúde público em “tradicional colapso”, e retorna-se, assim, ao pensamento muito difundido entre os profissionais da Medicina sobre o sétimo ano ser o mais difícil da vida de um jovem médico.

Por outro lado, é preciso que se diga que o “retorno do herói” nem sempre é comemorado como se espera: o que foi buscar a solução volta também transformado e pensando diferentemente dos seus, aqueles que

ficaram com suas antigas doutrinas e crenças. Como trazer para essa comunidade as novidades descobertas em outras terras e conseqüentes do contato com outras culturas? Como exemplo mais evidente, entre tantos outros, fica a questão da própria Bioética ao ter de lidar com determinada religião e as inovações propostas pelas descobertas científicas. Assim, a volta do herói nem sempre é festejada – pelo contrário, pode ser motivo de conflitos, enfrentamentos e choques.

O jovem médico, ao sair da faculdade, viverá intensamente o contato com o paciente que o procurará, muitas vezes, depositando em suas mãos todas as esperanças de cura. A relação médico-paciente remete-nos, também, ao conceito que Jung prega sobre “persona”, ou seja, o resultado das demandas feitas pela sociedade. O médico suíço exemplifica escrevendo que se espera de um médico que ele “aja de uma certa forma, saiba se comportar junto ao leito dos enfermos exatamente como as pessoas esperam que ele se comporte. Ele pode até se identificar com esse modo e acreditar que é o que aparente ser... e se não tiver um determinado modo de ser, as pessoas não acreditarão que é um médico” (2003:86-87). Poderá haver, no entanto, um conflito entre o que é exigido e o que gostaríamos de ser ou de parecer – o resultado disso é que a chamada “persona” vem a ser um complexo sistema de comportamento, parcialmente ditado pela sociedade e parcialmente ditado pelas próprias expectativas ou desejos que alimentamos em nosso interior.

Intensificando esse conflito, Jung nos fala sobre a teoria da “sombra”, aquela que “personifica tudo o que o sujeito recusa-se a admitir sobre si próprio, e no qual, entretanto, está sempre tropeçando, direta ou indiretamente, como traços inferiores de caráter, por exemplo” (2003:90). O conceito de “sombra” faz lembrar, novamente, que a Bioética vem a ser, em última análise, a censura ou um apelo ao bom senso do médico para que, mesmo que ache correto, estude o procedimento a ser adotado, pois

esse procedimento pode ferir os princípios de um paciente ou de toda uma sociedade.

Na verdade, muitos escondem suas “sombras” por trás de suas atividades no dia-a-dia. Jung é taxativo ao afirmar que “a identificação com uma profissão ou com um título é, na realidade, muito atraente e é por isso que tantas pessoas resumem-se no decoro concedido a elas pela sociedade; a profissão, muitas vezes, funciona como uma capa exterior, pois oferece uma compensação fácil para eventuais deficiências pessoais” (2003:112). O profissional da Medicina que não tiver a mínima identificação com sua profissão certamente procurará abrigo no título de médico – e no prestígio que essa profissão pode lhe trazer. Jung afirma que a “persona”, então, vem a ser o resultado do compromisso que o indivíduo assume perante a sociedade em que vive: assume um nome, ganha um título, exerce uma função – elementos secundários quando se trata da individualidade essencial da pessoa em questão.

Nesse estágio de reflexão, vale lembrar Campbell, que também afirma não haver herói sem transformação, sem busca, sem que desça às trevas e volte renovado. Essa “descida às trevas” poderia muito bem se relacionar àquele dia-a-dia do médico que dá plantões em hospitais públicos, nas periferias das grandes cidades, sem condições mínimas de trabalho e que, mesmo assim, vê-se obrigado a salvar vidas e levar melhores condições aos habitantes dessas regiões – realidade já referida em outras passagens desse trabalho e que não se constitui em novidade para ninguém. Da mesma forma, essa “descida às trevas” poderia muito bem ser entrelaçada com os escândalos da política relativos ao desvio de verbas destinadas à Saúde, mas que nunca chegam aos hospitais públicos. Essa “descida às trevas” poderia significar, em última análise, a constatação de que o “dragão” da profissão (e todas as profissões têm os

seus dragões) diz respeito mais às condições em que a Medicina será exercida do que propriamente ao modo como ela será posta em prática.

Jung afirma que “o principal feito do herói é superar o monstro da escuridão, ou seja, o triunfo da consciência sobre o inconsciente” o que, segundo o médico suíço, resultará “no fardo, no sofrimento, na doença” (2003:124), no saber-se efêmero, passageiro e frágil. O médico-herói de quem se fala e se escreve é, em suma, aquele que trará ao paciente a consciência de seu mal e o que deve ser feito para saná-lo – de forma responsável e cautelosa.

Ao abordar o problema do futuro que aguarda o herói, Campbell levanta a questão de se estar ou não “à altura do destino que aguarda esse herói”. Diz ele que a dúvida é shakespereana: “Hamlet não estava à altura de seu destino, pois lhe concederam um destino grandioso demais, e isso o fez em pedaços. Isso também acontece” (1988:161). Jung, por sua vez, acrescenta que, na relação médico-paciente, obviamente, um médico conhecerá pessoas que o influenciarão de modo intenso: “Ele encontra personalidades que nunca provocam o interesse do público, mas que, no entanto, ou por isso mesmo, possuem qualidades incomuns – uma relação íntima é necessária para que a clínica seja efetiva; tão íntima que o médico não possa fechar seus olhos às alturas e às profundidades do sofrimento humano. Esse relacionamento consiste, afinal, em comparação constante e em mútua compreensão no confronto dialético de duas personalidades – se isso acontecer, há grandes chances de a cura ser alcançada, dependendo, é claro, da enfermidade” (2003:179).

Ainda sobre a conduta do médico na relação com seu paciente, Jung escreve que “pouco se fala do heroísmo escondido no cotidiano do médico, um cotidiano que faz exigências corriqueiras à sua paciência, à sua devoção, perseverança e auto-sacrifício. E, para atender a essas exigências, o médico tem de ser capaz de um heroísmo que não pode ser

visto de fora – ele não brilha e não é elogiado” (2003, 246), palavras extremamente sábias e atuais ainda, visto que normalmente se noticiam casos de negligência ou erro médico, e pouco ou quase nada se fala de acertos e dos “atos heróicos escondidos no dia-a-dia”.

Jung ainda afirma que, se o médico deseja ajudar um ser humano, deve ser capaz de aceitá-lo como ele é. E pode fazer isso, na realidade, quando já se viu e aceitou a si próprio em essência, reconhecendo suas próprias limitações e falhas, ao contrário do que muitos, erroneamente, possam pensar - que o “herói-médico” tenha de estar à altura de tudo aquilo que dele se espera.

Novamente, a comparação com os antigos xamãs é evidenciada: um dos papéis dessas antigas personagens era o de reintegrar o indivíduo, vítima de qualquer malefício, ao seu grupo social, uma vez que esse mesmo indivíduo, em consequência desse malefício, estava condenado ao isolamento, a viver à parte, afastado do convívio com seus semelhantes, pois era considerado fonte não apenas de perigo, como também fonte de morte para seu círculo – cabia ao xamã curá-lo e, ao assim proceder, restituir-lhe a possibilidade de reintegração à tribo.

Diante de tal situação, vale lembrar Ludvik, segundo o qual a doença só se agravava com o isolamento, uma vez que “a integridade física não resiste à dissolução da personalidade social” (2005:11). O papel do xamã, portanto, cobre-se de maior gravidade e responsabilidade pelo fato de depender dele a reintegração daquele que, isolado, sente-se fragilizado e ainda mais apto a sucumbir com sua enfermidade. Impossível, a esta altura, não pensar nas vítimas da Aids que, diante do isolamento físico e moral a que estão sujeitos, enfrentam, não raras vezes, o agravamento da doença exatamente pela solidão e pela rejeição, advindas do preconceito.

Dessa forma, como o antigo xamã, também o médico das chamadas sociedades modernas tem como missão não só a cura, mas a procura pela reintegração da pessoa doente ao seu grupo social. Constata-se, assim, que, quando o tema é a expectativa de cura, são grandes as semelhanças entre o que se pensava nas sociedades primitivas e o que se pensa hoje, apesar de toda a evolução e progresso que o homem moderno alcançou.

O “papel do coletivo” é enfatizado por Batista quando escreve sobre o chamado “complexo xamanístico”: segundo ele, o ritual que envolve o processo de diagnóstico e cura em uma sociedade primitiva baseia-se numa tripla experiência. “a do próprio xamã que, se sua vocação é real (e, mesmo se não o é, somente pelo fato do exercício), experimenta estados específicos, de natureza psicossomática; a do doente, que experimenta ou não uma melhora; e, enfim, a do público, que também participa da cura, e cujo arrebatamento sofrido, e a satisfação intelectual e afetiva que retira, determinam uma adesão coletiva que inaugura, ela própria, um novo ciclo. Mas vê-se que esse ritual se organiza em torno de dois pólos – um formado pela experiência íntima do xamã; o outro, pelo ‘consensus’ coletivo” (2003:37).

É evidente que parte desse mesmo processo se verifica também nas sociedades modernas por ocasião de um acompanhamento médico: ao tratar um paciente (a exemplo do xamã), o médico oferece uma espécie de “espetáculo” público e uma demonstração de seu ato heróico de cura e poder sobre a doença. Batista, a exemplo de Campbell, refere-se ao ato de cura (do xamã e do médico) como a “repetição do chamado”, isto é, a crise inicial que lhe forneceu a revelação de seu estado, no caso do curandeiro; e a crise inicial que fez o jovem estudante sair, buscar e voltar com a cura, no caso do médico moderno. Tanto um quanto o outro, em seus respectivos grupos sociais, promovem o “espetáculo da cura” como a mostrarem de que são capazes e por que devem ser respeitados.

Comparando os dois pólos opostos, mas complementares, Batista analisa a relação xamã-paciente da mesma forma como poderíamos analisar, hoje, a relação médico-paciente em nossa sociedade. Segundo o autor, “o par feiticeiro-paciente encarna, para todo o grupo, de modo concreto e vigoroso, um antagonismo próprio a todo pensamento, mas cuja expressão normal permanece vaga e imprecisa: o doente é passividade, alienação de si mesmo. O feiticeiro é atividade, extravasamento de si mesmo, como a afetividade é a nutriz dos símbolos. A cura põe em relação esses pólos opostos, assegura a passagem de um a outro, e manifesta, numa experiência total, a coerência do universo psíquico, ele próprio projeção do universo social” (1956:39).

Seja qual for o cenário em que se desenvolva a ação de cura, o xamã e o médico moderno encarnam as esperanças de volta a uma vida “normal” por parte daquele que se encontra enfermo e, por isso mesmo, à parte, sem participar mais do processo social. Ao alcançar seu intento, ambos atingem o prestígio e o respeito das sociedades a que pertencem. No caso específico do médico, profissional motivador dessa pesquisa, céu e inferno se separam por uma tênue linha, pois, quando consegue corresponder a toda essa expectativa, é alçado à condição de semi-deus; quando não consegue, pode se sentir extremamente frustrado diante do pior que pode acontecer com seu paciente: a morte.

E, diante dela, constatada sua impotência e limitação, poderá ser levado a pensar e agir como o médico Guimarães Rosa que, perplexo e incapaz de suportar a perda de um paciente, abandonou a Medicina e virou herói nas Letras e na Diplomacia; ou poderá persistir, continuar lutando, para, com seu conhecimento, tentar restabelecer a saúde de um corpo ou de uma mente doente – e virar herói no campo da cura.

CAPÍTULO V – DA METODOLOGIA DE TRABALHO

V. 1. A SEMIÓTICA DE GREIMAS E PAIS

A Semiótica é a ciência que se propõe a investigar todas as linguagens possíveis – tem por finalidade a análise de todos os fenômenos que se constituem em canais pelos quais se produzem significados e sentidos. Dessa forma, seu campo de atuação é extremamente vasto e sua ligação com outras áreas de atuação do homem não pode ser esquecida.

Algirdas Julien Greimas (1917-1992), introduziu um semiótica profundamente marcante com seu *Semântica Estrutural*, livro de 1966, tornando-se obra central da renomada Escola de Paris. Embora suas teorias possam ser notadas em vários campos – como na pintura, na teologia, no Direito e nas Ciências Sociais -, o ponto central da Semiótica greimasiana é o estudo do discurso com base na idéia de que uma estrutura narrativa se manifesta em todos os tipos de discurso. O chamado “Modelo Gerativo de Semiótica Textual”, então, objetiva explicar a geração de discursos de qualquer sistema, levando-se em conta o que Greimas chamou de “três áreas gerais autônomas” da análise semiótica textual: “estruturas sêmio-narrativas, estruturas discursivas e estruturas textuais” (1979, 157-160).

Segundo Greimas, “a trajetória gerativa estuda o discurso no plano do conteúdo, com as estruturas sêmio-narrativas e as estruturas discursivas”, sendo que “o processo gerativo começa em um nível profundo com estruturas elementares e se estende a estruturas mais complexas em níveis mais elevados. Toda trajetória descreve estruturas que governam a

organização do discurso anterior à sua manifestação numa língua natural dada (ou em um sistema semiótico não-lingüístico)” (1979:107).

No nível profundo, aparecem a semântica e a sintaxe fundamentais: a semântica fundamental contém categorias elementares que se articulam em oposições semânticas e constituem relações lógicas elementares em forma de quadrados semióticos; no nível superficial, a sintaxe narrativa analisa a estrutura dos chamados sintagmas narrativos elementares, ou programas narrativos. É nesse nível que aparecem as ações dos sujeitos humanos, em que os actantes principais são o “sujeito” e o “objeto”: tem-se uma relação de disjunção por ocasião da separação desses elementos; e uma relação de conjunção na união deles. Assim, segundo Nöth, “disjunção, transformação e conjunção de actantes são as fontes básicas de qualquer desenvolvimento narrativo” (1996:168).

Segundo Greimas, a análise textual deve ser feita levando-se em consideração seu sentido total e como foi produzido, pois a cultura em que o texto está inserido é de extrema importância para sua compreensão.

Pais, por sua vez, define a Semiótica como “Ciência da Significação”, com a qual o homem pode analisar e estudar os sistemas semióticos “verbais, não-verbais e complexos ou sincréticos” (1993:57-58). O autor vê, nos estudos semióticos, a possibilidade de se analisarem as estruturas discursivas, frásticas e transfrásticas; de actantes e atores; de percursos e enunciados.

V.2. A NARRATIVA COMPOSTA POR MÉDICO E PACIENTE

Na relação entre um médico e seu paciente, temos um sujeito que atua na busca de um objeto de valor comum a um outro sujeito – os dois

estão, de início, em disjunção com o objeto maior de valor da Medicina: a cura, o restabelecimento da saúde de um desses sujeitos - aquele que se encontra doente. Para que a jornada em busca de tal objeto se inicie, o médico terá de persuadir seu paciente a seguir seus conselhos, receitas e dietas alimentares; terá de “fazer fazer” seu paciente respeitar suas orientações, bem como proibições e vetos.

De um lado, um sujeito que detém o “saber fazer” médico e que, por isso mesmo, exercerá sobre o outro seu poder de persuasão; o paciente, por sua vez, manterá com esse médico uma relação de submissão quanto mais acreditar que esse médico quer e pode lhe restituir o objeto de valor perdido. Instaura-se, dessa maneira, o “percurso narrativo” que pode ser constatado sempre que alguém procura um médico e depende desse para recuperar a saúde que perdeu.

Não é exagero afirmar, como já foi dito neste trabalho, que toda consulta médica constitui um “ritual” marcado pelas atitudes dos participantes, bem como pela vestimenta do médico, por seus instrumentos, por sua autoridade, até pelo mobiliário que compõe seu consultório ou o hospital em que clínica. Em vista disso, um tratamento médico começa com um ritual e passa a ser uma relação na qual os sujeitos traçarão um percurso narrativo passível de análise segundo os princípios e teorias apregoadas por Greimas.

Uma vez que a semiótica visa à análise de um processo caracterizado por relações e funções ordenadas e hierárquicas em direção à organização dos sistemas de significação, cumpre salientar que a relação médico-paciente fornece, ela também, elementos que permitem a observação de uma seqüência de “programas narrativos” interessantes e de grande importância numa época em que a Medicina marcha com orgulho rumo a curas jamais conquistadas, ao mesmo tempo em que o médico preserva seu prestígio como aquele que detém o conhecimento dessa cura.

Um caso médico revela, sempre, uma visão de mundo do médico e do paciente envolvidos em dada relação: é a articulação entre “equilíbrio-desequilíbrio-equilíbrio” de que fala Pais (1979:103-104), articulação que assegura a continuidade de uma comunidade determinada e lhe permite reconhecer-se sempre como idêntica como ela mesma, apesar de mudanças constantes. Uma relação médico-paciente, de início, é sempre um ritual conhecido, uma narrativa já vista, mas que guarda suas particularidades, pois cada caso é um caso.

