

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA, LETRAS E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE LETRAS CLÁSSICAS E VERNÁCULAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ESTUDOS COMPARADOS DE
LITERATURAS DE LÍNGUA PORTUGUESA

ANDREA FUNCHAL LENS

Poética da clínica

Versão Corrigida

São Paulo
2023

ANDREA FUNCHAL LENS

Poética da clínica

Versão Corrigida

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa do Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Letras.

Orientadora: Profa. Dra. Fabiana Buitor Carelli

São Paulo
2023

ENTREGA DO EXEMPLAR CORRIGIDO DA DISSERTAÇÃO/TESE**Termo de Anuência do (a) orientador (a)****Nome da aluna: Andrea Funchal Lens****Data da defesa: 02/10/2023****Nome do Profa. orientadora: Profa. Dra. Fabiana Buitor Carelli**

Nos termos da legislação vigente, declaro **ESTAR CIENTE** do conteúdo deste **EXEMPLAR CORRIGIDO** elaborado em atenção às sugestões dos membros da comissão Julgadora na sessão de defesa do trabalho, manifestando-me **plenamente favorável** ao seu encaminhamento ao Sistema Janus e publicação no **Portal Digital de Teses da USP.**

São Paulo, 24 / 11 / 2023



Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

L573p Lens, Andrea Funchal
Poética da clínica / Andrea Funchal Lens;
orientador Fabiana Buitor Carelli - São Paulo, 2023.
290 f.

Tese (Doutorado)- Faculdade de Filosofia, Letras e
Ciências Humanas da Universidade de São Paulo.
Departamento de Letras Clássicas e Vernáculas. Área
de concentração: Estudos Comparados de Literaturas de
Língua Portuguesa.

1. Linguagem e Saúde. 2. Humanidades Médicas. 3.
Literatura e Medicina. 4. Encontro clínico. 5.
Medicina Narrativa. I. Carelli, Fabiana Buitor,
orient. II. Título.

LENS, Andrea Funchal. **POÉTICA DA CLÍNICA**. Tese (Doutorado) apresentada à Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Letras.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof. Dr. _____ Instituição _____

Julgamento _____ Assinatura _____

*Ao Edgar (in memoriam) e à Fátima.
Esse amor não vai, nunca, a lugar nenhum.*

AGRADECIMENTOS

À CAPES, pela concessão de bolsa ao projeto que resultou nesta tese. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade do autor não necessariamente refletem a visão da CAPES.

À majestosa Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, minha amada FFLCH, por ser a minha casa, morada do infinito.

Ao GENAM – Grupo de Estudos e Pesquisa em Literatura, Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo, e seus membros, meus amados coordenadores e colegas, cuja incansável produção de conhecimento fundamenta o original pensamento do grupo. À Fabiana Carelli, por ser, em muitas ocasiões, o fio de Ariadne que guiou a minha caminhada; A Carlos Eduardo Pompilio, pelos preciosos diálogos e interpelações que me foram fundamentais e transformadores; A Hélio Plapler, pela inspiração arrebatadora e pela escuta cuidadosa que me ajudou grandemente com as transcrições deste trabalho; À Andrea del Fuego, escritora grandiosa, que me cedeu a abertura necessária ao pensamento de Maurice Merleau-Ponty, essencial à abertura desta tese; À Fabiana Prando, por suas histórias que sempre me encontram e fazem, em mim, morada. Também à Amanda Coca e Ariadne Catarine dos Santos (Triple A's), Davina Marques, Elieni Caputo, Henrique Moura, Milena Narchi, Sofia Simão, Rosely Silva, Tatiana Piccardi, Vera Zaher e Viviane Zeppelini, pela generosa troca e parceria. Também a todos que, de alguma forma, estiveram conosco nesta caminhada.

Aos médicos e profissionais de saúde pela indelével coragem, a vocês expresso toda a minha admiração. Em especial, aos médicos que, de muitas formas, colaboraram com esta pesquisa. Ao Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres, por me apresentar a Dona Violeta e ao cuidado como um projeto de felicidade. Aos profissionais do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, serei eternamente grata pela oportunidade de vivenciá-los. Em especial, agradeço à Profa. Dra. Mariluz dos Reis e ao Prof. Dr. Carlos Eduardo Pompilio por abrirem a porta da clínica e me permitirem acessá-la. Essa pesquisa mudou, de muitas formas, o meu ser no mundo.

Aos pacientes, todos, reproduzo uma frase que incansavelmente ouvi da minha orientadora ao longo desta tese e que me conforta na impermanência das coisas: o desfecho nunca está dado. O desfecho é sempre um por vir a ser imaginado, narrado e criado.

Aos meus colegas professores e pesquisadores pelo incansável e fulcral trabalho.

À Márcia, por me ensinar a derivar e aportar, me guiando com olhos compassivos pelos estilhaços da vida. Você me trouxe, inteira, até aqui.

À Bianca, “Canta, ó Musa!”, minha interlocutora atenta, personificação do que há de mais poético. Agradeço, sempre, a leitura cuidadosa e amorosa, da tese e da vida.

À Glória Lens e José Augusto Minarelli, meus padrinhos queridos, por terem gentilmente me presenteado com o idioma que daria asas à minha vida, me levando a lugares incríveis.

Às minhas maravilhas, minhas irmãs amadas, Juliana e Gabriela por serem o sentido, o amor mais profundo da minha existência.

À minha família Funchal que, à sua maneira, me ensina a potência do amor familiar. As histórias mais lindas estão aqui.

Aos meus amigos maravilhosos que sempre me ensinaram sobre a escuta desarmada, permitindo sempre o voo livre da pessoa que sou – e que ainda virei a ser.

Por fim, mas nunca menos importante, à minha orientadora, Fabiana Carelli, por atravessar todo e qualquer labirinto comigo, de mãos dadas, com passos suaves e olhar generoso. À que une todas as coisas em bordado mágico de amor e cuidado. Sou eternamente grata pelo nosso encontro, “tudo que importava era feito de palavras” (Amós Oz), e você me deu, sempre, as melhores.

A todos os encontros que atravessaram a minha existência.

À todas as histórias que são e também às que virão.

Evoé!

Erguer um palco trágico com os troncos abatidos na floresta da vida.

(Georg Lukács, A Teoria do Romance)

RESUMO

LENS, Andrea Funchal. **POÉTICA DA CLÍNICA**. 2023. 250f. Tese (Doutorado em Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Neste trabalho, analisamos a linguagem que emerge do encontro clínico entre médico e paciente, postulando a clínica médica como gênero híbrido, para além de seus fenômenos puramente narrativos. Estabelecendo a Poética aristotélica como principal eixo de fundamentação teórico-metodológica, observamos a clínica como um palco trágico, descortinando elementos discursivos do embate dramático entre os personagens em ação. Atribuímos à clínica médica a metáfora do labirinto e propomos três caminhos de interpretação baseados nos elementos constitutivos da tragédia aristotélica: mito (enredo), pensamento (retórica) e caracteres (personagens). Nesta trajetória escolhida, elementos da mitologia grega clássica serão agenciados para melhor elucidar a forma e o sentido da clínica e os elementos ali em performance.

Palavras-chave: Encontro Clínico. Gênero híbrido. Linguagem e Saúde.

ABSTRACT

LENS, Andrea Funchal. **POETICS OF THE CLINIC**. 2023. 250f. PhD Thesis – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

In this study, we examine the language that arises from the clinical encounter between physician and patient, considering the medical clinic as a hybrid genre that extends beyond its purely narrative aspects. Drawing upon Aristotelian Poetics as our primary theoretical and methodological framework, we view the clinic as a tragic stage, where discursive elements of the dramatic conflict between the characters unfold. We employ the metaphor of the labyrinth to represent the medical clinic and propose three interpretive paths rooted in the constituent elements of Aristotelian tragedy: myth (plot), thought (rhetoric), and characters. Throughout our chosen trajectory, we utilize elements from classical Greek mythology to provide deeper insights into the form and significance of the clinic and its elements in performance.

Keywords: Clinical Encounter. Hybrid Genre. Language and Health.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização das perguntas - paciente Marta.....	p. 238
Quadro 2: Respostas - paciente Marta.....	p. 240
Quadro 3: Caracterização das perguntas – paciente João.....	p. 243
Quadro 4: Respostas - paciente João.....	p. 244
Quadro 5: Comparativo Seu João – fatos pertencentes.....	p. 254
Quadro 6: Paciente Regina, sempre fui uma pessoa carrancuda.....	p. 259
Quadro 7: Cena 1 – Suor e ondas de calor.....	p. 260
Quadro 8: Cena 2 – Desmaios.....	p. 262
Quadro 9: Cena 3: Diarreia.....	p. 265

LISTAS DE MAPAS MENTAIS

Mapa mental 1: Cenas temáticas – paciente Regina.....	p. 270
Mapa mental 2: Episódios narrativos – paciente Regina.....	p. 272
Mapa Mental 3: Relação dos personagens com a doença.....	p. 274

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
LINGUAGEM E SAÚDE: BREVE MAPEAMENTO DE CAMPO	12
AS CONSULTAS MÉDICAS DO HC-FMUSP	16
CABEÇA HUMANA NUM CORPO DE LEÃO E ASAS DE PÁSSARO: A CONSULTA MÉDICA COMO GÊNERO HÍBRIDO	18
DECIFRA-ME OU TE DEVORO.....	22
O LABIRINTO DA CLÍNICA: TRÊS CAMINHOS PARA DENTRO.....	23
CAMINHO I – MITO	24
PRÓLOGO NARRATIVO 1/3	24
A TRAGÉDIA DA CLÍNICA	26
“O ENREDO (MÝTHOS) É A MIMESE DE UMA AÇÃO”	28
A TRAGÉDIA DA DONA INÊS	52
ATO I: O MITO DA CLÍNICA	54
ATO II: O TRIBUNAL.....	81
ATO III: O DESENLACE	90
EPÍLOGO	95
CAMINHO II – PENSAMENTO.....	102
PRÓLOGO NARRATIVO 2/3	102
A RETÓRICA DA CLÍNICA.....	103
“O PENSAMENTO (DIÁNOIA) CONSISTE NA CAPACIDADE DE DIZER O QUE É PERTINENTE E ADEQUADO”	106
AS MÁSCARAS RETÓRICAS	121
O TIRANO.....	121
O BUFÃO	157
A DETETIVE.....	180
EPÍLOGO	203
CAMINHO III – CARACTERES.....	208
PRÓLOGO NARRATIVO 3/3	208
OS PERSONAGENS DA CLÍNICA.....	209
“OS “CARACTERES” (ÉTHĒ), O QUE NOS PERMITE DIZER QUE AS PERSONAGENS EM AÇÃO POSSUEM TAL OU TAL QUALIDADE”	212
O HERÓI CAÍDO.....	230
PERSONAGENS-PACIENTES DO R1	231
PACIENTES DO R2.....	258

EPÍLOGO	276
PECTORILÓQUIA.....	280
O FIO NÃO FINDA	281
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	284

INTRODUÇÃO

As relações humanas são repletas de camadas a serem desveladas e a linguagem permeia todas elas, configurando o nosso modo de ser no mundo.

A linguagem é: linguagem. A linguagem fala. Caindo no abismo dessa frase, não nos precipitamos todavia num nada. Caímos para o alto. Essa altura entreabre uma profundidade. Altura e profundidade dimensionam um lugar onde gostaríamos de nos sentir em casa a fim de encontrar uma morada para a essência do homem. Pensar desde a linguagem significa: alcançar de tal modo a fala da linguagem que essa fala aconteça como o que concede e garante uma morada para a essência, para o modo de ser dos mortais. (HEIDEGGER, 2003, p. 10)

A reflexão de Martin Heidegger nos remete à potência da linguagem, pela altura e profundidade que nos entreabrem à possibilidade de criar uma morada para o que temos de mais essencial: o modo de ser.

Para além de Heidegger, em nossa visão, o *modo de ser dos mortais* pela linguagem é indissociável de um *outro*, esteja ele configurado tanto como respondente direto em um diálogo, como leitor de um livro ou espectador de uma performance. A linguagem é aqui a expressão do que há de mais próprio em nós mesmos e, igualmente essencial, um modo de ser em e para *outro*. Nesse sentido, para Maurice Merleau-Ponty (2012), a linguagem não pode ser reduzida a um repositório de palavras disponíveis ao falante, sem concretizá-la no que, talvez, seja a essência mais própria do fenômeno linguagem: o acontecer no outro. Configura-se, assim, uma morada *em comum*.

A ideia de uma comunicação integral é inconsistente. Não é depositando todo o meu pensamento em palavras nas quais os outros viriam captá-lo que me comunico com eles, é compondo – com minha garganta, com minha voz, com minha entonação, e também obviamente com as palavras, com as construções que prefiro, com o tempo que decido dar a cada parte da frase – um enigma tal que comporte apenas uma solução e que o outro, acompanhando em silêncio essa melodia recortada por mudanças de claves, por picos e quedas, passe a toma-lo como seu e a dizê-lo comigo, o que significa compreender. (MERLEAU-PONTY, 2012, p.66)

Para a compreensão realizar-se, o *enigma tal que comporte apenas uma solução* revela a sua natureza primeira, que é a logicidade desejante de uma única resposta possível. Quando tratamos do contexto de clínica médica, contudo, é incontornável o questionamento: o que fazer se o enigma comportar mais de uma solução?

É na tentativa de compreender a linguagem revelada pelo encontro clínico entre médico e paciente que nos debruçaremos aqui. O terreno fértil que permitiu a esta tese seu florescimento está na interdisciplinaridade entre Linguagem e Saúde.

LINGUAGEM E SAÚDE: BREVE MAPEAMENTO DE CAMPO

Se hoje estamos mais familiarizados com as relações feitas entre Linguagem e Saúde, é porque a zona fronteira entre esses dois campos monumentais de saberes foi habitada, testada e provocada. Se os fenômenos linguísticos em contexto de saúde são hoje mais apreensíveis, foi graças a esforços precedentes que o pavimentaram – e, todavia, indelevelmente o pavimentam.

Um importante e fundamentalíssimo “mapeamento de campo” dessa área de saber foi feito pela Profa. Fabiana Buitor Carelli, em sua tese de livre docência, *Pode o subalterno pensar? Literatura, narrativa e saúde em português* (2020). Selecionaremos alguns excertos para brevemente contextualizar as áreas de Medicina Narrativa, Humanidades Médicas, e o percurso próprio desta tese.