Pelo fato de a Semiótica ser uma ciência multidisciplinar, a análise que faz de determinado universo envolve outros campos da atuação humana. Ao se processar uma análise semiótica do universo da Medicina, outros valores devem ser pensados e levados em consideração, como a Bioética, por exemplo, uma vez que não se faz ciência sem se considerarem limites e fronteiras de atuação. No caso específico do médico, as qualidades necessárias para o bom profissional seriam, segundo os mandamentos hipocráticos: “disposição natural para a profissão, dedicação ao estudo e ao trabalho e um ambiente favorável para a prática da Medicina”, além de “altruísmos, reserva, pudor e respeito pela vida humana” (Scliar, 2002:31).

Neste começo de século, discute-se com freqüência o progresso da ciência, bem como os limites que a religião, a cultura e a moral podem impor à atuação de um médico. O universo cultural do paciente pode, ele mesmo, ser um obstáculo para o profissional de Medicina que se propõe a empregar determinada tecnologia para a cura de determinada doença. Semioticamente, é possível analisar esse universo e as narrativas para que se compreenda a “visão de mundo” tanto de médicos quanto de seus pacientes.

Outro aspecto aqui abordado diz respeito à própria figura do médico – e encontramos nas palavras de Campbell e de Jung o respaldo para

afirmarmos que esse profissional é considerado, desde as sociedades mais primitivas, como um representante do “poder sobrenatural” de cura, de alívio da dor e de inclusão do doente ao seio de sua comunidade. Então, neste trabalho, Antropologia, Medicina e Sociologia forneceram, alternadamente, subsídios para a análise semiótica da relação médico-paciente.

V.3. CRITÉRIOS NA DEFINIÇÃO DO CORPUS E SUA ANÁLISE

Por ocasião do Exame de Qualificação, apresentei um relato médico com a respectiva análise semiótica e fui orientado a acrescentar outros dois casos, totalizando três que, na opinião da banca, seria um bom número para que se mantivesse claro o propósito deste trabalho. Como já foi dito, não foram citados os nomes dos médicos, nem dos pacientes, a fim de respeitar a privacidade de cada um deles.

De início, várias opções se apresentaram, pois conseguimos conversar com vários médicos que, gentilmente, se dispuseram a ajudar-nos com relatos que caberiam na pesquisa. Consideramos que o caso narrado pelo ortopedista M. A. ia ao encontro do que tínhamos em mente para exemplificar uma relação de um médico com seu paciente na qual o tratamento tivesse tomado rumos inesperados para o médico. Vimos, em seu relato, todo um percurso narrativo que ilustraria perfeitamente nossa hipótese para o presente trabalho.

Agimos do mesmo modo com os três médicos cujos casos são relatados aqui. Primeiramente, explicamos a eles, pessoalmente, o teor de nossa pesquisa e se não possuíam casos que pudessem se analisados neste trabalho. Demos, a cada um deles, um prazo de quinze dias para

que pudessem pensar, procurar em seus arquivos e redigir os relatos – uma vez que preferimos o texto escrito ao texto falado e gravado.

Devemos salientar que a clareza de seus textos e o bom português foram fatores que facilitaram muito nossa análise – na verdade, alguns deles enviaram-nos narrações confusas ou repletas de termos técnicos, o que dificultaria muito nosso trabalho e a interpretação de quem lesse aqueles relatos. Optamos por aqueles que estavam bem escritos, com uma linguagem simples, mesmo que contendo um ou outro termo técnico necessário para que se compreendesse a história.

Um dos textos foi-nos enviado por e-mail – o da médica M.C.S., pelo fato de, segundo ela, ser-lhe mais fácil e conveniente. Os outros dois textos foram-nos entregues em mãos.

Além dos três casos analisados, obtivemos mais cinco, porém constatamos serem relatos em que faltavam alguns elementos: ora os médicos não se lembravam de detalhes importantes para nossa pesquisa; ora não conseguiam ser claros em seus relatos; e ora não entendiam bem o que precisávamos ter em mãos para analisar. Depois de ler os oito relatos, decidimo-nos pelos três que compõem o *corpus* desse trabalho e escolhemos três médicos de especialidade diferentes: um ortopedista, um cirurgião de cabeça e pescoço e uma cardiologista (ao todo, mantivemos contato com dois ortopedistas, dois cardiologistas, um pediatra, dois cirurgiões de cabeça e pescoço e um otorrinolaringologista).

Os três médicos cujas histórias foram escolhidas interessaram-se em ler as análises que fizemos de seus casos. Como não são conhecedores do assunto (Semiótica), ficaram intrigados e, por fim, tivemos uma longa conversa com cada um deles sobre os relatos e sobre minha própria pesquisa. Pudemos notar que o que mais os surpreendeu foi a ligação que

fizemos da Medicina com a Semiótica a partir das teorias estudadas e dos relatos fornecidos por esses profissionais.

Em cada um dos casos, pudemos identificar os sujeitos, bem como seus Programas Narrativos, os Estados Iniciais, os Estados de Transformação e os Estados Finais por que passaram esses sujeitos, além das leituras possíveis de acordo com a Tematização, ou seja, os traços semânticos que puderam ser notados ao longo da narrativa.

Octógonos semióticos previamente formulados por Pais (1999) foram adaptados ao universo da Medicina, e pude, assim, ilustrar como se deu, em cada história narrada, a complexa relação médico-paciente.

CASO I

Identificação do paciente

J.R.O.

Sexo: Feminino

Data de nascimento: 25.08.1986

Natural de Piqueti, S.P.

Relato de M. A., ortopedista e fisiatra da AACD (Associação de Assistência à Criança Deficiente), 35 anos, médico há 12, exercendo a medicina em instituição privada há sete anos, especialista em reabilitação de lesados medulares.

Em fevereiro de 1994, a referida paciente apresentou fortes dores abdominais e quedas freqüentes associadas a uma febre com diagnóstico de processo infeccioso (abscesso) em sistema nervoso (região medular), submetida a tratamento cirúrgico (limpeza) associado a antibioticoterapia. O diagnóstico foi de paraplegia incompleta em nível sensitivo T4 – sensibilidade intacta até a região dos mamilos.

Após avaliação inicial na AACD, ocorrida no dia 26 de maio de 1995, a paciente foi enquadrada para tratamento de reabilitação que se estendeu durante todo o ano de 1995. Como seqüelas, apresentava dificuldade na marcha e no controle dos esfíncteres.

Durante retornos ambulatoriais, constataram-se deformidades nos membros inferiores que dificultavam o correto posicionamento e higiene íntima, sendo indicado tratamento cirúrgico ortopédico realizado em abril de 2002 por uma equipe da AACD, em São Paulo. Posteriormente, foi internada novamente para reabilitação pós-operatória sob meus cuidados.

J.R.O., então com 16 anos, iniciou o programa de reabilitação, porém com comportamento estranho em relação a mim, ora agredindo-me, ora requisitando minha presença, tecendo comentários a meu respeito para outros membros da equipe: sua hostilidade, na minha presença, contrastava com seus elogios sobre mim quando não me encontrava junto a ela – fato que pude constatar depois de alguns dias de contato com a jovem. Depois de adotar certo distanciamento da paciente e ouvir opinião de outros membros da equipe de enfermagem, fui levado à conclusão de que, em plena adolescência, misturou a figura do médico – o responsável por sua cura – com a figura masculina idealizada por ela.

Os principais indícios que me levaram a tal pensamento foram, em primeiro lugar, o comportamento inconstante acima citado. Depois, minhas impressões foram se tornando certeza à medida que, aproximando-se a data da alta hospitalar, a paciente começou a faltar às terapias alegando episódios de indisposição, com poucas evidências clínicas de que isso realmente estivesse ocorrendo, pois nem os próprios familiares entendiam o que estava acontecendo.

Certa vez, houve, inclusive, a simulação de um desmaio por ocasião de uma terapia, o qual foi “revertido” imediatamente com minha chegada ao local - a paciente encontrava-se na enfermaria, aprontando-se para submeter-se à terapia daquele dia e, subitamente, segundo relatos da equipe de enfermagem, atirou-se ao chão. Quando cheguei à sala, assim que ouviu minha voz e tomou consciência de que eu a examinava, J.R.O.

“recobrou” os sentidos e, prontamente, levantou-se (talvez, ingenuamente, esquecendo-se de que seria difícil enganar uma equipe médica). Sua imaturidade e uma certa infantilidade tornaram-se evidentes e me dei conta de que eu precisava adotar uma postura bem diferente da que normalmente adotava até então com meus pacientes.

Acredito que, por tratar de pessoas com deficiências físicas, eu deva mostrar a elas o máximo de atenção e consideração – não por pena, mas porque tenho a convicção de que, quando o paciente se sente amparado, sua recuperação é muito mais rápida e seus progressos na locomoção são mais rapidamente atingidos. No caso de J.R.O., eu tive de mudar de postura – estava havendo uma confusão por parte daquela adolescente. Ela confundia minha atenção com uma possibilidade de “algo mais” por parte do médico.

Fazia parte de seu tratamento o treino de marcha com auxílio de órteses (aparelho feito de alumínio e polipropileno, sob medida para cada paciente) e, durante o uso dessas, recomenda-se que o paciente não se apóie nos calcanhares (sob o risco de feri-los). Notei que, ao saber dessa possibilidade, a paciente insistiu em proceder exatamente contra minhas determinações o que, obviamente, culminou com uma lesão de pele na região dos calcanhares. Isso impossibilitou sua alta no tempo previsto. Estou certo de que este foi seu intuito, pois a paciente sabia que, com uma lesão desse porte, teria de permanecer internada – o que me surpreendeu e assustou foi o fato de a jovem chegar ao ponto de se violentar fisicamente para permanecer no hospital e, obviamente, próxima a mim.

Minhas suspeitas se confirmaram porque ela mesma confessou aos terapeutas que não desejava se afastar de mim, configurando-se, assim, uma atitude que extrapolava os limites tradicionais de uma boa relação médico-paciente, prejudicando sensivelmente o tratamento e a possível cura de sua paraplegia

incompleta. Vi-me impotente diante desse comportamento, pois sou ortopedista e fisiatra, não psiquiatra – tudo o que eu almejava era seu restabelecimento físico, já que a parte psicológica não era de minha alçada.

Tive uma séria conversa com a paciente a fim de esclarecer o meu papel em seu tratamento e alertar para o fato de que ela se prejudicava tremendamente ao proceder daquela forma, sob o risco, inclusive, de pôr a perder todo o tratamento até então realizado. Depois disso, a jovem mudou seu comportamento e colaborou para um bom resultado final.

Recebida a alta, em dezembro de 2002, julguei que tudo estava solucionado em relação aos sentimentos da paciente por minha figura; mas, durante os retornos ambulatoriais, que ocorriam, de início, a cada três meses, ela ainda exigia que eu estivesse presente – o que, àquela altura, já não era imprescindível. Isso acontece até hoje e, sempre que pode, pergunta por mim e quer saber se estou desocupado na data de seu retorno.

O caso tornou-se marcante, para mim, principalmente pelo fato de que seu tratamento poderia ter sido mais breve e não o foi porque a mais interessada na cura, até então, colocou seu interesse por mim acima desse objetivo. A cura, para J.R.O., parecia ser um transtorno ou um obstáculo, ao invés de uma solução.

ANÁLISE DO 1º. CASO

Nesta análise, serão observadas e examinadas as estruturas de superfície e a estrutura profunda do caso narrado pelo médico M. A., ortopedista e fisiatra de uma instituição particular - AACD.

Já foi explanado anteriormente que os planos narrativo e discursivo compõem as estruturas de superfície; a sintaxe e a semântica narrativas constituem, dessa forma, o plano narrativo; a sintaxe e a semântica discursivas, o plano discursivo.

Com os encadeamentos tematizados pela semântica discursiva (percursos temáticos), as operações de actorialização, temporalização e de especialização se manifestam (percursos figurativos); assim, as redes figurativas só têm efeito de sentido quando relacionadas pela rede narrativa.

Esses componentes da discursivização estabelecem relações temáticas entre os atores que, qualificados pelo investimento semântico, irão se inscrever nos programas narrativos como sujeitos em relação disjuntiva com seus objetos de valor e estes serão, então, o alvo dos percursos narrativos desses sujeitos.

As operações realizadas para que se alcancem os objetos de valor serão formuladas por transformações estabelecidas nos enunciados de estado pelos enunciados de fazer, em função da competência e da performance apresentadas pelos sujeitos – o que possibilitará ou não a efetivação deste fazer.

Dessa forma, a articulação entre as Estruturas Narrativas e Discursivas definem as Estruturas de Superfície.

As Estruturas Narrativas são formadas pela sintaxe narrativa e pela semântica narrativa do ponto de vista do sujeito. Na sintaxe narrativa, são destacados os programas narrativos, os percursos narrativos e os esquemas narrativos. A semântica narrativa, por sua vez, enfoca a modalização do **fazer** e a modalização do **ser**.

Plano Narrativo 1. Segundo modelo proposto por Greimas, verifica-se que, no caso número 1, o médico M. A. (S1) traça um plano de tratamento para sua jovem paciente J.R.O. (S2) visando à busca de sua cura (objeto valor inicial de ambos). Dotado de um **saber-fazer**, o médico acompanha sua paciente depois de um diagnóstico de “um processo infeccioso em sistema nervoso medular, causador de uma paraplegia incompleta em nível sensitivo T4 – sensibilidade intacta até a região dos mamilos” e indica os procedimentos necessários para que J.R.O. possa se restabelecer. O médico é caracterizado, portanto, por um **crer-poder-fazer** e um **querer-fazer** para transformar o estado inicial de sua paciente, indicando um procedimento cirúrgico e tratamento com antibióticos.

Assim procedendo, o médico procura um **querer-ser** e um **dever-ser** o responsável pela saúde da jovem paciente, a qual, por sua vez, submeter-se-á às suas ordens, caracterizando-se pela combinação modal **querer-ser** tratada e orientada pelo especialista de sua doença.

Na condição de uma pessoa vítima de uma infecção no sistema nervoso e que precisa de uma cirurgia, J.R.O., inicialmente, apresenta-se em disjunção com seu objeto de valor, ou seja, sua saúde. Desta forma, tem-se:

Estado Inicial: O médico (S1) e J.R.O. (S2) caracterizam-se pelo desejo de estar em conjunção com seu objeto de valor principal comum a ambos – restabelecimento da saúde da paciente.

Estado de Transformação: S1 intervém com cirurgia e antibióticos para alterar o estado de sua paciente (S2).

Estado Final: S1 tem a certeza de ter agido corretamente e encaminha sua paciente para tratamento de reabilitação, tratamento que se estendeu durante todo o ano de 1995.

Programa Narrativo 2. Por apresentar seqüelas como “dificuldade na marcha e no controle dos esfíncteres”, tem início o tratamento de reabilitação de J.R.O., quando se constata que a paciente é caracterizada por um **não-poder-fazer** sua higiene íntima, bem como um **saber-não-poder-fazer** adotar um correto posicionamento devido a deformidades nos membros inferiores. Diante disso, o médico, agora, caracteriza-se por um **novo saber** e este **novo saber** determina que se processe uma nova cirurgia. Uma nova cirurgia é indicada e o médico, então, caracteriza-se por um **saber-fazer** (competência), um **dever-fazer** (prescrição) e um **poder-fazer** – um sujeito preparado para ação imediata e realizado, pois constata-se a prática do exercício da ação proposta e a de que se propôs.

A esta altura, ainda, os sujeitos não se encontram em conjunção com seu objeto de valor, pois o restabelecimento de J.R.O. (S2) não foi alcançado e a jovem, então com 16 anos, inicia um programa de reabilitação sob os cuidados de M. A. (S1).

Diante desse quadro, tem-se:

Estado Inicial: J.R.O. apresenta dificuldades de postura e de manutenção de sua higiene íntima após a primeira cirurgia.

Estado de Transformação: S2 submete-se a uma nova cirurgia, pois **crê** que isso poderá lhe trazer benefícios e sanar os problemas causados por sua doença.

Estado Final: S2 é internada novamente para buscar reabilitação pós-operatória sob os cuidados de S1.

Programa Narrativo 3. M. A., agora coordenando o tratamento de J.R.O., nota que a paciente lhe é hostil, embora requirite a presença do médico e teça comentários a respeito dele para outros membros da equipe. M. A. chega à conclusão de que, dado o comportamento de sua paciente, ela tenha misturado a figura do profissional da Medicina – portanto responsável por sua cura – com a figura masculina que esse mesmo médico representava para ela.

Agora, há, então, um novo objeto de valor para S2: sua cura representaria uma alta hospitalar e o afastamento de seu médico, portanto a disjunção de seu objeto de valor – note-se que, mesmo antes de obter o objeto de valor inicial (o restabelecimento), ela volta sua atenção para o médico.