No Reino Unido, no final dos anos 1990, começou a se consolidar academicamente o campo da chamada “Narrative Based Medicine”, referendada pela publicação do livro de mesmo título organizado por Trisha Greenhalgh e Brian Hurwitz (GREENHALGH; HURWITZ, 1998). Tal obra deu origem a uma série de cinco artigos posteriormente publicados no *British Medical Journal* (GREENHALGH, 1999; GREENHALGH; HURWITZ, 1999), que tentam responder, entre outras, às seguintes perguntas: **por que estudar a narrativa em relação à prática médica?** De que modo o estudo da significação pode contribuir para o processo clínico de interpretação de dados e construção de um diagnóstico (e de um prognóstico) médicos? Quais os limites da objetividade no método clínico. Como relacionar “evidências” e uma maior compreensão dos fenômenos textuais/discursivos na constituição de uma diagnose integrada, já que a medicina é – ou deveria ser –, por natureza, integral na sua visão do paciente? (CARELLI, 2020, p. 42, grifo nosso)

Muitas das perguntas que iniciaram o recorte desse campo de estudos, feitas no final do século XX, ainda estão sendo respondidas num esforço hercúleo. A partir de perspectivas heterogêneas como a da arte, da literatura, filosofia e antropologia, dentre muitos outros campos do saber, as relações estabelecidas em Saúde, de forma geral, estão sendo pensadas, configuradas e, por último, mas não menos importante: repensadas.

A questão da narrativa, destacada no excerto acima, por exemplo, ainda é central na problemática estabelecida para a contribuição das Humanidades para as áreas de Ciências da Saúde: *por que estudar a narrativa em relação à prática médica?* Na introdução do livro *Tempo*

e Narrativa (2010), escrita por Hélio Salles Gentil, a tese de Paul Ricoeur é estabelecida de pronto: “é a narrativa que torna acessível a experiência humana do tempo, o tempo só se torna humano através da narrativa” (RICOEUR, 2010, p. XI). Tal apontamento nos é pertinente porque pavimentará nossa tentativa de elucidação do que é propriamente expresso do humano, por meio da narrativa do paciente, no encontro clínico. Portanto, no contexto geral do campo, os estudos interdisciplinares que surgia implicavam-se na busca por relações mais equilibradas em Saúde, especialmente entre médicos e pacientes, entrincheirando-se nos estudos sobre narrativa como forma de conhecimento (e ensinamento) sobre os seres atuantes no contexto clínico.

Partimos, então, dessa crise de linguagem evidenciada pelas relações de saúde e chegamos no que se constitui uma nova linha de pensamento: a Medicina Narrativa. Faremos um breve arrazoado.

O campo de estudos da Narrative Medicine, inicialmente denominado Narrative-Based Medicine, consolidou-se especialmente a partir dos anos 2000 em meios acadêmicos anglo-saxões (Inglaterra e Estados Unidos) como reação à onda avassaladora da Medicina Baseada em Evidência, ou Evidence-Based Medicine, que se tornou paradigma das práticas de saúde ocidentais nos anos 1980 e 90. (CARELLI, 2020, p. 47)

Essa crise de linguagem, como apontada antes, foi propulsionada pela consolidação da Medicina Baseada em Evidências (EBM, em inglês) como paradigma da prática médica. Dessa forma, baseando a sua prática na evidência científica, “a EBM, ao condenar a experiência como fonte de conhecimento e base fiável de decisões clínicas eficientes, elege os princípios de quantificação e da repetição em busca de resultados “universais.” (Ibidem, p. 50). Ainda que a relevância das evidências seja aqui inquestionada, estabelecer o paradigma da EBM como forma majoritária de ação e conhecimento dos fenômenos em ação no encontro clínico reduz radicalmente o papel do sujeito-paciente em cena, pois sua experiência deixa de ser “fonte de conhecimento fiável”, abrindo espaço para novas configurações do ser, mais exatas, descritivas, referenciais e, portanto, do ponto de vista clínico, mais assertivas.

Esse cenário foi o rastilho necessário para o surgimento formal do movimento intitulado “Narrative-Based Medicine” (NBM), que traz em sua reflexão pungente não a intenção de rechaço da EBM, mas de “integração dos julgamentos diagnósticos, a partir da evidência, mas estruturada pela interpretação de uma história.” (GREENHALGH; HURWITZ, 1998, p. 253 apud CARELLI, 2020, p. 53, trad. livre). Tal movimento, portanto, tomou corpo nos Estados Unidos sob a forma de uma “abordagem predominantemente metodológica” (CARELLI, 2020,

p. 53) chancelada pela médica americana Rita Charon, uma das fundadoras da Medicina Narrativa (MN) e a principal referência da área. Para ela, a MN é:

proposta como um modelo de uma prática médica humana e efetiva. A adoção de métodos como o “close reading” da literatura e a escrita reflexiva permite à medicina narrativa examinar e iluminar quatro das situações narrativas centrais da medicina: médico e paciente, médico e ele mesmo, médico e colegas, médicos e sociedade. (CHARON, 2001, p. 1901, trad. livre)¹

Com essa aproximação metodológica de alguns conceitos narrativos para análise das relações em Saúde, Rita Charon, de certa medida, acaba por sistematizar também o próprio aporte da metodologia narrativa, instaurando um outro (novo) paradigma para compreensão de sentido da clínica, ou seja, em vez da evidência, utiliza-se do “close reading”, por exemplo. Segundo CARELLI (2020), essa substituição torna-se temerária caso seja apropriado e “aplicado” sem reflexão. Isso porque o método do *close reading*, por definição, e filosoficamente, elide o mundo, postulando, de princípio, uma radical “atitude anti-biográfica e anti-histórica” e uma “desconsideração pelos aspectos extralinguísticos” (CLEVELARES, 2012, p. 2-3 apud CARELLI, 2020, p. 237). Ora, uma metodologia que elide o mundo do sujeito não seria também uma que elide o sujeito na mesma medida? CARELLI (2020, p. 62), ao “propor uma síntese do que seria a medicina narrativa e suas bases metodológicas” diz:

Para Charon (2001), medicina narrativa é a medicina praticada com “competência narrativa”, entendida como “a competência que os seres humanos usam para absorver, interpretar e responder a histórias”. Tal competência capacitaria os profissionais da saúde a “praticar a medicina com empatia, reflexão, profissionalismo e confiabilidade” (CHARON, 2001, p. 1897) [...] a medicina narrativa é também um modelo de ação e de educação – o ensino de uma prática. (Ibidem, p. 62).

Movendo-nos em salto temporal de uma década, por volta de 2010, “após um largo desenvolvimento do campo no mundo anglo-saxônico, principalmente, e diante de iniciativas que despontavam em outras partes do mundo acadêmico (França, Portugal, Brasil, Espanha, Itália)” (Ibidem, p.67), surge, de forma sutil, uma via eferente à Medicina Narrativa que, ao longo desses anos, vinha se estabelecendo (e, todavia, estabelece-se) como eixo principal e orientador. Esses novos apontamentos e reflexões, despontados pela publicação do artigo “Narrative (in) Medicine”, de Brian Hurwitz, publicado em 2011 no livro *Discourses and*

¹ “Medicine practiced with narrative competence, called narrative medicine, is proposed as a model for humane and effective medical practice. Adopting methods such as close reading of literature and reflective writing allows narrative medicine to examine and illuminate 4 of medicine’s central narrative situations: physician and patient, physician and self, physician and colleagues, and physicians and society”. (CHARON, 2001, p. 1901)

Narrations in the Biosciences, provocaram um “afastamento teórico-metodológico” CARELLI, 2020, p. 69) e contribuíram para a bifurcação da atual vereda em via mais ampla para um entendimento mais profundo sobre a importância das Humanidades. Começa a germinar, portanto, o que mais tarde se tornariam as Humanidades Médicas.