M. A. afirma que suas suspeitas foram se confirmando à medida que o comportamento de J.R.O. oscilava entre ser hostil a ele e falar de sua pessoa a outros do hospital. Além disso, “a paciente começou a faltar às terapias alegando indisposição, com poucas evidências clínicas de que isso realmente estivesse ocorrendo”. Constata-se, assim, um estranhamento entre S1 e S2, uma vez que o objeto de valor do primeiro (a cura de sua paciente) não coincide mais com o objeto de valor do segundo – o desejo de conjunção com seu médico devido à **paixão** que desenvolveu por ele. S2 caracteriza-se, então, por um **querer-ser** notada pelo médico, tomando uma postura tipicamente adolescente, imatura, típica de quem alia **criatividade** (chega a simular um desmaio) e **não-experiência** (é ingênua a ponto de fingir diante de uma equipe médica). S2 só “recobra” os sentidos quando nota que seu objeto de valor está ao seu lado e ouve sua voz.

M. A. constata que será preciso, no tratamento, a utilização de um aparelho denominado “órteses” – recomenda que a paciente não se apoie nos calcanhares, pois poderá feri-los. Novamente, S1 é caracterizado pela modalização do **dever-fazer** (ou prescrição), **dever-não-fazer** (interdição) além de um **fazer-não-fazer** (impedimento). Ainda assim, depois das orientações do médico, J.R.O. insiste em não seguir as prescrições, procedendo exatamente contra as ordens do médico, causando, dessa forma, lesões nos calcanhares, o que adiou sua alta, pois, com tal lesão, teria que continuar internada.

Diante disso, S1 é dotado de um novo **saber** – a constatação de que sua paciente deseja, mais do que ser curada, tê-lo por perto. S2, então, é caracterizada pela combinação modal **querer-fazer** parte do dia-a-dia de seu médico, uma vez que se encontra em seu local de trabalho – local em que, sem dúvida, ele estará diariamente.

Assim, tem-se:

Estado Inicial: S2 começa a ser hostil ao médico, enquanto, na sua ausência, tece comentários sobre ele a outros membros da equipe que a assiste.

Estado de Transformação: constata-se que J.R.O. chega a desobedecer às ordens que visavam ao seu bem para provocar a prorrogação de sua estada no hospital.

Estado Final: J.R.O. julga estar em conjunção com seu objeto de valor, negligenciando, inclusive, sua saúde para obter aquilo que deseja.

Programa Narrativo 4. O médico tem a certeza dos sentimentos da paciente para com ele devido às conversas dela com os terapeutas. Ela lhes confessa que não pretende afastar-se de seu médico e encontra um meio efetivo de manter-se junto ao seu objeto: desobedece às ordens e prejudica o tratamento. O médico sente-se impotente diante de tal situação, pois não se vê preparado para tratar do mental e sim do físico da paciente. Assim, S1 não se sente em condições de **poder-fazer-fazer** a paciente obedecer às suas recomendações, a não ser esclarecendo a jovem sobre seu papel no tratamento a que é submetida.

S1, então, caracteriza-se por um **dever-ser** ético, mantendo-se fiel ao seu objeto de valor inicial – a cura de S2 – e por um **fazer-saber** que S2 está agindo de modo errado em disjunção com aquele que deveria ser seu objeto de valor até o fim do tratamento.

S1 opta por ter uma conversa com a paciente em que procura conscientizá-la da importância de suas recomendações e de seu procedimento. S2 muda seu comportamento e o objeto de valor principal é alcançado por ambos. Mesmo depois disso, quando M. A. julgava que tudo estivesse esclarecido e resolvido com a alta obtida pela paciente em dezembro de 2002, constata que J.R.O. aproveita os retornos ambulatoriais para vê-lo, exigindo, inclusive, sua presença. Assim, S2 mais uma vez é caracterizado por um **querer-ser** em conjunção com seu antigo objeto de valor, seu médico.

Dessa forma, esquematiza-se:

Estado Inicial: S2 admite um **querer-ser** em conjunção com seu novo objeto de valor, satisfazendo suas próprias vontades e não a de seus familiares e do médico que desejam sua cura.

Estado de Transformação: S2 é convencida a obedecer as ordens de S1 a fim de poder ser curada – mesmo que isso, sob o ponto de vista pragmático, acabe por mantê-la afastada de seu médico.

Estado Final: S2 retoma seu primeiro objeto de valor principal – a cura. Recebe alta, sai do hospital, mas continua com seus sentimentos por S1, exigindo que esse esteja presente por ocasião de seus retornos ambulatoriais.

Após essa análise, é interessante notar que, embora o episódio possa caracterizar-se como um caso típico de paixão do paciente por seu médico, na acepção mais ampla do termo – uma jovem doente sentindo um “amor adolescente” por seu médico, exacerbando os limites da admiração e da esperança de cura -, em nenhum momento o médico notou qualquer sinal de ciúme da paciente com relação a sua pessoa. Não se constata, aqui, a “sombra do rival” de que nos fala Greimas e, conseqüentemente, não se observa a “difidência sombria” à qual o autor faz referência em seus escritos. É certo que a crise passional se modalizou e instalou-se um **fazer-amar** – mas os grandes obstáculos para S2 alcançar seu objeto de valor – o médico – passaram a ser o distanciamento deste em relação à sua paciente e, posteriormente, o bom resultado de seu tratamento.

A cólera é observada no momento em que S2 é hostil a S1 com o intuito de “chamar a atenção” de M.A., mesmo que de uma maneira infantil e imatura. Pode-se subentender e deduzir que S2 tenha passado pelo sofrimento que sempre acompanha o sujeito em disjunção com seu objeto de valor, bem como esteve sob influência da emoção durante todo o tempo em que esteve caracterizado por um **querer-ser** conjuntivo com esse objeto de valor, o médico.

De início, S2 apresenta-se como um Sujeito Virtualizado, ou seja, sob a influência da emoção, desvia-se de seu objeto de valor inicial (a cura); passa a Sujeito Atualizado, pois seus interesses pessoais são mais importantes que seu objeto de valor; diante do fracasso em conquistar seu médico, J.R.O. passa a ser um Sujeito Potencializado, aquele que se encontra diante do fracasso.

A Sintaxe Discursiva põe em evidência as projeções da enunciação, seus efeitos de proximidade ou distanciamento, além do efeito

de realidade ou de referentes e, também, os desdobramentos dos sujeitos da enunciação, ou seja, as relações argumentativas entre enunciador e enunciatário.

Assim, pode-se entender que M. A. (S1), caracterizado pelas combinações modais **querer-fazer, dever-fazer e dever-fazer-fazer** curar J.R.O., encontra na figura de sua paciente (S2) o seu adjuvante e, nos códigos de ética da Medicina, o seu Destinador, uma vez que o médico, de acordo com os valores éticos de sua profissão, tem uma medida de valor maior quando mantém-se no firme propósito de ajudar, socorrer e curar o outro – basta que se observe o próprio Juramento de Hipócrates! Dessa forma, um contrato fiduciário estabelece-se entre S1 e S2, médico e paciente respectivamente.

A busca pela cura de sua paciente, de acordo com a seqüência destes valores, corresponde ao principal objeto de valor de um médico respeitável e confiável – neste caso, o código de ética, o Conselho Regional de Medicina e a sociedade como um todo são um Destinador manipulador atuante caracterizado por um **saber-fazer-fazer e um poder-fazer-querer** o médico M.A. desejar seu objeto de valor em seus programas auxiliares: proceder a um exame, conseguir um diagnóstico, submeter sua paciente à cirurgia necessária, indicar tratamento, acompanhar a terapia e indicar o uso do aparelho corretivo para J.R.O.

A disforia é constatada durante todo o período em que, por objeção de S2, S1 está impedido de alcançar seu objeto de valor – S2 torna-se oponente de seu médico, embora este queira o bem da jovem. A insistência de S1 em curar S2 é sancionada positivamente pela sociedade, pois é exatamente isso que se espera de um médico. Por outro lado, durante boa parte de seu percurso, S2 também está em disforia com seus dois objetos de valor – o inicial e o final: não está curada, ao mesmo tempo em que não consegue a correspondência de seus sentimentos pelo médico.

S2 também é caracterizado pela combinação modal **querer-fazer** alterar o tratamento indicado pelo médico por meio de mecanismos de Contra-Manipulação – **querer-não-fazer** (abulia) e **não-querer-fazer** (nolição).

A paixão de S2 por seu médico coloca-se como Anti-Sujeito de S1, pois não permite que este, durante boa parte de seu percurso, alcance seu objeto de valor, impedindo S1 de ser visto como médico e sujeito de um **fazer-fazer** S2 seguir suas instruções.

No texto em análise, pode-se observar que o narrador (o médico), delegado da enunciação, possibilita o efeito de “verdade” pelo uso da autoridade que tem como profissional da Medicina, embora seja um narrador em primeira pessoa (subjeto). Durante toda a narração, constata-se o efeito da embreagem revitalizando a veridicção discursiva.

Além desses recursos, vale-se também das relações que se estabelecem entre as pessoas, os fatos, o tempo, o lugar, os hábitos sociais – todos esses elementos utilizados para que se estabeleça um contrato de veridicção, isto é, o **crer** do enunciatário sobre a verdade do **fazer-crer** do enunciador. Para que o discurso do médico M. A. seja aceito pela nossa sociedade, esses elementos utilizados na narrativa devem ser reconhecidos por ela.

No episódio estudado, há uma realidade social recortada e caracterizada pelas sobremodalizações **poder-fazer-saber** (já que o enunciador possui uma visão de mundo própria de sua época e de sua formação como profissional da Medicina), consciente, por isso, de alguns elementos que regem o funcionamento de regras sociais destinadoras do **dever-fazer** e do **dever-não-fazer**. Esse enunciador desenvolve o **crer** serem os médicos um grupo de profissionais com rígidos valores aceitos (positivos) e negados (negativos). Enquanto persuade, ele explicita a necessidade do **fazer-fazer** seguir seus conselhos médicos no tratamento

de determinada enfermidade, como se afirmasse claramente serem essas instruções imprescindíveis e inquestionáveis para a recuperação de seu paciente.

Por outro lado, esse enunciador mostra, por parte de seu enunciatário feminino, um **querer-ser** em conjunção com seu médico, enquanto um outro mecanismo, o de sedução, estabelece um **crer** que alguns valores positivos para uma paciente podem ser, muitas vezes, negativos para seu médico.

Com relação à figurativização (processo no qual as figuras que remetem ao mundo natural desenvolvem o efeito do sentido da realidade), alguns elementos são extremamente significativos na análise do episódio em questão. Em primeiro lugar, temos uma adolescente como paciente: as mulheres, nessa fase da vida, estão mais propensas às paixões inconseqüentes que as mulheres mais maduras; além disso, observa-se que a jovem está doente e, por isso, muito mais vulnerável ao carinho e atenção (ainda mais de um médico, homem, jovem e que poderá lhe devolver a saúde).

A instituição médica em que se desenrola a narrativa é vista, pelas pessoas que a conhecem, como um lugar de carinho, atenção e amor para com o próximo. Enquanto alguns hospitais públicos são reconhecidos como péssimos pela população, a referida instituição tem recebido elogios e conseguido arrecadar grandes quantias com suas campanhas anuais pela televisão – os Teletons.

J.R.O. julga-se apaixonada por M. A. ao mesmo tempo em que a conduta irrepreensível do médico busca a cura da paciente; em momento algum ele corresponde aos sentimentos da moça, mantendo-se na posição que a sociedade e as regras da instituição esperam dele. O profissional,

aqui, embora queixe-se da conduta da paciente, é caracterizado, sobretudo, por um **saber-ser** médico.

Sobre a Tematização, isto é, a reiteração de traços semânticos que podem ser percebidos ao longo da narrativa e que permite a formulação dos valores reconhecidos por nossa sociedade – como condição para a realização e validade dos contratos fiduciários – podem-se notar as seguintes leituras no episódio analisado:

Primeira Leitura: Ao médico cabe orientar, tratar e dar atenção a seu paciente – mesmo que este paciente confunda a atenção recebida com outros sentimentos.

Segunda Leitura: Um paciente, principalmente se demasiadamente vulnerável por sua doença, “pode” apaixonar-se por seu médico, sendo capaz, inclusive, de desobedecer às suas ordens para satisfazer seu desejo pessoal e não às ordens desse médico.

Terceira Leitura: Um tratamento tem todas as chances de ser prejudicado se as ordens do médico não forem seguidas.

Quarta Leitura: O médico, independentemente de sua especialidade, deve se lembrar de que trata de pessoas – cada uma com suas idiossincrasias, expectativas e desejos.

Quinta Leitura: A ética médica deve ser respeitada pelo profissional da Medicina – ele não deve aproveitar-se da condição do paciente que se entrega a seus cuidados, ainda que seja desejo desse paciente ter um relacionamento com seu médico.

Sexta Leitura: Mesmo depois de terminado um tratamento, o fascínio exercido por um médico sobre seu paciente pode continuar a existir.

Os percursos dos sujeitos representantes de um micro sistema de valores podem ser analisados por meio dos octógonos semióticos formalizados.

A combinação entre os termos contrários “respeito” e “autoridade” encontra, na tensão dialética, o metatermo “dignidade”.

A combinação entre o termo “autoridade” e o termo sub-contrário “não-respeito” resulta, na dêixis negativa, na “tirania”.

A combinação entre o termo “respeito” e o termo sub-contrário “não-autoridade” resulta, na dêixis positiva, na “resignação”.

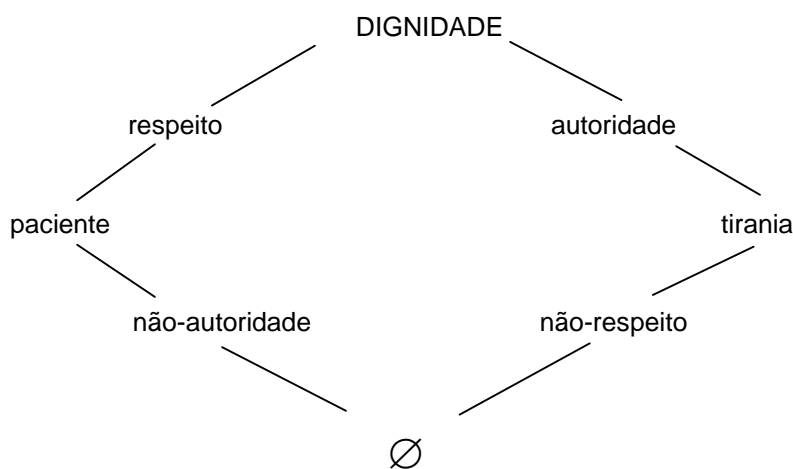
A combinação entre o termo “respeito” e o sub-contrário “não-autoridade” resulta no termo “paciente”.

A combinação entre os sub-contrários “não-autoridade” e “não- respeito” resulta no termo neutro.

No episódio narrado, M. A. encontra-se no metatermo “dignidade”, pois, com respeito por sua paciente e sabedor de seus deveres de médico, não perde sua autoridade expressa com um **saber-fazer-fazer**, ao mesmo tempo em que demonstra um **saber-ser** médico diante da enfermidade de J.R.O.

A jovem, por sua vez, doente e submetida a um tratamento, encontra-se na dêixis “paciente”, pois, de início respeita seu médico, ao mesmo tempo em que não tem autoridade sobre ele. Posteriormente, passa à “tirania”, já que deixa o respeito pelas ordens médicas de lado, esboçando uma autoridade que não lhe cabe – a de tentar prorrogar sua estada no hospital e junto ao médico. Por fim, retoma sua condição de “paciente” ao concordar em seguir as ordens médicas que lhe valem a alta hospitalar.

Esquemmatizando-se em octógono semiótico, tem-se:



A “afetividade”, na tensão dialética, é o resultado da combinação entre os termos contrários “amor” e “ódio”. A combinação

entre o termo “ódio” e o seu sub-contrário “não-amor” resulta, na dêixis negativa, em “violência”, enquanto a dêixis positiva é determinada pela combinação entre o amor e o sub-contrário “não-ódio”, resultando na “generosidade”.

A combinação entre os sub-contrários “não-ódio” e “não-amor” resulta no termo neutro, ou “indiferença”.

J.R.O. está na “afetividade”, pois nutre por M. A. amor e ódio, sentimentos demonstrados na presença e na ausência do médico, respectivamente. A paciente cria um elo com o ortopedista que excede o distanciamento tido como normal entre um paciente e seu médico. Essa “afetividade”, mais tarde, interferirá no bom andamento do tratamento e no bom relacionamento com seu médico.

O médico, por sua vez, está na “generosidade” – demonstrando amor e desejo de curar sua paciente, mas também demonstrando “indiferença” quanto aos desejos da jovem por sua pessoa e mantendo a distância que recomendava Hipócrates.

Esquemmatizando-se:



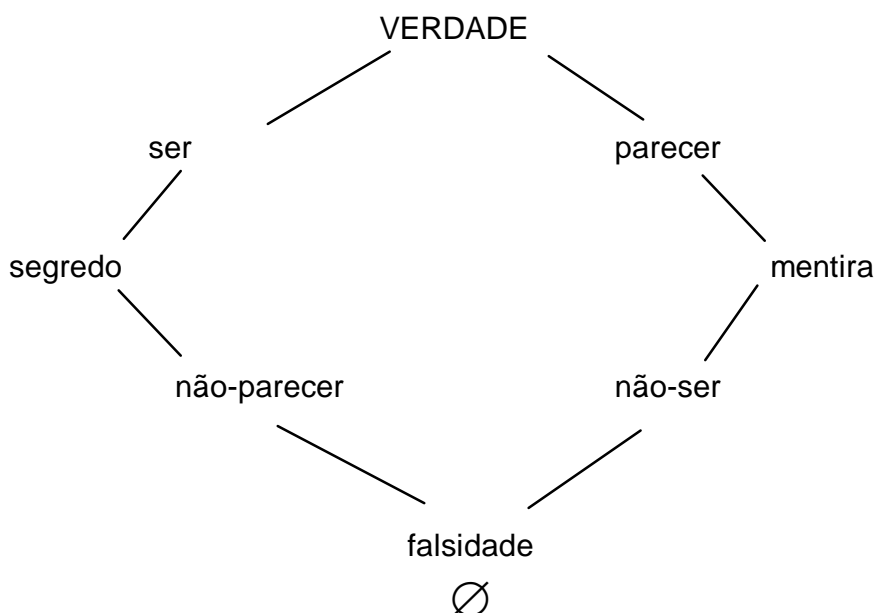
A combinação entre os termos contrários “ser” e “parecer” encontra, na tensão dialética, o metatermo “verdade”. A combinação do termo “parecer” com o termo sub-contrário “não-ser” resulta, na dêixis negativa, em “mentira”.

A combinação entre o termo “ser” e o sub-contrário “não-parecer” resulta, na dêixis positiva, em “segredo”. A combinação entre os sub-contrários “não-parecer” e “não-ser” encontra sua definição na “falsidade”.

No episódio analisado, M. A. **“é”** e **“parece”** um profissional que leva seus deveres a sério, que busca a cura de sua paciente, dedicando-lhe atenção e cuidados, bem como recomendações importantes para seu restabelecimento: encontra-se, então, na “verdade”.

J.R.O. encontra-se, de início, também na “verdade”, pois parece e está interessada na cura – porém, mais tarde, passará à mentira com a mudança de foco de sua atenção – sua mentira será desvendada e descoberta pelo médico quando ela desobedecer as indicações para o bom andamento do tratamento.

Formalizando-se em octógono semiótico, tem-se:



Depois de analisados esses octógonos, a conclusão parcial a que se chega é a de que o episódio narrado ilustra uma entre muitas outras possibilidades de o paciente, ao confundir a figura do médico com a do homem (nesse caso específico), ser capaz de comprometer toda a conduta do profissional que ali está para tentar curar essa pessoa.

Caso o médico deixe-se levar por elogios e pelos desejos dos indivíduos de quem trata, correrá sério risco de pôr sua reputação em jogo – seja diante de uma sociedade julgadora, seja diante de outros profissionais de sua categoria. Do lado do paciente, pôde-se observar que o indivíduo tomado pela paixão é capaz de se violentar, até, para conseguir seu intento, como foi o caso de J.R.O.

No episódio específico, ficou caracterizada, com base nas palavras do ortopedista da AACD, uma paixão de uma adolescente pelo homem que M. A. representava naquele momento: não só o que poderia curar-lhe, mas proteger essa adolescente e ser seu parceiro afetivo. A

paixão que se pôde verificar aqui foi a de uma “mulher” (ainda que jovem e doente) por uma pessoa do sexo oposto.

CASO 2

Identificação do paciente

S.A.M.

Sexo: feminino

Data de nascimento: 16.11.1951

Natural de São Bernardo - SP

Relato de C. N. L., 41 anos, médico há 18, exercendo a medicina em instituição pública e privada, especialista em Cirurgia de Cabeça e Pescoço.

Um caso que chamou muito minha atenção foi o da paciente S.A.M., mulher de 53 anos, que havia sido tratada em outro local com tumor inicial de laringe (prega vocal), que normalmente tem um bom prognóstico.

Quando veio à consulta comigo, no primeiro semestre de 2004 (e este caso foi tratado somente por mim, diga-se de passagem), havia uma suspeita clínica de recidiva do tumor, pelos sintomas da paciente e alguns exames (tomografias). Ocorre que não foi fácil fazer o diagnóstico do tumor porque ele cresceu de maneira totalmente infiltrativa, o que dificultava a biópsia para comprovação desse tumor (esclareço que, em Oncologia, você só está autorizado a iniciar algum tratamento com confirmação por biópsia) e houve necessidade de, literalmente, “abrir” a laringe para fazer a biópsia.

Confirmada a lesão, constatei que o seu tamanho, sua localização e presença de radioterapia prévia limitavam o tratamento de “resgate” (como é chamado o tratamento após o uso com intenção curativa de uma arma terapêutica) à cirurgia, isto é, laringectomia total (tendo como seqüelas a traqueostomia definitiva e a perda da voz).

A paciente aceitou as condições e conseqüências do tratamento e esse foi realizado sem complicações.

Durante as consultas do seguimento, fiquei conhecendo o marido de S.A.M., de nome J.C.M., um homem franzino, quieto e do tipo resignado. Ela, ao contrário, embora doente, sempre fora falante, dominante, bem mais alta e forte fisicamente que o marido, além de sempre dar a palavra final. Ele, por sua vez, sempre baixava a cabeça e dizia “sim, querida”.

Bem, isso não me chamou muito a atenção até que as coisas se complicaram para dona S.A.M. Em cerca de seis meses, apareceu um nódulo ao lado do traqueostoma de crescimento rápido e com dor local. Feita a biópsia, dei à paciente e ao marido o diagnóstico de recidiva do tumor na “boca do traqueostoma”. Uma condição não muito freqüente, mas bastante grave e que, quando passível de tratamento, exige uma operação muito agressiva e com mortalidade elevada. Solicitei uma tomografia da região para avaliar a extensão do tumor e esse exame mostrou que o tumor não era ressecável.

Os dois “desmontaram” com o diagnóstico – praticamente um “atestado de óbito sem data”. Expliquei que havia a possibilidade de fazer quimioterapia exclusiva para controle do tumor. Eles aceitaram a proposta e o tratamento foi iniciado. Ela resistiu por cerca de um ano, com altos e baixos, e o marido sempre junto nas consultas,

quieto, como sempre tinha sido. Às vezes, ela o agredia com gestos e olhares, o que obviamente se tratava de uma das inúmeras reações que as pessoas podem apresentar diante de um diagnóstico tão terrível.

Nos últimos retornos, pouco antes de S.A.M. vir a falecer, J.C.M. sinalizou que queria falar comigo. E é exatamente por isso que tenho esse caso na memória como um fato singular, até aqui, em minha carreira. Dei um jeito de ela ir antes para a sala de enfermagem com o pretexto de entregar a ele os relatórios necessários para internação. Nesse momento, o homem quieto falou como nunca havia falado em minha presença e disse estar triste e assustado com a possibilidade próxima da morte da esposa. Falou e chorou. Eu respondi que faríamos o possível para deixá-la bem, mas que ele não podia desabar naquele momento, que ele teria de ser forte para suportar o que viria. Ele, então, pediu ajuda e disse que precisava conversar com alguém. Me prontifiquei (ainda que inseguro de minhas possibilidades de ajuda) a atendê-lo mesmo na ausência de consulta formal da esposa doente.

Eu estava prestes a fazer algo além da minha competência de cirurgião – ouvir um familiar em particular, alguém que, agora, depositava em mim a confiança para reunir forças com o intento de suportar a dor de um ente querido e sua própria dor também. Ele não precisava do cirurgião, embora ainda precisasse do médico, isto é, do profissional da Medicina que estava tratando de sua esposa. Vi-me diante de dois casos distintos: como cirurgião, cuidava de S.A.M.; como médico, como profissional da Saúde, independentemente da especialidade, ouvia o marido e tentava animá-lo.

Como eu supunha – e nem poderia ser diferente, dadas as circunstâncias -, ele gostou da oferta de poder conversar comigo além

das consultas de sua esposa e realmente retornou mais vezes falando, chorando e desabafando toda a carga que estava suportando.

Não sou terapeuta, nem tenho preparo para isso – na verdade, nem poderia fazer o que realmente fiz, mas, naquele caso em particular, senti que estava realmente ajudando alguém que não tinha com quem dividir sua angústia. Cheguei a propor-lhe que procurasse também algum parente ou amigo: ele me respondeu que ninguém poderia calcular a gravidade do caso a não ser eu.

O caso de S.A.M., por mais grave que tenha sido, infelizmente não é único, nem o primeiro, nem o último. Não quero parecer frio, mas convivo com essa realidade no meu dia-a-dia. Não tenho como negar que o episódio sempre será lembrado pelo modo como o marido, de forma inédita para mim, solicitou minha ajuda. Sou cirurgião, meu campo de atuação é, sobretudo, o centro cirúrgico (embora o consultório também seja importante) e, como já disse, dar essa assistência ao marido da paciente foi, para mim, uma experiência marcante. (Ironicamente, o caso ficou gravado em minha memória com o nome de “Mulher forte”, embora talvez eu devesse dar ao episódio o nome de “Marido desesperado”, ou algo parecido).

Em nossas conversas, pude notar que eu era o alicerce daquele homem angustiado que, em breve, perderia sua esposa – e que sabia disso. Tive, como já expressei, dois pacientes, em dois níveis diferentes: com um, a mulher, eu sabia como proceder; com o outro, o marido, tinha dúvidas se deveria abrir aquele canal de comunicação. As conversas eram extenuantes, tensas, a carga emocional que ele despejou naquelas reuniões que tivemos foi bastante marcante, como marcante foi o próprio episódio.

Nunca “desmontei” na frente dele, contudo eu sempre me dava alguns minutos antes de sair do consultório (a dele era sempre a última “consulta”) para encarar as outras pessoas. Mas eu saía bem... saía mais leve, digamos assim...

ANÁLISE DO 2º CASO

Nesta análise, serão observadas e examinadas as estruturas de superfície e a estrutura profunda do caso narrado pelo médico C.N.L., cirurgião de Cabeça e Pescoço de um hospital público.

Plano Narrativo 1. Neste segundo caso, diferentemente do ocorrido no primeiro, o médico C.N.L. tem, diante de si, uma paciente que já passou por um tratamento anterior, isto é, apresenta-se para o médico em questão com uma recidiva do tumor e, visando ao diagnóstico correto, propõe-lhe uma biópsia para que possam decidir qual a melhor terapia a ser adotada. Assim, o médico (S1) tem como objeto valor inicial a forma de tratamento, e não a cura propriamente dita, uma vez que, segundo o próprio médico, “em Oncologia, você só está autorizado a iniciar algum tratamento com confirmação por biópsia”.

O médico, neste caso, caracteriza-se pelas combinações modais **querer-fazer** e **dever-fazer**, uma vez que deve seguir as regras estabelecidas pela especialidade. Além disso, estabelece-se um **saber-fazer** evidenciado pela própria conduta de C.N.L., que não adota qualquer terapia até saber o resultado da biópsia.

A paciente S. (S2), mulher de mais de 50 anos de idade, e que já havia passado por problema semelhante anteriormente, tem, como objeto de valor inicial, sua cura e a extirpação do tumor. Uma vez que se encontra doente, está em disjunção com esse objeto de valor, procurando na ajuda médica obter novamente sua qualidade de vida, agora comprometida pela doença.

De posse do resultado da biópsia, o médico (S1) toma a decisão de uma laringectomia total, aceita pela paciente. Dessa forma, S2 caracteriza-se pela combinação modal **querer-ser** curada por S1.

Estado Inicial: o médico (S1) e S (S2) caracterizam-se pela busca do restabelecimento do estado de saúde de S2, ou seja, o desejo de estar em conjunção com o objeto de valor principal comum aos dois, só possível com o conhecimento do tumor que os levaria à terapêutica adequada.

Estado de Transformação: S2 concorda com o tratamento, mesmo sabendo das seqüelas que seriam deixadas por tal intervenção cirúrgica. S1 intervém, então, com cirurgia para poder extirpar o tumor que se formara na laringe.

Estado Final: S1, depois da cirurgia, que se processou sem maiores complicações, tem diante de si uma paciente (S2) em disjunção com um de seus objetos de valor, (a capacidade de fala) devido a uma traqueostomia definitiva. S2 passa, assim, por um percurso disfórico com relação à sua voz, embora sua vida tenha sido preservada.

Programa Narrativo 2. Após a cirurgia, S1 procede como de costume em casos dessa natureza e inicia o chamado “seguimento”, isto é, o acompanhamento de S2, que deverá voltar periodicamente ao hospital para ser examinada pelo médico. No decorrer desse

tratamento, S1 conhece o marido da paciente, J.C.M. (S3), o qual parece ser caracterizado pela modalização **saber- não-poder-fazer**, e um **não-saber-ser** uma figura marcante e atuante nas consultas ao lado da esposa doente, uma vez que se apresenta tímido, acanhado, totalmente ofuscado pelo temperamento da esposa(S2) que, mesmo doente, mostra-se mais no controle da situação que o marido (S3).

Diante desse quadro, S1 começa a notar a presença de S3 que se limita somente a acompanhar S2, ficando à sombra da esposa. S1, agora, é detentor de um novo **saber**, isto é, conhece o marido de sua paciente e pode perceber um pouco de sua personalidade. S1 também percebe que a condição básica para S3 desempenhar seu papel de marido vem a ser a personalidade mais forte de S2.

Neste ponto, S1 percebe que o estado de S2 se agrava com o surgimento de um “nódulo ao lado do traqueostoma de crescimento rápido e com dor local”. Assim, verifica-se uma nova disjunção de S2 com seu objeto de valor, uma vez que o diagnóstico desse novo tumor lhe traz a consciência de que fora espoliado novamente de seu bem-estar, da ausência de dor, enfim, de sua saúde, já precária.

Assim:

Estado Inicial: S.A.M. passa por uma cirurgia extremamente invasiva, mas tudo corre bem e o seguimento (visitas periódicas ao médico) tem início. Nessas consultas, o médico conhece o marido de S.A.M., que se mostra tímido, introspectivo e constrangido diante do médico e da esposa doente.

Estado de Transformação: S2, depois de seis meses, é acometida por um nódulo ao lado do traqueostoma, que apresenta um crescimento acelerado e que provoca dor.

Estado Final: S2 é diagnosticada como tendo uma recidiva do tumor “na boca do traqueostoma”, uma condição bastante grave cuja taxa de mortalidade vem a ser bastante elevada.

Programa Narrativo 3. C.N.L. depara-se, portanto, com um novo quadro: sua paciente, agora, apresenta não-somente uma nova doença, mas um tumor de pior prognóstico que o primeiro. Seu objeto de valor (a recuperação e o bem-estar de S2), agora, está muito comprometido. Depois de uma tomografia, chega à conclusão de que o tumor, por sua extensão, não é ressecável, e que será necessária uma cirurgia extremamente agressiva e altamente perigosa.

Diante da opinião do médico, “um atestado de óbito sem data”, S2 e S3 concordam em iniciar o tratamento quimioterápico, mas são acometidos por intenso desânimo e tristeza, pois as palavras do médico são assustadoras. Nesse momento, tanto S1, quanto S2 e S3 entram em disjunção com o objeto de valor comum aos três ante a perspectiva de morte de S2.

A quimioterapia se estende por um ano, e o médico acompanha sua paciente que, nas sessões, vem sempre acompanhada de seu marido, com o qual é agressiva – comportamento até certo ponto natural, dadas as circunstâncias de tensão e apreensão em que se encontra, segundo S1.

Antes de perder seu objeto de valor (a esposa), S3 pede ajuda ao médico: quer conversar, quer ser ouvido, pois pressente que não terá estrutura para suportar a morte da mulher. O médico, então, encontra um modo de estar a sós com o marido de sua paciente e lhe dá ouvidos, permitindo que o homem fale.

Para surpresa de C.N.L., S3, até então calado, submisso e silencioso, fala como nunca havia falado no consultório médico. Exterioriza sua angústia, sua dor, seu medo de não poder suportar a perda da mulher com quem havia passado boa parte de sua vida. “Falou e chorou”, para surpresa do próprio médico.

Diante disso, C.N.L. assegura a J.C.M. que tudo será feito na medida do possível, que esforços não serão medidos para que ela não sofra demasiadamente. O médico ainda ofereceu-se para, mesmo sem a presença da mulher, ouvir os desabafos de J.C.M., que aceitou prontamente a oferta e compareceu mais vezes ao consultório – sempre emocionado, falando, chorando e desabafando com C.N.L.

Toda a dor pela perda de sua esposa é dividida com o médico que, por sua vez, fica em dúvida se deveria mesmo se dispor a ouvir o desabafo do marido – chega até mesmo a sugerir-lhe que procure um parente ou amigo. Mas J.C.M. diz que o médico é o único que pode avaliar sua tristeza e a intensidade do drama que está vivendo.

Nesse ponto, S1 está caracterizado por um **dever-ser** médico mesmo do familiar de sua paciente. Ambos estão em disjunção com o objeto de valor inicial que era a cura de S.A.M., e, além disso, S1 tem, diante de si, uma outra pessoa que precisa de ajuda, que está perdendo inclusive sua lucidez e coragem para enfrentar o problema da morte que se avizinha.

Estado Inicial: S2 apresenta, agora, um novo tumor, de conseqüências ainda mais graves que o anterior.