Isso porque as Humanidades Médicas consideram que as abordagens narrativistas às práticas de saúde foram incorporadas mediante um viés quase que estritamente metodológico e pragmático, e que elas correspondem a apenas parte daquilo que as Humanidades, num sentido mais amplo, têm a oferecer às ciências empíricas e, sob esse aspecto em particular, às práticas de saúde. (CARELLI, 2020, p. 69)

Essa bifurcação teve papel fundamental nos desdobramentos desse campo de estudo, que obstinadamente continuou a empenhar novos caminhos para novos horizontes de compreensão das relações em Saúde, em “termos de conhecimento de mundo e sentido de ser”, como apontado abaixo:

Promover discussões “sobre o papel das humanidades no conhecimento em ciência, num questionamento não apenas metodológico e pragmático (o que *fazer* com elas?), mas também epistemológico e ético (o que as Humanidades *significariam*, em termos de conhecimento de mundo e sentidos do ser e, a partir disso, que mudança profunda, em termos de vivência e ação sobre a realidade, poderiam propor). (Ibidem, p. 69)

Hoje, afortunadamente, são muitas as veredas, incluindo a nossa própria trajetória, iniciada em 2011, com a formação do Grupo de Pesquisa em Literatura, Narrativa e Medicina (GENAM), da Universidade de São Paulo (USP), sob a coordenação da Profa. Dra. Fabiana Buitor Carelli e do Prof. Dr. Carlos Eduardo Pompílio.

Desse encontro, o primeiro artigo, publicado em 2013, “O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica”, em sua primeira (e profícua) tentativa de abarcar o fenômeno do encontro clínico, aborda os agentes implicados na ação, médico e paciente, pela reflexão narrativa, especialmente acerca da escrita e da oralidade, movimento de análise também inspirado pela Narrative-Based Medicine que fulgurava à época, mas que já trazia uma semente que ali germinava e brotaria aqui depois, nesta tese.

Do ponto de vista clínico, poderíamos supor que a construção de uma narrativa sobre a doença do paciente (ou sobre o paciente doente – a ordem aqui é discricional, pois dela depende a definição de quem é o *protagonista da história*) acontece segundo o poder de escolha daquele que a conta – no caso, o médico. Ele é quem *escolhe* o que contar a *encadeia* os fatos (entre eles a própria descrição contida em exames e laudos) de acordo com modelos conhecidos e chancelados cientificamente. Ele é quem confere a essa narrativa o seu *tom*. De suspense? De tragédia? Épico? Edificante? Autoajuda? (CARELLI & POMPÍLIO, 2013, p. 6)

A indagação pelo *protagonista da história*, a afirmação do *poder de escolha daquele que conta* e o poder que confere um *tom* a essa narrativa produzida no encontro clínico são todas ações, funções e papéis atribuídos ao médico como condutor maior, o grande regente. Tal ideia é primordial para esta tese, uma vez que se torna imperativo nos debruçarmos sobre a ação médica se quisermos alcançar (e implicar) o paciente no encontro clínico.

Esses questionamentos (e outros), à época embrionários, seriam posteriormente desenvolvidos pelas fecundas produções do GENAM, que serão abordadas ao longo deste trabalho, enquanto escola de pensamento, uma outra (e fulcral) vereda.

AS CONSULTAS MÉDICAS DO HC-FMUSP

Colocamo-nos hoje como mais apropriados de uma postura que dialoga com os “discordantes da “nova hegemonia” da Medicina Narrativa” (CARELLI, 2020, p. 73). No prólogo desse livro *Pode o subalterno pensar? Literatura, narrativa e saúde em português*, o Prof. Dr. Carlos Eduardo Pompilio urdiu: “A FMUSP, encastelada em seu gigantismo monolítico, e a FFLCH, plural e irrequieta, sentam-se à mesa num diálogo difícil, porém necessário e atual.”

Nesta tese, o diálogo difícil se revela mediante performance entre médicos e pacientes em consultas clínicas concretas, cuja natureza interdisciplinar é sediada na Área de Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa (ECLLP), da Faculdade de Letras (FFLCH) da Universidade de São Paulo (USP), em colaboração com a Faculdade de Medicina (FM) da mesma instituição.

Cursando o meu segundo ano de graduação no curso de Letras na Universidade de São Paulo, em 2012, iniciei minha pesquisa de Iniciação Científica intitulada “Anatomia da Clínica: um estudo teórico-literário das narrativas médicas”. Seu objetivo elementar era estabelecer uma primeira aproximação à textualidade da clínica, gravando consultas médicas em contexto real de comunicação, nesse caso, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Propomo-nos, em seguida, estabelecer pontos de contato entre a linguagem proveniente do encontro clínico sob o aparato da perspectiva teórica-metodológica dos Estudos Comparados e da Teoria da Literatura.

Em 2013, com a minha presença devidamente aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa, pude acompanhar e gravar dez consultas médicas *in loco* no Ambulatório Geral e Didático (AGD) do HC-FMUSP. Das dez consultas gravadas, quatro configuram esta tese.

Sinteticamente, o processo de gravação transcorreu da seguinte forma. No AGD, em sala reservada aos médicos, no momento prévio à consulta, eu me apresentava ao profissional de saúde que saía, ficha em mãos, em direção à sala de espera para chamar seu próximo paciente. Nessa abordagem, eu me apresentava e apresentava a minha pesquisa, então, perguntava se eu poderia acompanhá-lo, gravar a consulta por meio de um gravador que seria posicionado na mesa e permaneceria na sala, no plano de fundo, atrás do paciente, em silêncio, sem nenhum tipo de interferência, acompanhando-o até o encerramento. Somente após resposta afirmativa, eu iniciava minha trajetória até o segundo momento: o mesmo pedido, agora aos pacientes. Ao serem chamados pelos médicos responsáveis, eu repetia a abordagem, perguntando se poderia acompanhá-los durante a consulta, explicando minha pesquisa, o porquê da gravação e lia o Termo de Consentimento juntamente a eles. Após resposta afirmativa, paciente e médico assinavam as autorizações, o gravador era iniciado e minha presença tornava-se, então, segundo plano para o encontro clínico que ali se principiava. Felizmente, todos os profissionais de saúde e pacientes com quem interagi nesse processo mostraram excelente abertura para colaborar com a pesquisa, facilitando todo o processo e tornando possível o trabalho que aqui está.

A escolha pelo AGD não foi arbitrária, mas deu-se fundamentalmente por sua característica de *duração*. Diferentemente da urgência dos prontos-socorros, por exemplo, a consulta no ambulatório tem boa extensão e os acompanhamentos médicos se prolongam por ao menos quatro consultas, por volta de um ano, o que nos possibilitou acompanhar (ou tentar acompanhar) os mesmos pacientes em sua trajetória clínica.

A dinâmica da consulta médica do AGD é a seguinte: o paciente (P) é atendido primordialmente por um médico residente (M), que ficará responsável por ele e o encaminhará às diversas especialidades, de acordo com a necessidade. Esse residente, porém, ainda na função de estudante, não tem autonomia para diagnosticar o paciente sem antes conversar e ponderar o caso, em uma sala reservada aos médicos, com o médico-assistente (A), profissional já credenciado que supervisiona os residentes naquele turno e conversa sobre os casos clínicos a fim de chegarem juntos, médicos assistente e residente, a um melhor diagnóstico e proposta de tratamento. O processo se dá, então, em três etapas:

- 1) Início da consulta médica: o primeiro contato entre paciente e médico residente;
- 2) Discussão de caso: o médico residente, em uma sala reservada aos médicos, repassa o caso ao médico assistente com uma hipótese, a fim de ponderarem juntos sobre o diagnóstico e os encaminhamentos possíveis;
- 3) Encerramento da consulta médica: o médico residente retorna à sala de consulta para passar ao paciente o diagnóstico e as orientações seguintes.