Estado de Transformação: S2 submete-se a uma quimioterapia exclusiva para controle do tumor; diante da gravidade do caso, S3 procura S1 para, na ausência da esposa, dividir com o médico sua angústia e o medo de perder a esposa. O homem que até então havia permanecido calado durante as consultas, torna-se um outro “paciente” do médico de sua esposa. Procura ajuda, procura um alicerce porque não está suportando a idéia de perder uma pessoa amada.

Estado Final: S2 acaba por falecer, vítima do novo tumor; mas, antes disso, C.N.L. vê-se diante de um problema que, até então, era inédito para ele, dentro de sua especialidade: conversar, dar apoio e suporte a um familiar, como se fosse psicólogo, assistente social ou mesmo psiquiatra – na verdade, amigo. S1 caracteriza-se, nesse momento, por um **dever-fazer** e um **dever-ser** ouvinte e confidente de J.C.M. O caso, para S1, é mais marcante pela conduta de marido (S3) do que propriamente pela doença, pelo tratamento, acompanhamento e morte de S2.

O caso descrito acima foi escolhido para compor o corpus dessa tese por se tratar de um fato inédito para o médico que, gentilmente, concordou em colaborar com este trabalho.

De início, apresentou-se mais um caso entre tantos que foram tratados por C.N.L. ao longo de sua carreira como médico cirurgião de

Cabeça e Pescoço, semelhante no aparecimento do tumor, semelhante nos sintomas, semelhante no procedimento e na terapia adotados.

Ainda assim, o episódio reservava surpresas para este médico, o qual nem suspeitava de que, mais tarde, teria em suas mãos um **poder-fazer-fazer** e um **poder-fazer-não-ser** com relação ao marido: ao mesmo tempo em que o incentivava a ser forte, impedia que ele esmorecesse e fraquejasse diante da doença de S2.

A paciente em questão resigna-se ao tratamento, segue as ordens médicas, embora seja de temperamento forte e de personalidade de mesma intensidade – chega a ofuscar a figura do marido, ainda que ambos estejam desejando o mesmo objeto de valor: a cura e o restabelecimento da saúde de S2. Seu percurso indica um estado inicial de doença, um estado de transformação inclusive física (com cirurgia e posterior traqueostomia), tratamento e reaparecimento do tumor. Em momento algum, C.N.L. sofre qualquer objeção por parte de S.A.M., pois esta confia no médico e segue suas instruções, estabelecendo-se um contrato fiduciário entre médico e paciente, evidenciando a confiança daquele no profissional detentor de **saber-fazer** que dá a ele autoridade e credibilidade.

O médico, por sua vez, cumpre seu papel, a exemplo do primeiro caso, quando segue as regras estabelecidas não somente pela Medicina, mas também por sua especialização, ao salientar que nenhum passo poderia ser dado no tratamento sem o resultado da biópsia.

Constata-se, contudo, uma disforia no momento em que o médico obtém a prova de um novo tumor, o qual desencadeará perspectivas terríveis, obrigando S1 a ser claro e objetivo com sua paciente e o marido desta, respectivamente S1 e S2. A sinceridade de

S1 ao revelar os prognósticos daquele tipo de tumor é sancionada positivamente pela sociedade, uma vez que, geralmente, as pessoas não querem ser enganadas pelo médico quanto ao diagnóstico de seus males. Ainda assim, C.N.L. pode, para alguns, ter sido “direto demais”, já que revela o tipo de tumor, sua gravidade e mortalidade elevada.

A recidiva é um anti-sujeito de S1, na medida em que não lhe permite continuar a proporcionar a S2 um bem-estar alcançado com a primeira cirurgia – de fato, se por um lado a relação de S2 e S1 não se alterou, o mesmo não se pode dizer de S3 para com S1: diante do novo diagnóstico, não é S2 quem se desespera a ponto de impressionar o médico. S3 é levado a crer que não saberá como lidar com a morte de S2.

Assim, C.N.L. afirma que, depois de um ano, acaba tendo de cuidar de dois pacientes de formas diferentes – trata S2 com quimioterapia; “trata” S3 dedicando-lhe tempo e paciência na tentativa de minar-lhe a dor da perda que se aproxima. S1 vê-se despreparado para tal tarefa, questionando se poderá desempenhar um **fazer-crer** e um **fazer-fazer** com relação a S3.

As dúvidas de S1 aumentam quando, possuidor de um **saber-ser** médico cirurgião (competente, responsável, cumpridor das regras e do papel que dele se espera), ainda tem de desempenhar um papel que se esperaria de um amigo, um parente, um assistente social ou até mesmo de um psicólogo para S3. Ao afirmar que ninguém, com exceção do médico, poderia avaliar sua dor, S3 atribui a S1 um **poder-ser** confiante, tal a segurança que sente na presença e na figura do médico.

Ressalte-se que, em momento algum, J.C.M. sente a insegurança por parte do médico quando lhe pede ajuda. A figura do médico, para S3, é a ideal para ampará-lo, para ouvi-lo, pois é o único que pode avaliar sua dor, como ele mesmo diz.

Eticamente falando, S1 sabe e avalia que não procedeu de maneira correta ao ficar a sós com o marido de sua paciente, porque lhe falta preparo para desempenhar o papel desejado por S3. Ainda assim, não resiste ao apelo, recebendo-o em seu consultório para conversar, ouvir, deixar que o outro chore e se alivie um pouco. Com base no que foi escrito neste trabalho, principalmente no capítulo sobre a Bioética, a conduta de S1 não pode ser condenada, uma vez que agiu com bom-senso, o mesmo bom-senso de que fala Garrafa ao abordar o choque que freqüentemente os médicos encontram em seu cotidiano ao manter contato com tantos pacientes de origens, credos, costumes e níveis sociais e intelectuais diferentes.

C.N.L. teria todo o direito de se recusar a conversar com S3 em particular, afinal não era seu papel dar atenção exclusiva e suporte psicológico para o marido de sua paciente, quando esse homem estava extremamente abalado com o estado de sua esposa. O papel de médico de S1 resumia-se a cuidar de S2, recomendar a terapia, acompanhar seu estado de saúde e, sim, dar atenção à família - mas não conceder consultas exclusivas ao marido que o procurou como o “único que podia entender” seu drama.

A doença que acometeu S.A.M. ainda é vista com muito temor e até mesmo tabu pelas pessoas, pois o câncer ainda é letal em muitos casos, embora numerosos progressos tenham sido alcançados nessa área. Vale lembrar que a própria palavra já produz medo, e, em muitas regiões do País, as pessoas evitam até mesmo pronunciá-la. Dessa forma, pode-se entender o temor de J.C.M. por motivos

diversos: 1. pelo diagnóstico da referida doença; 2. pelo conseqüente tratamento a que S2 seria submetida; 3. pela perda anunciada da esposa.

É importante notar que, no caso relatado, S2 aparece como coadjuvante, desempenhando somente o papel de quem foi vítima de uma doença terrível, pois é seu marido, S3, quem faz o médico lembrar-se do episódio depois de dois anos. Nesse quadro, constata-se que o médico caracteriza-se também por um **saber-fazer**-sustentar uma situação em que o marido pôde dar apoio à esposa até o fim.

Por ser um médico, o narrador possibilita o efeito da **verdade**, ainda que o relato seja feito em primeira pessoa e de modo bastante subjetivo, pois, como confessa o próprio S1, o médico acabou se emocionando com as conversas que teve com S3. Esse sujeito da enunciação explora as relações existentes entre médico e paciente, marido e esposa, médico e familiar de seu paciente. O efeito de sentido que obtém é o contrato de veridicção: o **crer** do enunciatário sobre a verdade do **fazer-crer** do enunciador. Uma vez que todos esses elementos são conhecidos de nossa sociedade, constata-se um mundo semioticamente construído, portanto uma representação do “real”.

Com relação à Tematização, podem-se notar as seguintes leituras no caso analisado acima:

Primeira leitura: um médico deve se pautar pelo exame e pelas análises que forem necessárias no diagnóstico de determinada doença (uma regra no campo da Oncologia); e,

embora não seja o único procedimento, ele é importante porque determinará que tipo de tratamento será adotado.

Segunda leitura: na busca da cura, um paciente pode querer tentar tudo o que o médico recomendar – até mesmo cirurgias invasivas e de conseqüências terríveis, como a perda da voz, por exemplo. Isso denota, sobretudo, a confiança do paciente em seu médico aliada ao desejo intenso de ficar curado.

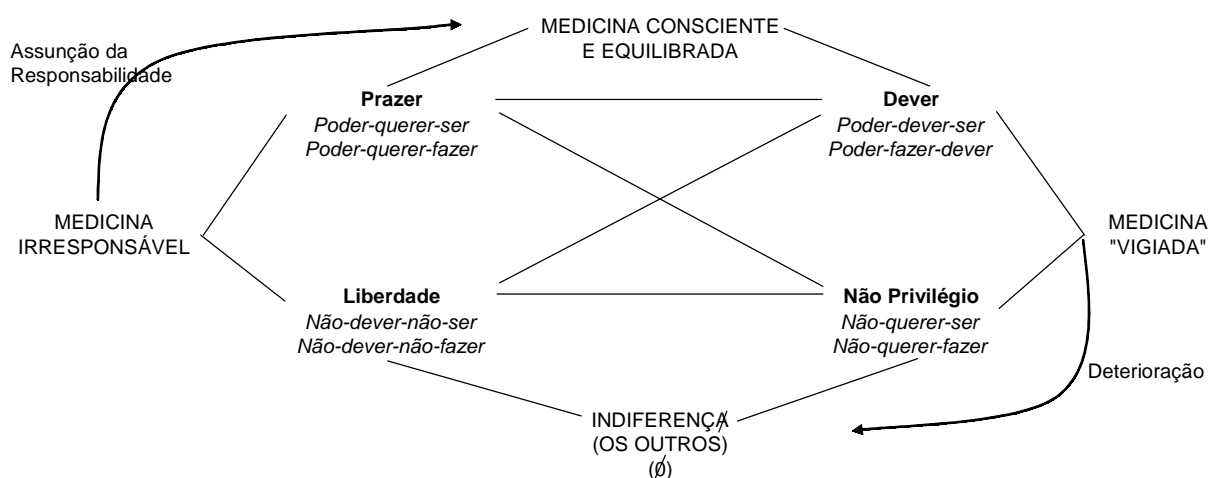
Terceira leitura: o médico deve estar atento para os efeitos que uma doença pode trazer para os familiares de um paciente que o procura. Muitas vezes, isso não é levado em conta pelo profissional da Medicina.

Quarta leitura: o médico pode se ver numa situação inédita e para a qual não se julga preparado quando é procurado não pelo doente, mas pelos familiares que necessitam de uma palavra de solidariedade e de atenção.

Quinta leitura: como tem sido desde a formação das civilizações mais primitivas, a figura do médico (com a do xamã, do curandeiro ou feiticeiro) ainda é idealizada pelos pacientes e pelos leigos em Medicina. Quanto mais humilde for o paciente, mais a figura do médico será respeitada e mais expectativas serão depositadas nesse profissional.

Os percursos dos sujeitos acima representados pelo médico, por sua paciente e pelo marido desta, também podem ser analisados tomando-se por base octógonos semióticos formalizados – os quais, pela combinação de termos contrários e contraditórios, podem dar uma visão mais clara da relação que se estabeleceu, ainda que por curto período, entre C.N.L. , S.A.M. e J.C.M.

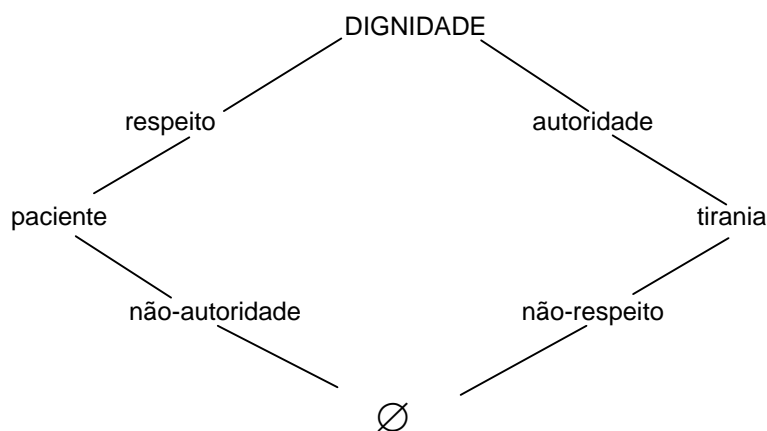
Primeiramente, poder-se-ia esquematizar o seguinte octógono para a análise da conduta de S1:.



O médico C.N.L. demonstra, com suas atitudes relatadas, que pratica uma Medicina responsável e de acordo com os princípios éticos e morais de sua especialidade – a cirurgia de Cabeça e Pescoço. Dessa forma, encontra-se no metatermo **Medicina Consciente e Equilibrada**, no qual se constata um equilíbrio entre **dever** e **prazer** (no exercício de sua profissão) – ao mesmo tempo, não pode ser definido como um médico em que se verifica a combinação entre **dever** e **fardo**, que resultaria em uma **Medicina vigiada**; nem pode ser definido como um médico que une **prazer** e **liberdade**, pois estaria

praticando uma **Medicina irresponsável** e totalmente antiética; não pode, também, ser definido como um profissional que combine **liberdade** e **fardo**, pois estaria praticando uma Medicina em que a **indiferença** seria a tônica. Ora, no momento em que se importa não somente com sua paciente, mas também com o marido dessa, demonstra que não está indiferente ao sofrimento alheio, reservando um tempo para as visitas de J.C.M. ao seu consultório.

S.A.M., por sua vez, apresenta dois comportamentos distintos diante de S1 e S3, em razão de sua enfermidade. Sua conduta pode ser esquematizada no seguinte octógono:



Com relação a C.N.L., S.A.M. pode ser definida pela combinação dos metatermos **respeito** e **não-autoridade**, uma vez que segue as ordens médicas, aceita os tratamentos propostos (mesmo sabedora das conseqüências desses tratamentos) e não entra em choque com o médico, o qual impõe **respeito** e **autoridade**, mantendo-se, portanto, com **dignidade** diante de sua paciente.

Por outro lado, S.A.M. tem um outro comportamento para com o marido. Segundo o relato de C.N.L., sua paciente demonstra impaciência, **autoridade** e **não-respeito** por J.C.M. durante as consultas médicas, levando, inclusive, C.N.L. a tachá-lo de “quieto e

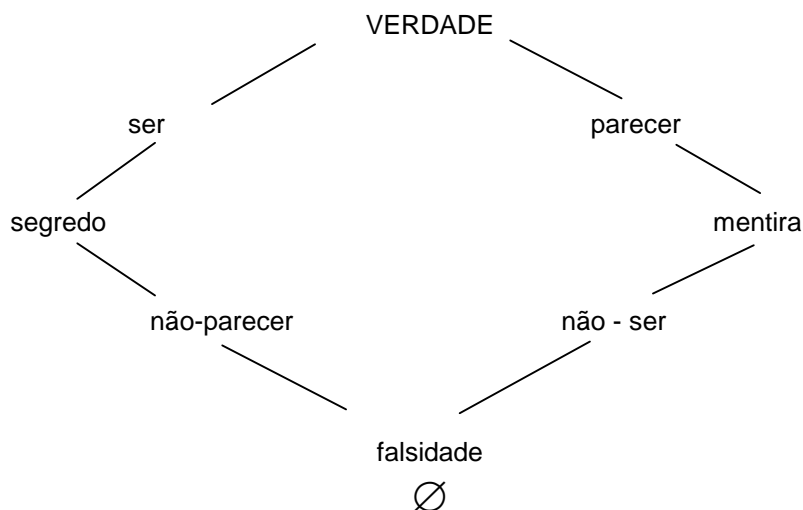
resignado”. O comportamento de S.A.M., com relação a J.C.M., pode ser definido como **tirano**, uma vez que “sempre dava a palavra final”, segundo o próprio médico.

Ao analisarmos mais atentamente o comportamento de J.C.M., o marido que, aparentemente, se resigna a ouvir a esposa, permanecendo quieto diante desta e do médico, um outro octógono pode ser esquematizado:



J.C.M. demonstra grande **generosidade** para com S.A.M., uma vez que demonstra **amor** e **não-ódio** pela esposa enferma. À primeira vista, parece **indiferente** ao médico, pois não chega a discutir com a mulher, permitindo a essa a última palavra sempre; e, se **indiferente** fosse, seria caracterizado pela combinação entre **não-ódio** e **não-amor**. Não demonstra, também, um comportamento **violento** (a combinação de **ódio** e **não-amor**), assim como, à primeira vista, também não demonstra **afetividade**, pois, contido, de início, sequer permite ao médico que vislumbre algum traço de **amor** e de **ódio** em sua personalidade.