As consultas gravadas tiveram duração aproximada de 40 minutos a 2 horas, a depender do médico residente, da complexidade da queixa, da disponibilidade do médico assistente e de outros fatores, inclusive tecnológicos, que contextualizam estes encontros clínicos especificamente.

A partir da interação com essa textualidade da clínica, cujas gravações foram posteriormente transcritas para análise, impôs-se inescapável a necessidade de analisá-la, atribuindo a cada consulta, tanto quanto possível, um olhar disponível às singularidades suscitadas, na tentativa de alcançar o universo linguístico complexo que cada encontro clínico revela em si. Segundo a nossa observação, esse universo transpassa e ultrapassa o fenômeno puramente narrativo.

Se a intervenção clínica conseguir transformar o sentido que o paciente constrói da própria história, mostrando-lhe outros, mais saudáveis e positivos, muito provavelmente haverá melhora, até mesmo cura. Caso contrário, a mesma história, com seus mesmos significados e desfechos, ainda virá a se repetir por tempos a fio, até que algo a transforme ou que ela, enfim, termine. (CARELLI et al, 2013, p.36)

O trecho acima conclui o artigo construído colaborativamente, “Hídria de duas cabeças: Configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP”, publicado em 2013, que analisou uma das consultas médicas gravadas no processo supracitado, agregando à maturidade do pensamento do GENAM e, claro, à maturidade do próprio pensamento que configura esta tese. No excerto acima, identificamos a atribuição da força transformadora de sentido ao médico e à sua ação, afinal, *é a intervenção clínica que transforma o sentido que o paciente constrói da própria história*. Novamente, germina ali o que aqui se impõe, dentre outras, como investigação: se cabe ao médico o papel que lhe é próprio e fundamental – o de condutor regente da consulta clínica – quais são, então, as estruturas que engendram essa ação? Vamos, então, às formas.

CABEÇA HUMANA NUM CORPO DE LEÃO E ASAS DE PÁSSARO: A CONSULTA MÉDICA COMO GÊNERO HÍBRIDO

Ao postularmos a consulta médica como gênero híbrido desvelamos a imagem de uma trama complexa e de muitas camadas – uma trama a partir de muitas formas. Como veremos, a textualidade clínica aqui representada não será integralmente científica, descritiva, narrativa, dramática, argumentativa ou retórica. Faz-se necessário o uso da conjunção “e”, entre essas e outras formas do discurso, pois a delimitação de um contorno rígido e definidor imporia à

textualidade clínica uma simplificação não condizente com sua natureza paradoxal por definição: a saúde e a doença em constante embate, elementos desintegradores das formas que se pretendem totais.

Para tratarmos das formas artísticas, ao longo da nossa caminhada nos apoiaremos grandemente na filosofia histórica das formas, configurada por Georg Lukács, em sua obra *Teoria do Romance*.

Toda forma artística é definida pela dissonância metafísica da vida que ela afirma e configura como fundamento de uma totalidade perfeita em si mesma; o caráter de estado de ânimo do mundo assim resultante, a atmosfera envolvendo homens e acontecimentos é determinada pelo perigo que, ameaçando a forma, brota da dissonância não absolutamente resolvida. [...] A convenção em forma do fundamento abstrato do romance é a consequência do autorreconhecimento da abstração; a imanência do sentido exigida pela forma nasce justamente de ir-se implacavelmente até o fim no desvelamento de sua ausência. A arte – em relação à vida – é sempre um “apesar de tudo”; a criação de formas é a mais profunda confirmação que se pode pensar da existência da dissonância. (LUKÁCS, 2009, p. 72)

A convenção em forma do fundamento abstrato do romance serve, em certa medida, à clínica, no sentido de que é só no reconhecimento de sua natureza híbrida multifacetada que podemos, mais amplamente, pensar estruturas que não só emolduram, mas propulsionam a ação do encontro clínico, revelando-a de todo. Postular a consulta médica como gênero textual híbrido é a tese desta tese. Sabemos que o romance como gênero literário constituiu-se como forma híbrida, especialmente a partir dos elementos do drama e da épica clássica, a relação que estabelecemos com a clínica propõe-se análoga e não equivalente.

As consultas médicas aqui apresentadas são quase ritualísticas, pela organização padronizada já descrita anteriormente, em três etapas, mas, especialmente, pela organização de pensamento imposta a médico e paciente pelo prontuário médico, que concretiza a racionalidade que organiza o encontro clínico. Depreendemos, portanto, certo padrão de uma ação figurada pelos papéis do médico e do paciente e por seus enunciados proferidos nesse (e *por causa* desse) contexto de fala. Para nos debruçarmos sobre a textualidade da clínica, não é possível apartá-la ou isolá-la do seu contexto *clínico*, isto é, da construção composicional a partir da qual seus agentes se orientam.

O conteúdo temático, o estilo, a construção composicional estão indissolivelmente ligados no todo do enunciado e são igualmente determinados pela especificidade de um determinado campo da comunicação. Evidentemente, cada enunciado particular é individual, mas cada campo de utilização da língua elabora seus tipos relativamente estáveis de enunciados, os quais denominamos gêneros do discurso. (BAKHTIN, 2011, p. 262)

A partir desses pressupostos bakhtinianos, SOUZA-E-SILVA & PICCARDI (2012) postulam pertinentemente a consulta médica como um gênero do discurso.

Afetada pelo discurso biomédico, a consulta médica aos poucos foi assumindo o perfil que possui hoje, adquirindo não apenas uma certa estrutura organizacional própria e elementos cristalizados pelo uso, mas também uma certa estrutura discursiva, em que o médico assume papel central como condutor do diálogo. (SOUZA-E-SILVA & PICCARDI, 2012, p. 09)

Ainda segundo as autoras SOUZA-E-SILVA & PICCARDI (2012), a consulta médica típica é organizada por meio da ordem “anamnese, exame físico, encaminhamento (esclarecimentos de dúvidas sobre saúde/doença, realização de diagnóstico e estabelecimento de um tratamento” (Ibidem, p. 9), esquematização que pode ser facilmente aplicada às consultas médicas aqui referidas. Isso será feito em mais detalhe no capítulo terceiro desta tese.

As autoras também inserem o médico como “condutor do diálogo”, o que reitera seu papel como o agente que confere o tom da consulta, “nós moldamos o nosso discurso por determinadas formas de gênero, às vezes padronizadas e estereotipadas, às vezes mais flexíveis, plásticas e criativas.” (BAKHTIN, 2011, p. 282). Ainda segundo Bakhtin (2011), embora todo enunciado seja individual e reflita a individualidade do falante, há condições menos propícias para esse reflexo, como “os gêneros do discurso que requerem uma forma padronizada. (Ibidem, p. 265). Isso acende nosso questionamento sobre a importância da ação narrativa do paciente que é sempre evocada pela literatura do campo, por nós, inclusive: há condições propícias para a concretização da ação narrativa do paciente? Também buscaremos responder a essa problemática na análise do capítulo terceiro.

A possibilidade de propor o encontro clínico como gênero do discurso o situa enquanto forma previamente estruturada pela qual a linguagem acontece, não enquanto ato estático. Portanto, em constante ação. “A intenção discursiva do falante, com toda a sua individualidade e subjetividade, é em seguida aplicada e adaptada ao gênero escolhido, constitui-se e desenvolve-se em uma determinada forma de gênero.” (Ibidem, p.282)

Contudo, na reflexão a respeito da textualidade das consultas clínicas, se a busca inicial era, principalmente, pela requerida narrativa do paciente, com as lentes ajustadas pelos estudos sobre Medicina Narrativa em voga no período de amadurecimento desta tese, o que foi encontrado foi um fenômeno linguístico sem precedentes, tornando qualquer leitura que buscasse tomá-lo de todo, insuficiente e reducionista. Assim como se configurou ser, para este trabalho, o aporte teórico-metodológico fornecido pela Medicina Narrativa, uma vez que

compreendendo a complexa forma do encontro clínico, empenhamos um caminho alterativo. Não por pensarmos não haver ali narrativa, mas por observarmos não haver ali *só* narrativa.

A questão pessoal de contar histórias sobre doença é dar voz ao corpo, para que o corpo mudado possa se tornar mais uma vez familiar nessas histórias. Mas ao mesmo tempo que a linguagem da história busca tornar o corpo familiar, o corpo escapa da linguagem. Para parafrasear Martin Buber, o corpo “não usa o discurso, mas o gera.” O corpo doente não é, certamente, mudo – ele fala eloquentemente em dor e sintoma – mas é inarticulado. Nós devemos falar pelo corpo, e tal discurso é rapidamente frustrado: o discurso se apresenta como sendo sobre o corpo em vez de do corpo. O corpo é amiúde alienado, literalmente “tornado estranho”, assim como é contado em histórias instigadas pela necessidade de torná-lo familiar. A alternativa para esta frustração é reduzir o corpo a mero tópico da história e, assim, negar a condição primária da história: o contador tem ou teve a doença. Que o corpo doente do contador modela a história de dor deveria ser evidente. Somente um Cartesianismo caricato imaginaria uma cabeça compartimentalizada distante da doença, falando sobre o corpo doente abaixo dela. A cabeça está amarrada ao corpo através de caminhos que a Ciência está somente começando a compreender, mas o princípio geral é claro: a mente não descansa sobre o corpo, mas é difundida por ele todo. (FRANK, 2013, p. 2, tradução nossa)

Aproveitando a metáfora construída acima por Arthur W. Frank em *The Wounded Storyteller* (2013), a razão médica carrega em si muito dos moldes cartesianos: a cabeça é o médico - a razão configuradora do encontro clínico - e o corpo é o paciente - quem traz a doença e o relato de dor. A estrutura pela qual a interação acontece cria duas racionalidades que não se comunicam inteiramente com clareza, como dois idiomas distintos: a experiência do estranhamento do duplo, a doença encorpada num indivíduo, e a racionalidade da ciência médica e de seu saber e poder-saber. As epistemologias ali em choque produzem um fenômeno singular e se impõe necessário abraçar a consulta em sua hibridez, deixá-la desvelar-se e ver, enfim, que formas surgem e como melhor compreendê-las.

Quando escolhemos o gênero, escolhemos a perspectiva de análise e a partir dela o aprofundamento necessário em busca de compreensão. A tese de Martin Heidegger no monumental *Ser e tempo* (2012) configurou-se a partir da necessidade de “refazer a *pergunta pelo sentido de ser*.” (HEIDEGGER, 2012, p. 31). Aqui nos é imprescindível refazer a mesma pergunta para a clínica no sentido de pensarmos formas para compreender os personagens, a ação e os agentes da clínica. Quem são os seres que agem na clínica? E que atribuições de sentido são possíveis para suas ações no mundo? Portanto, quais são as formas que evocaremos nesta tese na tentativa de melhor apreender o fenômeno clínico que temos em mãos?

Responder a essas perguntas significa responder outra questão que nos serve como fio condutor: *qual é o animal que de manhã anda com quatro pés, à tarde com dois e à noite com três?*

DECIFRA-ME OU TE DEVORO

Segundo a mitologia grega, uma criatura com cabeça humana num corpo de leão com asas de pássaro, conhecida como Esfinge, interpela e devora muitos homens dispostos a encará-la, uma vez que não alcançam a resolução de seu enigma. O único herói que teve sucesso em decifrá-lo foi Édipo: “o homem”, respondeu, “como criança pequena, engatinha sobre os quatro apoios; mais tarde, anda sobre os pés; e, na velhice, anda com o apoio de uma bengala.” (WILKINSON, 2018, p. 87).

Tal qual o enigma da Esfinge, a clínica também se constrói a partir da tensão posta pelos enigmas, pelo enfrentamento do paradoxo saúde e doença. É o homem a resposta, o que institui o enigma, o paciente, e o homem que o decifra, o médico. Contudo, já vimos, não falamos aqui dos mesmos agentes. Como, então, abarcá-los a ambos? Qual é a estrutura que possibilitaria jogar luz sobre os dois personagens em ação, reparando-os em suas diferenças constitutivas e essenciais na mesma medida? Para decifrar *este* enigma, voltemos agora à ação clínica: faremos surgir um palco trágico e desvelaremos a performance da tragédia da clínica.

A escolha pela estrutura dramática se justifica pela natureza trágica que postulamos para o encontro clínico, o qual se constitui a partir do diálogo, portanto de um embate entre duas vozes. Para sustentar tal estrutura, voltaremos, especialmente à *Poética*, de Aristóteles, e três de seus elementos constitutivos da tragédia: mito (enredo), pensamento (retórica) e caracteres (personagens), a partir dos quais dividimos as três camadas da clínica, os três capítulos que compõem esta tese.

Nesse sentido, agenciaremos algumas figuras míticas arquetípicas gregas e faremos as adequações pertinentes à clínica. São elas: o médico como herói trágico, com traços de semelhança com Édipo e Teseu; os sintomas de doenças como enigmas se colocam como obstáculos à trajetória do herói trágico; a clínica como labirinto e seus muitos portais de acesso; o paciente como Minotauro que comporta o duplo, humano e selvagem, saúde e doença; e, por fim, o fio de Ariadne, as linguagens que permeiam a clínica, e, também, esta tese ela própria e o que é por ela descortinado.

A distribuição desses papéis, contudo, se dá pela presença mais ou menos preponderante desses aspectos na duração da performance analisada aqui e não pelo objetivo de cristalização dos personagens em cena, encerrando-os nessa leitura. Os papéis são intercambiáveis e podem sempre coexistir, mesmo dentro de um mesmo ator.

Ao fazer emergir a consulta clínica como palco trágico, enxergamos a cena em toda sua potência e composição. Sem a pretensão de esgotar qualquer análise sobre o fenômeno clínico,

o objetivo maior desta tese é demonstrar a sua hibridez composicional por meio da análise de três elementos que consideramos primordiais e sustentáculos da estrutura erigida: tragédia, retórica e narrativa.

“Só um trabalho profundo de compreensão e interpretação dessas configurações de linguagem é capaz de descortinar “verdades” humanas que o empirismo da racionalidade científica não consegue vislumbrar”. (CARELLI, 2020, p. 37) Vislumbremos, portanto, a configuração de linguagem que compõe a cena clínica, inclusive os seus personagens. Evocaremos o híbrido metodológico necessário para, tal qual o herói trágico da clínica, levar a cabo em análise as hipóteses aqui levantadas.

Agora, ao labirinto.

O LABIRINTO DA CLÍNICA: TRÊS CAMINHOS PARA DENTRO

O labirinto representa a clínica e é a metáfora central deste trabalho. É ele que percorremos e que se revelará pouco a pouco na ação do caminhar. Os caminhos interpretativos que estabelecemos como fios de acesso são três, mito, pensamento e caracteres.

O primeiro caminho nos levará à camada mais estrutural do labirinto, o arcabouço formal que orienta os outros caminhos mais internos, tornando-os possíveis. Para a leitura da tragédia da clínica, construiremos esse mosaico de elementos míticos e poéticos que compõem a ação. Para fundamentação teórica do gênero trágico, tomaremos mão primordialmente da *Poética*, de Aristóteles, espinha dorsal desta tese, e de outros teóricos dos quais falaremos no momento oportuno.