Com relação ao médico, a conduta de J.C.M. pode ser demonstrada no seguinte octógono:



Diante de C.N.L., J.C.M. mantém o que sente em **segredo** enquanto pode resistir à pressão e à angústia da iminente perda da esposa: caracteriza-se, portanto, com um comportamento que combina **ser** e **não-parecer**, pois é extremamente preocupado com a esposa, mas não parece sê-lo, ou não parece ser capaz de exteriorizar tudo o que está sentindo. Quando percebe que S.A.M. tem pouco tempo de vida, demonstra seus sentimentos a C.N.L., procurando o médico e dizendo a **verdade**, ou seja, o que ele **é** e **parece** ser - um homem desesperado que precisa conversar com o médico, pois acredita que somente C.N.L. é capaz de avaliar sua dor. Do tipo introspectivo, não pode ser julgado corretamente à primeira vista, já que a verdade sobre seus sentimentos só seria revelada nas conversas a sós com o médico, longe da esposa, em tom confidencial. J.C.M. contava com a discrição de C.N.L. para poder expor suas fraquezas e suposta falta de estrutura no apoio à esposa doente.

Com relação a J.C.M., a melhor definição de C.N.L. pode ser obtida com a combinação dos metatermos **respeito** e **autoridade**, uma vez que o médico demonstrou a J.C.M. que, mesmo não sendo a

pessoa mais indicada – em sua própria concepção -, estava disposto a ouvi-lo e consolá-lo no que fosse possível. Assim procedendo, o médico agiu com **dignidade**, sobretudo mostrando solidariedade ao marido de sua paciente, sentimento de cuja falta tantas pessoas se queixam nos consultórios médicos.

CASO 3

Identificação do paciente: M.A.Z.

Sexo: masculino

Data de nascimento: 31.01.1956

Natural de São Paulo, SP

Relato de M.C.S., 44 anos, médica há 20, exercendo a medicina em hospital particular, especialista em Cardiologia.

Tenho um caso que, acho, deve servir muito bem para sua pesquisa pelo que entendi de sua explicação. Quando terminar a história, você entenderá por que eu a escolhi.

Há cinco anos, em fevereiro de 2001, recebi em meu consultório um senhor de 45 anos, executivo de uma multinacional, com queixas de respiração difícil, além de fadiga e cansaço após pequeno esforço físico. O paciente queixava-se, ainda, de dores no peito ocasionais. Como não sou novata em minha especialidade, minha primeira providência foi interrogá-lo sobre seus hábitos de alimentação, bem como se era fumante e se costumava praticar algum tipo de atividade física. Por ser obeso, embora não exageradamente, percebi, logo de cara, que M.A.Z. era avesso a exercícios físicos. Era fumante e se alimentava muito mal, principalmente em função da estressante rotina que mantinha no escritório em que trabalhava.

Em sua primeira consulta, M.A.Z. foi extremamente agressivo comigo, principalmente quanto eu quis saber quantos maços de cigarro fumava por dia. Mal respondeu às minhas perguntas, não quis dar detalhes de seu cotidiano na empresa em que trabalhava e, pior, disse que não acreditava muito que os exames propostos por mim pudessem apontar o que havia de errado com ele. Não era a primeira vez que eu tinha pela frente um paciente desconfiado e grosseiro.

Solicitei um exame de sangue, exames de imagem das artérias e do músculo cardíaco, bem como um teste de esteira – o que o deixou ainda mais irritado. Mesmo contrariado, submeteu-se aos exames solicitados e, como combinado, retornou ao consultório na data marcada para abertura dos exames.

De posse dos resultados, diagnostiquei problemas na coronária, resultantes de um colesterol elevado, vida sedentária, estresse e a grande quantidade de cigarros que fumava: de três a três maços e meio diários. Para falar a verdade, fiquei admirada por ele ainda não sofrer de câncer pulmonar, embora a respiração já estivesse apresentando complicações.

Li os resultados dos exames com ele, em meu consultório, o que o deixou pensativo e distante por alguns segundos. Ao final de um silêncio constrangedor, olhou-me bem nos olhos e disse que aquilo tudo era bobagem e que detestava a idéia de ter de fazer exercícios físicos e de ter de largar o cigarro e, “um absurdo total”, pensar na possibilidade de trabalhar menos.

Disse-lhe que, além de tudo isso, eu ainda teria de entrar com um remédio anticoagulante e que ele tinha sorte por não precisar,

ainda, de uma terapia mais invasiva, como uma colocação de pontes de safena, entre outras possibilidades.

Saiu do meu consultório dizendo que “daria um jeito” de seguir minhas recomendações, mas sequer perguntou qual o remédio que eu recomendava... simplesmente pegou a receita e se retirou. Eu o acompanhei até a porta do consultório e acabei conhecendo uma de suas filhas.

Não tive notícias de M.A.Z. durante dois meses. No começo de abril, sua filha me ligou, dizendo que estava preocupada com o pai, pois as dores no peito estavam mais fortes e ele não havia seguido nenhuma de minhas recomendações. Soube, pela filha, que ele teria ido ao meu consultório muito a contragosto, pois “não confiava em médicas”, isto é, mulheres que exerciam a medicina. Confesso que me senti ofendida de início e, depois, tentei não me importar mais com a observação... até que ele resolveu voltar, pois o medo acabou por vencê-lo.

Nosso novo contato foi igualmente tenso, mas, agora, M.A.Z. parecia um pouco mais conformado em ter de rever todos os seus hábitos, além de tomar a medicação que eu julguei apropriada. Nosso convívio não foi dos mais pacíficos, e até mesmo discutimos algumas vezes com relação à importância de parar de fumar. Numa dessas discussões, fui incisiva: se não confiava em mim, se não confiava numa mulher como profissional de medicina, por que, então, havia voltado ao meu consultório? Nessa ocasião, sem responder, encolheu os ombros e a discussão acabou ali.

Finalmente, M.A.Z. começou a apresentar um comportamento diferente daquele inicial. Voltou ao consultório dizendo-me que havia se inscrito numa academia de ginástica, estava tentando uma dieta

mais saudável em suas refeições e, minha maior surpresa, estava lutando para reduzir drasticamente o cigarro. Fiquei animada com aquelas notícias e, ao mesmo tempo, intrigada.

M.A.Z. voltava ao consultório quinzenalmente, como se fosse importante, para ele, mostrar-me como estava melhor, como seu corpo melhorava com os exercícios físicos e, sobretudo, que o consumo de cigarros diminuía muito. Fui insistente e disse que reduzir não era o bastante – ele precisava parar de fumar. Foi o que ele conseguiu após seis meses de tentativas e fracassos.

Certo dia, recebi flores em meu consultório e não soube muito bem se eram motivo de alegria ou de ódio. Havia um cartão no qual M.A.Z. dizia: “Para uma mulher, a senhora é boa no que faz”. Achei aquilo uma grosseria da parte dele; por outro lado, era o seu jeito de dizer obrigado pela melhora de saúde já visível.

Na tarde daquele dia, telefonou dizendo que gostaria de conversar comigo e queria que fosse no dia seguinte. Pediu para que marcássemos no horário da última consulta. Concordei e, no dia seguinte, lá estava M.A.Z. me convidando para jantar, pois “queria agradecer por tudo”. Respondi que não havia nada para agradecer e que não precisava me levar para jantar – eu já estava muito satisfeita com os progressos feitos por ele.

Perguntou-me se minha recusa era por causa de um namorado ou marido ciumento. Disse que não, pois era solteira à época, embora tivesse uma filha de um relacionamento curto. Nesse momento, M.A.Z. confessou que estava “muito interessado” por mim e que seu interesse havia começado porque me achou uma médica muito séria e interessada por sua saúde. Eu respondi que fiz por ele o que faria por qualquer outro paciente, pois, além de gostar de minha

profissão, eu sabia, mesmo sendo uma mulher, ter ética no exercício da medicina. Ele entendeu a ironia.

M.A.Z. insistiu no jantar, saímos, conversamos muito e ele disse que era divorciado e que se sentia muito só (tinha duas filhas com as quais não vivia), por isso refugiava-se no trabalho e acaba ficando na empresa por mais ou menos 12 ou 13 horas por dia. Pediu para me ver mais vezes, conversamos muito e, hoje, estamos casados há quatro anos.

Por razões óbvias, de todos os casos que passaram por meu consultório, este é o mais marcante e aquele em que houve uma relação médico-paciente mais conturbada para mim: além de ser questionada em minha competência, por ser mulher, ainda tive pela frente uma pessoa que não estava disposta a se curar. Não sei em que momento, precisamente, meu marido confundiu a mulher por quem já estava apaixonado com a médica por quem ele já nutria certa admiração.

Ainda hoje, agora que ele não contesta mais minha capacidade, fico pensando em como tudo teria sido diferente se ele não tivesse se apaixonado por mim e não tivesse mudado seu estilo de vida.

ANÁLISE DO 3º CASO

Na análise do caso relatado pela médica M.C.S., serão observadas as estruturas de superfície e a estrutura profunda que compõem essa parte do corpus.

Programa Narrativo 1. Se considerarmos M.C.S como S1 e M.A.Z como S2, teremos que o objeto de valor inicial de ambos vem a ser, primeiramente, o diagnóstico do que está afetando a saúde do paciente que procura o médico. Uma vez que S2 adentrou o consultório médico queixando-se de cansaço, fadiga e dificuldades em respirar, processa-se, por parte de S1, um questionário sobre os hábitos de S2, e, mais tarde, uma solicitação de exames diversos que, segundo sua visão, poderão dar à médica os caminhos a serem seguidos no posterior tratamento que se seguirá.

Assim, constata-se que a médica M.C.S. tem uma rotina para alcançar um **saber** que a levará a um **dever-fazer** e a um suposto **poder-fazer-fazer**. De posse do conhecimento dos problemas de seu paciente, adotará as medidas cabíveis para seu tratamento.

M.C.S., contudo, encontrará um obstáculo no próprio paciente, pois este não está disposto a, sequer, submeter-se a esses exames, uma vez que não crê que eles possam constatar seu problema. Diante de tal quadro, S2 é caracterizado pela combinação **não-querer-fazer** o que a médica lhe recomenda e **não-querer-ser** um paciente de S1. Com tal comportamento, S1 vê-se frente a frente com uma pessoa que apresenta problemas e cujo temperamento obstrui a ação do médico. S2 é agressivo por ocasião da consulta e diz não

acreditar que os exames solicitados possam lhe revelar o que está errado com sua saúde. S1 afirma que essa não é a primeira vez que tem pela frente uma pessoa desconfiada e grosseira.

Do relato dessa primeira consulta, constata-se:

Estado Inicial: O médico (S1) caracteriza-se pelo desejo de diagnosticar o que há de errado com a pessoa que procurou sua ajuda (S2), um homem de 45 anos e que apresenta sintomas preocupantes do ponto de vista da cardiologia. S1 tem o desejo de entrar em conjunção com o objeto de valor inicial, ou seja, o conhecimento do que afeta S2. O paciente, porém, oferece resistência, demonstrada pelo modo como rejeita e duvida da eficácia dos exames propostos.

Estado de Transformação: mesmo a contragosto, S2 submete-se aos exames solicitados por S1 (exame de sangue, exames de imagem das artérias e do músculo cardíaco, além de um teste de esteira) e retorna ao consultório para a abertura dos exames.

Estado Final: S1, de posse dos exames, verifica problemas na coronária de S2 em função de alto índice de colesterol, de uma vida sedentária, do estresse e do alto consumo de cigarros diários.

Programa Narrativo 2. Por apresentar um quadro preocupante para a cardiologista, S1 recomenda que S2 faça exercícios físicos, corte o hábito de fumar e reduza sua jornada de

trabalho. S2 novamente se mostra resistente em seguir as recomendações médicas, sendo caracterizado, agora, por um **dever-fazer** acompanhado de um **não-querer-fazer** e um **não-crer** que tais mudanças fossem possíveis em sua vida. Considera, inclusive, um “absurdo total” a recomendação de trabalhar menos. M.C.S., ciente de seu **dever-fazer** e de um **querer-fazer**, ainda recomenda a S2 que, além de mudar de hábitos, ainda tome um remédio anticoagulante a fim de evitar que, mais tarde, sejam necessárias intervenções cirúrgicas.

M.A.Z. sai do consultório de M.C.S. ainda não convencido de que deveria seguir os conselhos da médica. Diz que “dará um jeito” de mudar seus hábitos, mas não passa qualquer segurança para S1. O relato mostra que S1 agiu como se espera que um médico aja, ética e moralmente, diante de um paciente com um diagnóstico preocupante como o de S2. M.C.S. é sancionada positivamente pela sociedade, que espera do médico a seriedade demonstrada pela profissional; ao mesmo tempo, M.A.Z. apresenta um **querer-não-fazer** aliado a um **não-poder-fazer**, uma vez que alega ser impossível diminuir sua jornada diária de trabalho.

Dessa forma, tem-se:

Estado Inicial: A médica tem, em seu poder, os resultados dos exames realizados por seu paciente. Sabe que cumpriu sua parte no contrato estabelecido entre ela e S2: o diagnóstico do problema de S2, bem como a orientação sobre o que deveria ser feito diante do quadro clínico constatado.

Estado de Transformação: de posse dos resultados dos exames, S1 propõe que S2 mude seus hábitos, condição fundamental para que S2 entre novamente em conjunção com seu objeto maior de valor: sua saúde.

Estado Final: S2 sai do consultório ainda mais contrariado que na primeira vez, sem passar à médica a certeza de que seguirá suas ordens. Emocionalmente, está desajustado em razão do diagnóstico de M.C.S. e dos esforços que teria de realizar para melhorar sua saúde.

Programa Narrativo 3. M.C.S. só tem notícias de M.A.Z. após dois meses da última consulta, e ainda assim por intermédio da filha (S3) de seu paciente. A moça diz estar preocupada com o pai, já que as dores no peito se intensificaram e ele não havia seguido nenhuma das recomendações da médica. M.C.S. ainda toma ciência de que M.A.Z. não confia nos conselhos médicos porque não confia em mulheres exercendo a medicina, isto é, por preconceito acaba não levando em consideração as opiniões de S1. M.C.S. sente-se ofendida com a revelação e, por fim, não se incomoda mais com a opinião de M.A.Z.

S2 apresenta uma certeza quanto ao **não-poder-fazer** de S1, pois uma mulher, em sua opinião, não poderia curá-lo. Tal opinião não condiz com sua profissão e condição social – um executivo de uma multinacional, de quem se espera um comportamento menos preconceituoso e mais baseado na razão do que o apresentado. Por

medo, contudo, retorna ao consultório de M.C.S. e o novo contato ainda é tenso. Desta vez, porém, S1 constata que S2 parece mais conformado com a idéia de ter de rever seus hábitos e de tomar a medicação receitada por S1. A esta altura, S2 mostra não só um **querer-fazer**, mas também um **querer-ser** curado, ainda que isso lhe custe sacrifícios, para ele, absurdos.

Isto tudo só será conseguido se S2 entrar num acordo que S1 buscava desde a primeira consulta – caracterizada por um **saber-ser** médico, M.C.S. procura persuadir seu paciente de que seu estado é digno de preocupação e de que seu estilo de vida pode acabar matando-o.

As discussões continuam e S1 acaba fazendo um pergunta que, aparentemente, incomodava a médica havia algum tempo: se não confiava nela, porque era mulher, qual a razão de M.A.Z. ter voltado ao seu consultório? Não obtém resposta de S2.

Mesmo em meio às discussões, S1 nota que S2 começa a apresentar um comportamento diferente do inicial – diz estar matriculado numa academia de ginástica, comunica à médica que vem fazendo uma dieta mais saudável e procura reduzir drasticamente o consumo de cigarros. As atitudes de S2 deixam S1 mais confortada como médica, pois suas instruções estão sendo seguidas, ao mesmo tempo em que a relação com seu paciente parece melhorar.

Nesse estágio do relato, tem-se:

Estado Inicial: M.C.S. recebe notícias de M.A.Z. por intermédio da filha. Por medo e por ver sua saúde se agravar, M.A.Z. acaba retornando ao consultório de M.C.S. A médica, por sua vez, toma conhecimento de que seu paciente não confia nela pelo fato de ser uma mulher.

Estado de Transformação: As discussões continuam dificultando a relação entre a médica e seu paciente – num desses choques, S1 indaga a S2 o porquê do retorno, já que S2 não confiava em uma mulher exercendo a medicina. S2, provavelmente sem argumentos, nada responde. Ainda assim, S2 parece mais disposto a mudar e apresenta um comportamento que pode ser caracterizado por um **poder-fazer** sua vida mudar, mudando seus hábitos: começa a fazer exercícios físicos, muda sua dieta e reduz o consumo de cigarros.

Estado Final: Indubitavelmente, S2, agora, caracteriza-se por um **querer-fazer** e por um **poder-criar**, comportamento que, apesar de alegrar S1, também faz com que a médica fique intrigada com tal mudança.

Programa Narrativo 4. Agora, M.A.Z. começa a voltar ao consultório de M.C.S. quinzenalmente; demonstra uma nova atitude para com sua médica e sente prazer em mostrar a ela que está procurando mudar seus hábitos. S1 insiste que a simples redução do cigarro não é suficiente – M.A.Z. tem que cessar de consumi-lo. S1 constata que, após sucessivas tentativas, S2 consegue abandonar o

vício. Configura-se, assim, a caracterização de S1 por um **poder-fazer-fazer** e por um **poder-fazer-querer** com relação a S2. Constatase, também, uma conjunção de S2 com seu objeto de valor principal – sua saúde.