O segundo caminho é o caminho intermediário. Nele, nos deteremos no discurso retórico do médico em cena e sua ação persuasiva que faz emergir novas figurações de si. Para a análise da retórica da clínica, partiremos fundamentalmente da *Retórica*, de Aristóteles.

No terceiro e último caminho, por onde alcançaremos o almejado centro e nos depararemos com o Minotauro da clínica, deter-nos-emos no paciente, em sua integralidade mais brutal: seu duplo à mostra, humano e animal, o digladiar da saúde e da doença e suas configurações pela linguagem. Para fundamentação desse capítulo, aclamaremos, em especial, a importância da obra *A Teoria do Romance*, de Georg Lukács.

O labirinto: ei-lo aqui.

CAMINHO I – MITO

PRÓLOGO NARRATIVO 1/3²

As cortinas se abrem. Silêncio na plateia. As duas luzes frias do palco se acendem trazendo à tona o que descansava disforme à sombra.

O calor da sala de espera contrastava com aquela tarde fria de agosto. Inês já estava acostumada com a rotina do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas, afinal já havia estado ali e relatado suas queixas, já havia retornado e mostrado os resultados obtidos, ou não. O que afinal sabemos se a observação presente é tudo que temos? No entanto, em sua última visita a avisaram que a transfeririam para o R2, ela seria atendida agora por um residente de segundo ano e poderia ter mais consistência no atendimento. Inês não sabia ao certo o que isso significava, mas confiara nas palavras do médico e cá estava. Esperando. Chegara cedo naquela tarde, havia se equivocado no horário, pois suas consultas no R1 eram sempre pela manhã, então já esperava há certo tempo, ressentida consigo mesma pelo equívoco, mas resignada na sala de espera.

Um personagem vestindo um jaleco branco impecável com um crachá pendurado no único bolso superior à mostra entra em cena e diz em voz alta: Inês da Silva. Seu nome foi chamado. Levantou-se com sua respiração ansiosa, encaminhando-se para a saleta indicada pelo profissional do familiar e permanente jaleco branco, embora os rostos que o vestiam sempre mudassem, a postos na entrada. Os olhos se cruzam dizendo algo numa quietude concordante. “Vamos?” convida ele indicando a direção com os mesmos olhos que segundos antes a procuravam. Eles ocupam a pequena saleta bem iluminada com uma mesa entre duas cadeiras, uma maca ao fundo, uma pia modesta com sabão líquido à disposição e quatro paredes com canos aparentes e ruidosos. Sentam-se um defronte ao outro. “Primeira coisa, meu nome é R, a gente vai ficar aqui agora no ambulatório do R2, tá certo?” Inês concordou com nervosismo. Por que será que os ditos cujos no jaleco branco são tão intimidantes?

Na mesa, um computador e, ao fundo da sala, uma pia modesta e pequena. “A gente tem consulta aqui mais ou menos de 3 em 3, de 4 em 4 meses, tá certo?” Inês novamente concordou com um breve aceno da cabeça, já havia habitado aquele espaço antes, aquelas informações já haviam sido passadas a ela pelo último médico que a atendeu, então sabia que

² Os prólogos narrativos que abrem cada capítulo desta tese são autorais, inspirados pela consulta médica da Dona Inês, que será apresentada no Capítulo 1.

ainda não era o momento de expressar seus motivos ou o nervosismo incontornável que sentia e nem sabia ao certo o porquê.

“Eu tô vendo aqui no prontuário da senhora que a senhora tá em acompanhamento desde ano passado do outro lado do corredor, não é isso?” Novamente um aceno na cabeça concordando com o jovem médico. “Senhora?”, Inês estranhava o título de médico num rapaz tão jovem. Com o termo, Inês sentia, além de todos seus incômodos, também o peso da idade.

“Andei vendo aqui também que a senhora tem alguns diagnósticos já, não é isso? Que que a senhora tem de problema de saúde, diz aí pra mim”. Com essa ordem disfarçada de pedido suplicante, Inês teria que articular suas dores. Por onde começar? Que informações afinal o médico já teria ali no prontuário? Por que afinal a paciente, embora minimamente soubesse, achava o tal do prontuário um objeto tão poderoso, quase como um diário escancarado, seu interior posto ao avesso pra todos verem? Ali fazia sentido para Inês a expressão que sempre ouvia de sua falecida mãe: “a vida é um livro aberto de páginas rasgadas.” Bem, um livro aberto, com certeza, se as páginas estavam rasgadas, lhe diria agora o médico.

“Ô, doutor, desculpe, eu não sei muito bem porquê é que eu tenho esses problemas de saúde, mas esses problemas de saúde começou no ano passado, em junho.” A inevitável pausa de quem busca recapitular sua própria história, ponderar sobre o que é pertinente naquele presente momento. O que exatamente aquele jovem médico precisa ouvir? O que ele quer ouvir? Mas o que eu quero contar? Será ele o possuidor do ponto final para o seu amontoado de angustiantes e doloridos dias?

A expectativa anuncia que o esperado momento chegou: a tragédia da clínica tem início.

A TRAGÉDIA DA CLÍNICA

Propor a leitura da clínica como uma estrutura trágica torna imperativo tratar do gênero trágico e dos elementos que sustentam tal afirmação.

A escolha do drama enquanto estrutura formal para análise da clínica não é arbitrária, pois foi pensada a partir da ação mútua e responsiva dos dois sujeitos implicados na cena, médico(s) e paciente. A análise da consulta clínica como palco já fora antes elaborada em artigo³ da professora Maria de Jesus Cabral que contribui, assim como outros escritos da autora, para os estudos de novas interfaces entre saberes médicos e literários.

No referido estudo, CABRAL (2015) parte da reciprocidade corpo-linguagem, inerente ao teatro, como proposição de contribuição ao espaço clínico e à prática médica, pois “enquanto encontro ao vivo, bifacial (porque exige a presença de um locutor e de um “auditor”) orientado em direção ao “outro” e determinado pelo contexto, a consulta médica é palco duma relação de cuidado fortemente ritualizada” (p.113).

A consulta e a peça teatral têm em comum realizar-se num palco ritualizado de comunicação e de relação ao outro, permitindo uma focalização no todo do indivíduo, numa expressão única de combinação entre visível, dizível e seus (aparentes) opostos, como o silêncio, que modula o discurso da mesma forma que ritmo, pausas e outras variações modulam o poema e a música. [...] A matriz performativa do teatro é um traço essencial da narratividade específica que o teatro configura e veicula, privilegiando a presença viva das dimensões física, psíquica e cultural em detrimento da representação passiva e abstracta. (CABRAL, M. J, 2015, p.109)

Em nova publicação intitulada *Theater and (Narrative) Medicine: Fortifying Ethics in Healthcare Education*⁴, a autora reforça e amplia a “dimensão discursiva e performática da consulta médica (baseado no falar como ação), [...] o que acontece entre médico (ou profissional de saúde) e paciente é antes de mais nada a palavra viva.” (CABRAL, 2023, p. 254-255 – tradução nossa⁵), reiterando o enfoque dado ao objeto de análise também deste presente trabalho: a ação da clínica.

Partiremos da consulta médica enquanto arte dramática para elucidar a ação que dela e nela se desdobra por meio de seus agentes, pois o drama não é o falar ou o narrar

³ Título do artigo: *O que me diz este corpo? Contributos do modelo teatral para a Medicina Narrativa*, de Maria de Jesus Cabral - Estudo elaborado no âmbito do projeto de investigação “Do texto ao corpo. Interfaces teatro e medicina”, enquadrado no programa de formação avançada da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia (ref. SFRH/93423/2013)

⁴ Tradução nossa: “Teatro e (Narrativa) Medicina: Fortalecendo a ética na educação em saúde”.