Surpreendentemente para S1, S2 manda-lhe flores, embora demonstre, ainda, preconceito com relação ao fato de M.C.S. ser uma mulher no campo da Medicina. Na tarde do mesmo dia, a médica recebe um telefonema de seu paciente querendo vê-la no dia seguinte, no horário da última consulta. M.A.Z. convida sua médica para jantar, dizendo que esse seria um modo de agradecer por sua melhora. S1 responde que os progressos alcançados por seu paciente já eram uma recompensa para ela.

Diante da confissão de S2 de que está interessado na pessoa de S1 pelo fato de ela ser uma profissional séria e interessada por sua saúde, a médica lhe diz que teria agido com a mesma seriedade com qualquer outro paciente. Ressalta que sempre procurou ser ética no exercício da Medicina, fosse por amor à profissão, fosse por respeito aos pacientes.

Pela primeira vez, S2 fala de si, de seus problemas, de sua vida particular e tenta, assim, persuadir sua médica a levá-la para jantar.

Diante da insistência, M.C.S. acaba cedendo e aceita o convite de M.A.Z. Ambos falam de suas vidas particulares – ele é divorciado, tem duas filhas e procura escapar da solidão trabalhando de 12 a 13 horas por dia. M.A.Z. consegue, ainda, convencer M.C.S. a sair com ele mais vezes e, como resultado desse contato extra-consultório, médica e paciente acabam se envolvendo emocionalmente e, por fim, se casam.

S1 confessa que, entre os casos que passaram por seu consultório, esse foi o mais marcante por três razões fundamentais: 1. sua capacidade como médica foi questionada por ser uma mulher; 2. o paciente inicialmente não estava disposto a mudar para sarar; 3. não sabe dizer se seu paciente veio a se apaixonar por ela por causa da médica que conquistara seu respeito, ou se ele começou a respeitar a médica porque havia se apaixonado pela mulher.

Por fim, considera a hipótese de que a paixão que S2 sentiu talvez lhe tenha salvo a vida, uma vez que esse sentimento foi um fator determinante para a mudança de comportamento e de hábitos de M.A.Z.

Do exposto, pode-se esquematizar:

Estado Inicial: S1 muda de atitude e começa a seguir os conselhos médicos de S2 – em decorrência disso, começa, também, a voltar com mais frequência ao consultório de S1 para fazer com que a médica saiba de seus progressos com relação ao tratamento.

Estado de Transformação: O paciente revela um interesse maior pela figura da cardiologista, chegando a convidá-la para jantar (após o envio de flores), sob a alegação de que gostaria de agradecer à médica o fato de estar em melhores condições de saúde. Os encontros se sucedem e, em um deles, S1 e S2 falam de suas vidas particulares e, então, alguns motivos da conduta de M.A.Z. são revelados (o trabalho como fuga da solidão, por exemplo).

Estado Final: Médica e paciente acabam por se apaixonar um pelo outro, o que os leva a se casarem.

Após a análise acima, várias observações podem ser feitas a partir da narração da cardiologista M.C.S.

Inicialmente, cabe dizer que o episódio foi citado pela médica por se tratar de um fato que acabou por dizer respeito à sua vida profissional, bem como à sua vida particular e sentimental.

O narrador M.C.S. possibilita o efeito de verdade pelo uso de termos que nos remetem à concepção de uma profissional da Medicina que se mostra íntegra e em perfeita condição de exercer a atividade na qual é especialista. Em momento algum, a cardiologista se mostra em disjunção com os preceitos de sua profissão – seja ética, seja moralmente. Embora a narração seja apresentada em primeira pessoa, portanto subjetiva, sua veridicção se origina do estilo e dos termos utilizados por esse narrador.

Imbuído de um **fazer-crer** e de um **saber-fazer** médico, M.C.S. inicia a narração do episódio de maneira a mostrar elementos bem conhecidos da sociedade. Recebe em seu consultório um executivo, homem de 45 anos, que apresenta um quadro preocupante de saúde. Fumante, sedentário, odeia exercícios e leva uma jornada de trabalho diária que só agrava seu estado.

Se, de um lado, S2 é sancionado positivamente por uma sociedade capitalista (cuja tônica vem a ser o trabalho, a competição, a produção e o ganho), por outro lado é sancionado negativamente pela médica que, experiente, caracterizada por um **saber-ser** médica

cardiologista, aponta todos os fatores responsáveis pelo estado de saúde de M.A.Z.

De posse desse saber, S1 tenta estabelecer uma relação profissional com S2, mas este não só não confia na médica, como também não está disposto a entrar em conjunção com o objeto de valor inicial que S1 já apresenta e quer alcançar – a melhora de S2.

A hostilidade de S2 para com S1, portanto, está fincada em dois pólos claramente detectáveis: primeiro, uma incapacidade de S2 em mudar de vida, ou seja, um **não-saber-fazer** e um **não-querer fazer** mudanças na quantidade de cigarros que fuma, na quantidade de horas passadas no escritório, e mesmo na dieta e na prática de exercícios físicos; segundo, como S1 mais tarde saberá, a hostilidade de S2 advém do preconceito contra o fato de M.C.S. ser uma mulher.

Não fica claro, na narração de M.C.S., por que M.A.Z. voltou ao seu consultório após a primeira consulta – nem mesmo a médica obtém essa resposta quando, em uma discussão, questiona seu paciente sobre isso.

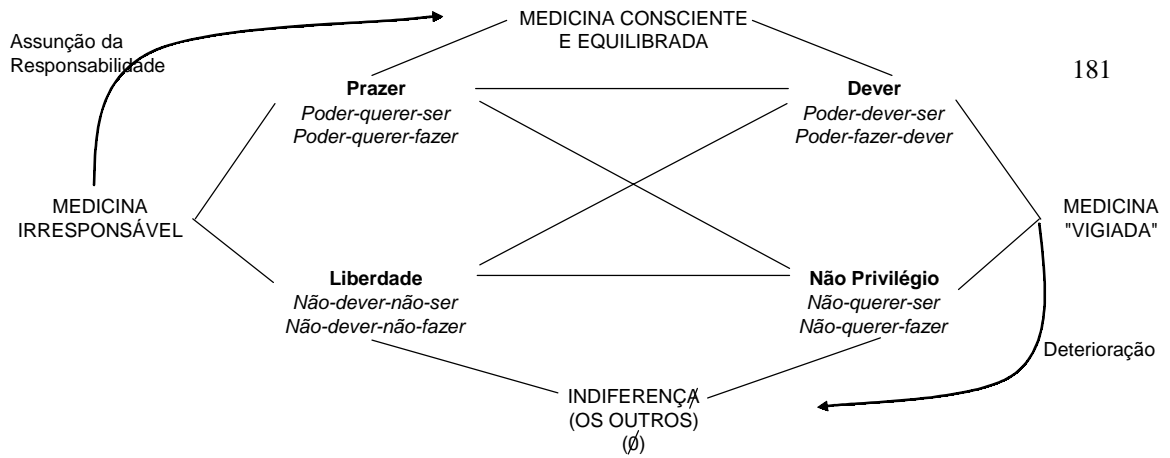
A médica cardiologista, então, apresenta um comportamento cujas sobremodalizações são: um **dever-fazer-fazer** e um **querer-fazer-fazer** seu paciente procurar uma melhor qualidade de vida. Diante desses conselhos médicos, M.A.Z. age como grande parte de pacientes que têm consciência de que vivem de maneira extremamente errada, com hábitos muito prejudiciais à saúde. Para entrar em conjunção com o objeto de valor “saúde”, ele deveria entrar em disjunção com seu objeto de valor “prazer de fumar”; para entrar em conjunção com sua médica, ele deveria entrar em disjunção com seu estilo de vida.

Essa mudança, dificultada pela idade de M.A.Z., poderia caracterizá-lo como um sujeito sobremodalizado por um **saber-poder-ser** e um **poder-ser** uma pessoa capaz de adotar hábitos mais saudáveis para seu coração. Com sua resistência ao tratamento proposto por M.C.S., M.A.Z. caracteriza-se, pelo menos de início, como um sujeito sobremodalizado por um **crer-não-poder-ser** e um **saber-não-ser** um homem que cuida de sua saúde. Vale lembrar que procura a cardiologista não para exames de rotina, mas porque já sente as conseqüências da vida que leva.

M.A.Z. é um retrato de grande parte dos homens que chegam à sua idade, ou seja, aqueles que só procuram o médico quando sua saúde já apresenta problemas e o adiamento da consulta é impossível. Ainda assim, mesmo depois de ciente de seu problema, M.A.Z. não apresenta intenção de mudar. São extremamente numerosos os casos de pacientes que não alcançam a cura porque ela dependeria do esforço e da mudança de hábitos do doente – e, obviamente, isso não se constata apenas em pessoas com problemas de coração.

Se, por parte de S2 existe um **poder-não-fazer**, ou seja, liberdade de escolha entre melhorar ou continuar doente (sob o risco da piora), por parte de S1 essa liberdade eticamente não existe: a médica é consciente de seu **não-poder-não-fazer**, o que, no caso, seria traduzido como “omissão de socorro”. Em outras palavras, na posição de médica, M.C.S. caracteriza-se por um **não-poder-não-ser**, isto é, pela **necessidade** de apresentar-se como médica responsável e honesta para com seus pacientes.

Dessa forma, a conduta da médica cardiologista e o comportamento inicial de seu paciente podem ser demonstrados no octógono seguinte:



Ao agir com o intuito de alertar M.A.Z. dos perigos do cigarro, M.C.S. demonstra o exercício de uma Medicina Consciente, equilibrada entre **dever** e **prazer**; o mesmo, contudo, não se verifica com relação a M.A.Z., pois o paciente está mais preocupado com sua **liberdade**: um **não-dever-não-ser** (um fumante), um **não-dever-não-fazer** (exercícios físicos), ao mesmo tempo em que mostra um **não-querer-ser** (paciente de S1) e um **não-querer-fazer** (as mudanças necessárias em sua vida). Após a primeira consulta, sai da sala da médica exibindo, portanto, uma **indiferença** quanto às recomendações de M.C.S.

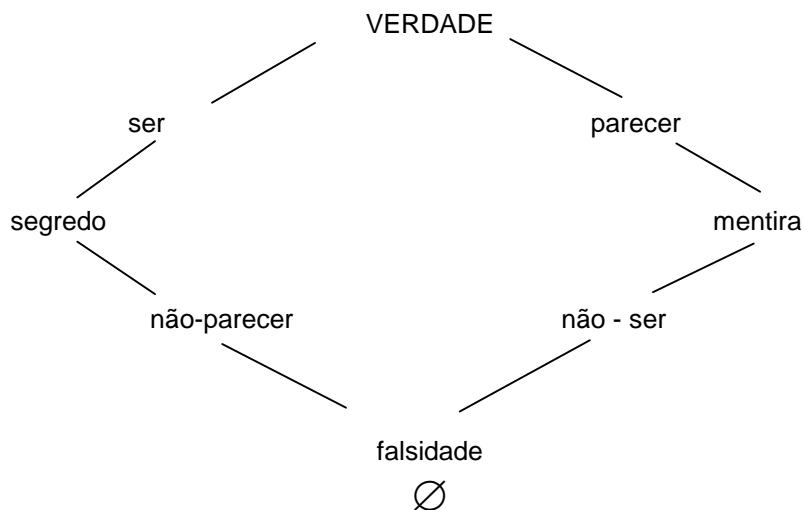
Ainda assim, seu comportamento se modifica a partir da terceira consulta – agora, tomado pelo medo do agravamento de sua condição, retorna para nova consulta igualmente tenso e agressivo, mas sabedor de que deveria seguir as prescrições médicas. A tensão com a cardiologista continua nos encontros posteriores e, na concepção de M.A.Z., M.C.S. é caracterizada por um **não-poder-ser** médica, e, dessa maneira, por um **não-poder-fazer-fazer** com que ele melhora, principalmente em função de seu preconceito contra uma mulher no exercício da Medicina.

Com o passar do tempo, S2 começa a apresentar mudanças de comportamento com relação à sua conduta como paciente e com relação à sua conduta como doente: ao mesmo tempo em que procura abandonar o cigarro, também mantém uma relação mais amistosa com sua cardiologista. Volta ao consultório regularmente, quer a aprovação da médica, sente a necessidade de mostrar seus progressos e manda-lhe, inclusive, flores como agradecimento (embora com uma mensagem ainda preconceituosa).

O preconceito que mantém M.A.Z. fiel à crença de que uma mulher não pode ser um bom profissional da Medicina coloca-se como um anti-sujeito de S2, pois o afasta de seguir as prescrições médicas, uma vez que elas vêm de uma pessoa que ele não respeita. Esse tabu só será quebrado com a constatação de duas verdades implícitas no fato narrado: os conselhos médicos começam a surtir efeito, pois M.A.Z. começa a perceber melhoras em sua saúde; M.A.Z. apaixona-se pela mulher que, segundo seu julgamento, não era capaz de curá-lo. Ao agir de maneira diferente, S2 obtém um novo objeto de valor: quer entrar em conjunção com a própria pessoa que lhe orientou, quer trazê-la para sua intimidade.

Caracterizada pelo **saber-ser** profissional médica, com especialização em Cardiologia, M.C.S. é tomada de surpresa quando seu paciente começa a confidenciar-lhe que, para fugir da solidão, tem o costume de se exceder no trabalho. Essa informação dizia respeito à vida particular de seu paciente, mantida em segredo até então.

Diante disso, as ações e comportamentos de S1 e S2 podem ser demonstrados no octógono que se segue:



Enquanto a médica é caracterizada por uma **Verdade** em sua conduta e em suas recomendações, cumprindo, assim, seu papel de médica eticamente falando, M.A.Z. não revela que trabalha demais porque se sente só. Talvez por constrangimento, talvez pelo próprio temperamento, não expõe à médica o porquê de uma vida voltada para a atividade profissional – S2 caracteriza-se por um **ser** e um **não-parecer** fragilizado, já que mantém sua vulnerabilidade e seu estado emocional em **Segredo**.

Um respeito mútuo começa a permear a relação da médica com M.A.Z., agora de ambas as partes, uma vez que M.A.Z. se revela apaixonado pela médica que lhe ajudou a melhorar de saúde. O relato sugere uma espécie de transferência que pode ter se processado em M.A.Z.: a mulher, a médica cardiologista que lhe curou o coração, órgão responsável pela circulação do sangue em seu corpo, poderia ser a mulher que lhe curaria o coração triste pela solidão. Isso realmente aconteceu na mente de M.A.Z.? O próprio narrador, personificado por S1, diz não saber responder a essa questão.

O episódio mostrou-se interessante para essa pesquisa porque, ao contrário de outros pacientes que normalmente confiam

em seus médicos e depositam no tratamento uma esperança demasiada, M.A.Z. iniciou a relação com sua médica exatamente com o sentimento oposto: julgava-a incapaz de curar e, assim, não era merecedora de respeito e confiança.

O paciente, nesse caso específico, teve de ser “conquistado” pela eficiência do profissional da Medicina, e, somente quando os resultados apareceram, foi que M.C.S. começou a ser respeitada – como mulher e como médica. O resultado dessa relação, tempestuosa no início, foi o casamento da médica M.C.S. com seu paciente M.A.Z.

Sobre a Tematização, podem ser ressaltadas as seguintes leituras possíveis:

Primeira leitura: Muitas vezes, independentemente do nível social do paciente, eles podem, pelos mais variados motivos, não confiar em seus médicos – ao contrário de outras situações nas quais os pacientes depositam uma confiança demasiada no poder de cura do profissional da saúde.

Segunda leitura: A colaboração do paciente, ou seja, sua vontade de ser curado, tem papel preponderante no tratamento – ainda que ele conte com um ótimo médico, se não quiser ser curado, esse médico nada conseguirá.

Terceira leitura: Ainda hoje, depois de tantos progressos científicos e com a quebra de tantos tabus, alguns preconceitos ainda persistem – e, na Medicina, não é diferente. Até mesmo as médicas, às vezes, são alvo de preconceito por serem mulheres.

Quarta leitura: Um paciente, de início resistente ao médico e ao tratamento, pode ser vencido pelo medo ao constatar que sua saúde está piorando. Muitas vezes, mudar seus hábitos requer tanta força de vontade que o paciente se sente incapaz de tal esforço.

Quinta leitura: Muitos pacientes, além do medo, são levados a mudarem de hábito e a acreditarem no tratamento devido à seriedade do médico e à habilidade com que este conduz o relação com aquele.

Sexta leitura: A paixão pelo médico, ou médica, pode ser despertada em qualquer paciente – é um engano pensar que isso só pode acontecer com pessoas pouco esclarecidas ou mesmo jovens e inexperientes (como no primeiro caso analisado neste trabalho).

Por fim, vale ressaltar que o caso relatado pela cardiologista M.C.S. é uma amostra de tantos outros que se desenvolvem no dia-a-dia de médicos sujeitos a encontrarem todo tipo de pacientes – dos mais dispostos a colaborar aos mais resistentes com relação à terapia

proposta; dos mais resignados com sua doença aos mais inconformados com sua condição; dos mais humildes aos mais arrogantes e preconceituosos.

Por outro lado, ficou evidenciada a importância do estado emocional do paciente e a sua participação no desenvolvimento no tratamento. M.A.Z. mostrou-se, nas primeiras consultas, uma pessoa de difícil trato e esse comportamento poderia tê-lo levado a negligenciar as orientações de sua médica. Mais tarde, constata-se que suas atitudes são, na verdade, fruto de uma vida solitária, da qual procurava fugir com as longas jornadas de trabalho que empreendia diariamente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve-se, de início, ao estudo da figura do profissional da Medicina em um eixo diacrônico, isto é, partindo de um passado documentado, chegou-se à figura do médico hoje, fruto de uma evolução que se iniciou com os chamados curandeiros ou xamãs das sociedades mais primitivas as quais já buscavam associar o poder de cura à divindade de que alguns homens seriam providos.

Assim, foi realizada uma pesquisa que procurou, no passado, algumas explicações para o presente no que dizia respeito à figura do médico e a esta profissão que, ao longo dos séculos, vem preservando seu prestígio e respeito, uma vez que trata da cura e, conseqüentemente, do bem-estar do ser humano.

Mostrou-se que um longo caminho foi percorrido desde aqueles xamãs até o médico atual que, hoje, dispõe das mais modernas tecnologias, muitas vezes fazendo uso exagerado e desmedido de tal recurso.

Partindo da própria história documentada da Medicina, considerando a figura do médico, estudando a teoria do mito segundo Campbell, considerando uma consulta médica como sendo um conjunto de hábitos que caracterizam um ritual e buscando estabelecer uma relação entre a Semiótica e a Medicina, este trabalho reuniu elementos que permitiram a análise de três casos em que a relação entre médico e paciente apresentasse algum ponto singular e interessante do ponto de vista das expectativas do doente em relação a seu médico.

Com base na teoria de Greimas, foram adotados princípios segundo os quais puderam ser analisados os citados casos clínicos relatados por médicos dentro de suas especialidades. Foram estudadas estruturas narrativas e octógonos semióticos que auxiliaram nessa análise, bem como algumas teorias do campo da Bioética, ciência ainda incipiente no País.

Também contribuiu para este trabalho a teoria de Campbell sobre a figura do “herói” – teoria que, como mostrado nesta pesquisa, pode ser aplicada à imagem do médico, o profissional sobre o qual recaem todas as esperanças de cura daquele que sofre de algum mal e adentra um consultório ou hospital necessitando de medicamentos - e também de ajuda, atenção, compreensão e cuidados que, às vezes, vão além do que o próprio médico pode oferecer.

A relação médico-paciente se debate, de um lado, com pacientes que reclamam da falta de atenção do médico, pois este lado reduziu aquele a um protocolo, a um número de um leito, a uma doença. Do outro lado, médicos que se queixam de um Sistema de Saúde Público cada vez mais falho e precário e que não permite maiores interações entre as duas partes no dia-a-dia.

No primeiro caso analisado, constatou-se a paixão de uma jovem paciente por seu médico ortopedista – um fascínio tão intenso que essa jovem tentou ser, ela mesma, um empecilho para que o médico não conseguisse curá-la, pois isso significaria sua saída do hospital e, conseqüentemente, um distanciamento de seu objeto de desejo. Aqui, o médico foi visto como um homem idealizado pela jovem que tentava conquistar a sua atenção.

No segundo relato, o médico-narrador confessa a surpresa que teve quando, diante de um caso fatal de um câncer, foi procurado pelo marido da paciente, o qual alçou o cirurgião de cabeça e pescoço à condição de seu confidente e “único que poderia avaliar” o problema por que passava com a iminente perda da esposa. Neste episódio, o cirurgião de Cabeça e Pescoço acaba por ter de deslocar sua atenção da paciente para o marido desta, numa tentativa de incentivá-lo a apoiar a esposa em estado terminal. O próprio médico confessa que não estava preparado para dar o apoio de que o marido de sua paciente precisava.

No terceiro e último caso, uma cardiologista recorda um dos episódios mais difíceis de sua carreira como médica – aquele em que, diante de um paciente que se recusava a seguir suas ordens, descobriu que tal recusa se devia não só a problemas de ordem sentimental e pessoal do próprio paciente, mas também ao fato de ele não acreditar na médica por esta ser uma mulher.

Dessa forma, foi levada a enfrentar um problema de ordem pessoal e profissional, uma vez que sua capacidade como médica foi posta em dúvida em razão de não ser do gênero masculino. Uma vez comprovada sua capacidade como médica, isto é, no momento em que seu paciente preconceituoso constatou que seus conselhos e medicamentos surtiam efeito, esse mesmo paciente hostil acabou por apaixonar-se pela cardiologista, a ponto de virem a se casar.

Uma constatação inquestionável vem a ser o fato de que, na relação médico-paciente, as partes envolvidas nunca estão isentas da emoção, do envolvimento (em qualquer grau) e da tensão que marca esse encontro. Dessa relação, é normal que nasça uma certa

familiaridade, com a conseqüente confiança e respeito de ambos os lados, embora isso não aconteça em cem por cento dos casos. Quando não há harmonia nesta relação, tanto médico quanto paciente podem sair derrotados pela doença, já que a cura não é uma conquista somente do tratamento e do saber do médico, mas também da boa-vontade e da participação do próprio enfermo na cura.

Se, de um lado dessa relação está o lado fraco e fragilizado – o paciente –, aquele que procura recuperar seu bem-estar, no outro pólo encontra-se o “lado forte”, aquele que detém o saber e o poder de curar e sobre quem, por isso mesmo, recaem as expectativas de cura. Este trabalho partiu dessas expectativas para analisar casos em que a relação médico-paciente acabou tomando rumos inesperados para o médico.

Com a análise do corpus, pudemos alcançar os objetivos deste trabalho: analisar a relação médico-paciente permeada pela paixão e pela expectativa que recai sobre os esses profissionais.

Comparativamente, os três atores/pacientes guardam entre si um sentimento de dependência com relação a seus médicos: a jovem apaixonada do primeiro caso não quer se afastar de seu médico porque o julga o homem ideal para si, enquanto o marido da esposa vitimada por um câncer procura no oncologista o apoio para enfrentar a doença da mulher; por sua vez, o homem com problemas cardíacos do terceiro caso retorna ao consultório médico, apesar de seu preconceito contra o fato de sua médica ser mulher, porque sente medo do agravamento de sua condição.

Além desses aspectos, vale ressaltar que, em função da doença, a relação de afetividade de todos os sujeitos acima citados com seus médicos foi acentuada. A racionalidade, que seria o contrário da

emoção, ofereceu campo para a paixão e para o envolvimento dos pacientes (e do marido da paciente, no segundo caso) com seus médicos.

Obviamente, a riqueza e os meandros desse tema não se esgotaram aqui: enquanto existir a doença, existirá a esperança de que o médico traga uma solução para ela – e, sob esse ponto de vista, muitos outros trabalhos têm sido e ainda serão escritos sobre a relação médico-paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. - O pesquisador e seu outro – Bakhtin nas Ciências Humanas, São Paulo, Musa Editora, 2001.

BARROS, D. L. P. - Teoria Semiótica do Texto – São Paulo, Ática, 1990.

_____ - Teoria do Discurso. Fundamentos Semióticos. São Paulo, Atual, 1988.

BARTHES, R. - Elementos de Semiologia. São Paulo, Cultrix, 1971.

_____ - Mitologias. São Paulo, Difel, 1970.

BATISTA, R. S. - Deuses e Homens (Mito, Filosofia e Medicina na Grécia Antiga). São Paulo, Landy Editora, 2003.

BENVENISTE, E. - Problèmes de linguistique générale. Paris, Gallimard, 1966.

_____ - Problèmes de linguistique générale II. Paris, Gallimard, 1974.

BOA, F. - E por falar em mitos... Conversas com Joseph Campbell. São Paulo, Versus Editora, 2004.

BOTSARIS, A. - Sem anestesia – o desabafo de um médico. Rio de Janeiro, Objetiva, 2001.

CÉLINE, L. F. - A vida e obra de Semmelweis. São Paulo, Companhia das Letras, 1998.

CHARAUDEAU, P. - “Eléments de semiolinguistique: d’une théorie du langage à une analyse du discours”. In: Conexions, 38, Paris, ARIEPI, 1982.

CHARAUDEAU, P. et MAINGUENEAU, D. - Dicionário de Análise do Discurso. São Paulo, Contexto, 2004.

CHOMSKY, N. - Lingüística cartesiana. Madrid, Gredos, 1969.

_____ - Questions de Sémantique. Paris, Seuil, 1969.

COSERIU, E. – Teoria del lenguaje y lingüística generale. Madrid, Gredos, 1967.

COURTES, J. – Sémiotique narrative et discursive. Paris, Hachette, 1976.

_____ - Analyse sémiotique du discours. De l'énoncé à l'énonciation. Paris, Hachette, 1991.

DEELY, J. – Introdução à Semiótica: História e Doutrina. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 1982.

DURAND, G. – As Estruturas Antropológicas do Imaginário. São Paulo, Martins Fontes, 1997.

ELIADE, M. – O Xamanismo e as técnicas arcaicas do êxtase. São Paulo, Martins Fontes, 1998.

EPSTEIN, I. (org.) – A Comunicação também cura na relação entre médico e paciente. São Paulo, Angellara Editora, 2005.

FERNANDES, R. – “Salto para o Sagrado”. In: Memória da Psicanálise. São Paulo, Duetto, 2005.

FIGUEIRÓ, J. A – A Dor. São Paulo, Publifolha, 2000.

FOUCAULT, M. - O Nascimento da Clínica. São Paulo, Forense Universitária, 2003.

_____ - Estruturalismo. Antologia de Textos Teóricos. Lisboa, Portugalia, 1968.

FRIEDMAN, M. et FRIEDLAND, G. W. - As dez maiores descobertas da Medicina. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

GARRAFA, V., OSELKA, G. et DINIZ, D. – Saúde Pública, bioética e equidade. In: Bioética (CRM), 5 (1), Brasília, 1997.

GARRAFA, V. – “Ciência, progresso e exclusão” – in A Gazeta Mercantil, São Paulo, 08.05.2003.

GONÇALVES, E. – Médicos e Ensino da Medicina no Brasil. São Paulo, Edusp, 2002.

GORDON, R. - A assustadora história da Medicina. São Paulo, Ediouro, 1993.

GUANAIS, O. et MARQUES, R. - “Ética Médica - Histórico”. In: Bioética (CRM), 2 (11), Brasília, 2003.

GREIMAS, A J. - La sémiotique du texte. Recherche de méthode. Paris, Larousse, 1966.

_____ - Du Sens. Essais sémiotiques. Paris, Seuil, 1970.

_____ - Semiótica do Discurso Científico. Da modalidade. Tradução de C. T. Pais. São Paulo, Difel, SBPL, 1976.

_____ - O contrato da veridicção. In: Acta semiótica et lingüística, vol. 2. São Paulo, Hucitec, 1978.

_____ - Du Sens II. Paris, Hachette, 1979.

GREIMAS, A J. et al - Sémiotique narrative et textuelle. Paris, Larousse, 1973.

GREIMAS, A J. et COURTÉS, J. – Sémiotique. Dictionnaire raisonné de la théorie du langage. Paris, Hachette, 1979.

GREIMAS, A J. et FONTANILLE, J. – Semiótica das Paixões. São Paulo, Ática, 1993.

GREIMAS, A J. et COURTÉS, J. – Dicionário de Semiótica. Trad. Alceu Dias Lima, Diana Luz P. de Barros, Eduardo P. Cañizal et alii. São Paulo, Cultrix, s.d.

HJELMSLEV, L. – Essais linguistiques. Paris, Minuit, 1971.

HOFFMAN, E. – A sabedoria de Carl Jung. São Paulo, Palas Athena, 2005.

ISMAEL, J. C. – O médico e o paciente – Breve história de uma relação delicada. São Paulo, T. A Queiroz, Editor, 2002.

JAKOBSON, R. – Lingüística e Comunicação. São Paulo, Cultrix-EDUSP, 1969.

KLOETZEL, K. – O que é Medicina Preventiva. São Paulo, Abril Cultural-Brasiliense, 1985.

LUDVIK, C. – “Um arcaísmo moderno”. In: Memória da Psicanálise. São Paulo, Duetto, 2005.

MARGOTTA, R. – História Ilustrada da Medicina. São Paulo, Ed. Manole Ltda., 1998.

MEYER, P. – A irresponsabilidade médica, São Paulo, Editora Unesp, 2000.

MILLER, G. – Ensino e Aprendizagem nas Escolas Médicas – São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1967.

MIRANDA, L. S. – “A revista Bioética como instrumento de educação continuada”. In: Bioética – Revista do Conselho Federal de Medicina, 11, Brasília, 2003.

NULAND, S. B. - A peste dos médicos – São Paulo, Companhia das Letras, 2003.

OLIVEIRA, E. R. – O que é Medicina Popular. São Paulo, Abril Cultural-Brasiliense, 1985.

PAIS, C. T. – “Codificação Semântica e Comunicação Lingüística”. In: Significação, Revista Brasileira de Semiótica, 2. Ribeirão Preto, Centro de Estudos Semióticos A J. Greimas, 1975.

_____ - “Semiose, informação e transcodificação”. In: Língua e Literatura, 8, Revista dos Departamentos de Letras da FFLCH_USP, pp. 57-69. São Paulo, 1979.

_____ - “Elementos para uma formalização das relações e das tensões dos sistemas semióticos, dos discursos e dos sistemas social e cultural”. In: Anais do Primeiro Colóquio de Semiótica, Associação Brasileira de Semiótica, pp. 49-61. PUC-RJ, Rio de Janeiro, Loyola, 1980.

_____ – “Algumas reflexões sobre os modelos em lingüística”. In: Língua e Literatura, 9, Revista dos Departamentos de Letras da FFLCH-USP, pp. 89-117, 1980.

_____ - “Elementos para uma tipologia dos sistemas semióticos”. In: Língua e Literatura, 9. Revista Brasileira de Lingüística, vol. 6. São Paulo, Duas Cidades, pp. 45-60, 1982.

_____ - “Semiótica, uma ciência em construção”. In: Anais do Segundo Colóquio de Semiótica, pp. 43-60. São Paulo, Rio de Janeiro, Loyola, 1983.

_____ - Ensaio semiótico-lingüísticos. Petrópolis, Vozes, 1977, 2ª. ed. São Paulo, Global, 1984.

_____ - “A investigação semiótica: proposições epistemológicas”. In: Da Semiótica. Actas do I Colóquio Luso-Espanhol e II Colóquio Luso-Brasileiro, pp. 129-138, 1988.

RECTOR, M. – Para ler Greimas. Rio de Janeiro, Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1979.

ROCHA, E. – O que é mito. São Paulo, Brasiliense, 1985.

SALEM, J. – Hipócrates – Conhecer, cuidar, amar: o Juramento e outros textos. São Paulo, Landy, 2002.

SANTAELLA, L. et NÖTH, W. – Semiótica, Bibliografia Comentada. São Paulo, Experimento, 1999.

SANTAELLA, L. – O que é Semiótica. São Paulo, Brasiliense, 1999.

SANTANA, J. P. – “O paradoxo da Educação Médica”. In: Boletim da ABEM, pp. 28-40, 2000.

SAUSSURE, F. – Curso de Lingüística Geral. São Paulo, Cultrix, 1970.

SCLIAR, M. – A linguagem médica. São Paulo, Publifolha, 2002.

_____ - A paixão transformada: história da medicina na literatura, São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

_____ - A face oculta: inusitadas e reveladoras histórias da medicina. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 2001.

_____ - Cenas Médicas: uma introdução à história da medicina. Porto Alegre, Artes e Ofícios, 2002.

_____ - Do mágico ao social: trajetória da saúde pública. São Paulo, Senac, 2002.

_____ - O olhar médico – crônicas de medicina e saúde. São Paulo, Ágora, 2005.

SERRANO, A - O que é medicina alternativa. São Paulo, Abril Cultural-Brasiliense, 1985.

SIQUEIRA, J. E. - “O ensino da Bioética no curso médico”. In: Bioética , CRM, 11 (2), Brasília, pp. 33-42, 2003.

SOUZA, A N. - As duas faces de Apolo: a íntima relação entre medicina e as artes. Salvador, Casa da Qualidade, 2000.

SOUZA, E. C. F. - Bocas, Câncer e Subjetividades: Patografias em análise, Tese de Doutorado, Campinas, 2003.

STRAUSS, C. L. - Antropologia Estrutural II. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro Ltda., 1973.

_____ - O cru e o cozido. São Paulo, Cosac & Naify, 2004.

_____ - De longe, de perto. São Paulo, Cosac & Naify, 2005.

THORWALD, J. – O século dos cirurgiões. São Paulo, Hemus, 1996.

XAVIER, E. – O homem e a cura. Porto Alegre, Rigel, 1993.

WHORF, B. – Language, thought and reality. Massachusetts, The M.I.T Press, 1966.