⁵ Original: “The discursive and performative dimension (based on which saying *is* doing), [...] where what happens between the doctor (or health professional) and the patient is first and foremost a *living word*.”

indiscriminadamente, mas o agir comunicando e é essa a perspectiva da ação que nos interessa especialmente: a ação verbal do enunciador que, ao falar, age sobre si e sobre o outro.

Torna-se incontornável ressaltar que o objetivo deste trabalho não é postular a consulta clínica como uma tragédia grega *ipsis litteris*, aos moldes dos poetas gregos trágicos, como Ésquilo, Sófocles e Eurípedes, mas, sim, jogar luz sobre certos elementos constitutivos do gênero e interpretar a clínica a partir desse postulado, escolhendo o drama como a estrutura e o tom predominantes e tomando a tragédia como nossa matriz conceitual de análise.

Para apurar os elementos constitutivos do gênero trágico, voltemos à Grécia antiga, à fundamental *Poética*, de Aristóteles, que, como descreve Paulo Pinheiro (2017) na introdução que teceu sobre e para a obra, “como o próprio termo nos indica, (*poiêtikê*) deve ser compreendida como uma discussão “sobre o modo de composição do poema”. Ela deveria nos ensinar a compor ou produzir um poema mimético (uma tragédia)” (PINHEIRO, 2017, p. 07). O que se destaca, de forma mais extensiva e expressiva, dessa obra até os nossos dias diz respeito ao gênero trágico e seus componentes constitutivos. Contudo também podem-se incluir, ainda que em menor medida, a epopeia e, ainda mais brevemente, a comédia, esta que foi, infelizmente, em sua maior parte, perdida.

Passemos agora à definição estabelecida por Aristóteles:

É pois a tragédia a mimese de uma ação de caráter elevado [25], completa e de certa extensão, em linguagem ornamentada, com cada uma das espécies de ornamento distintamente distribuídas em suas partes; mimese que se efetua por meio de ações dramatizadas e não por meio de uma narração, e que, em função da compaixão e do pavor, realiza a catarse de tais emoções. (ARISTOTELES, 2017, p 71-73)

À definição de tragédia incluem-se ainda seis partes constitutivas. A saber,

Uma vez que a tragédia é mimese de uma ação que se efetua por meio da atuação das personagens, que devem, necessariamente, possuir qualidades segundo o caráter e o pensamento [1450^a] (o pensamento e o caráter [são as causas naturais das ações], pois é por meio desses fatores que também se qualificam as ações e segundo as ações todos são bem-sucedidos ou malsucedidos), e o enredo é a mimese de uma ação – pois digo que enredo é a combinação dos fatos; os “caracteres”, o que nos permite dizer que as personagens em ação possuem tal ou tal qualidade; e o “pensamento”, todas as passagens que viabilizam, aos que falam em cena, demonstrar algo ou manifestar algum conhecimento -, é necessário que, como um todo, a tragédia seja constituída de seis partes – por meio das quais possui tal ou tal qualidade -, a saber: enredo, caracteres, elocução, pensamento, espetáculo e melopeia. (Ibidem, p 75-77)

Com o afastamento temporal da conjuntura que possibilitou a identificação dessas seis categorias constitutivas do gênero trágico, feita por Aristóteles, ou seja, nos voltando à nossa

contemporaneidade e o modo como o gênero evoluiu e se modificou, muitas dessas categorias, senão sua maioria, tornaram-se obsoletas, ou, ao menos, impertinentes ao recorte feito aqui. Não trataremos aqui de métrica, melodia, canto, por exemplo. Mas jogaremos luz nos elementos que nos são possíveis e pertinentes para o presente trabalho, sendo os mais importantes: enredo, caracteres e pensamento.

O enredo “é o princípio, como que a alma, da tragédia” (ARISTÓTELES, 2017, p. 83), tendo o mito como fio constitutivo da mimese de uma ação; “em segundo lugar estão os caracteres” (1450b) revelados por suas ações, especialmente por suas decisões, que levam os agentes à fortuna ou ao infortúnio; e, por fim, o pensamento,

que consiste na capacidade [5] de dizer o que é pertinente e adequado; o que equivale, no que tange aos discursos, à tarefa da política e da retórica, pois, com efeito, os antigos poetas faziam falar as personagens na condição de políticos, enquanto os de nossos dias os fazem falar como retóricos. “Caráter” é a modalidade de pronunciamento em que se pode manifestar uma escolha qualificada – eis por que não há caráter em discursos nos quais não se manifesta absolutamente uma escolha ou que escapa [10] a tal tarefa. Há pensamento quando se demonstra algo tal como é, ou como não é, ou quando se enuncia algo de universal”. (Ibidem, p.85-87)

Nosso foco neste trabalho se reconhece nas palavras postas por VERNANT e VIDAL-NAQUET (2014), “esforçamo-nos por apreendê-la [a tragédia] em todas as suas dimensões, como fenômeno indissolivelmente social, estético e psicológico”, também definindo-a, em certa medida, em tríade. Os componentes não são facilmente divisíveis e desassociados uns dos outros, portanto, os três capítulos instituem-se como uma tríade interdependente, um percurso triplo necessário para a compreensão da tragédia da clínica em suas nuances e camadas, das mais efêmeras e transitórias às mais firmemente estabelecidas, identificando, expondo e defendendo-as nesta tese.

“O ENREDO (MÝTHOS) É A MIMASE DE UMA AÇÃO”⁶

O enredo tratado por Aristóteles é a composição do mito (mýthos). Partiremos de tal conceito norteador, agregando às definições e discussões a perspectiva de Paulo Pinheiro, tradutor responsável pela edição bilíngue da *Poética*:

Seria possível dizer que a poesia mimética não remete a um contexto unicamente ficcional (ou que reporte unicamente à vida particular do poeta); mesmo porque não há motivos para crer que os gregos consideravam seus mitos meramente a partir de

⁶ Referência bibliográfica: ARISTÓTELES, 2017, p.75.

um ponto de vista ficcional. **O mito ou enredo trágico é, antes de tudo, a urdidura de uma história ocorrida e, de regra, conhecida e reconhecida pelos espectadores. [...] O processo mimético remete, sem dúvida, à memória, à memória voluntária, mesmo quando a invenção faz surgir um modo específico de construir o enredo. A construção de um enredo sempre introduz uma ou outra inovação; pois, quando se trata de um mito, nunca se deve falar de uma única versão.** E, quando há dúvida quanto à autoria de determinada tragédia, é o reconhecimento do estilo que muitas vezes ajuda a redimir o problema. De fato, quando o poeta trágico compõe uma tragédia, ele sabe que está se referindo à história (ou ao mito) de Édipo, de Antígona, de Prometeu etc., e assim constrói a trama dos fatos. (ARISTÓTELES, 2011, NdT. p. 75-77 – grifo nosso)

Na análise da clínica, partiremos, também, do conceito de mito como enredo, uma vez que a ação médica, enquanto enredo trágico, tem sua urdidura construída sobre uma história ocorrida, uma memória, ainda que se introduza, vez ou outra, uma inovação, pois, tal qual exposto na citação acima, quando se trata de um mito, nunca se deve falar de uma única versão.

Esse caráter duplo do trágico é reforçado por VERNANT e VIDAL-NAQUET (2014), o “universo trágico situa-se entre dois mundos e essa dupla referência ao mito, concebido a partir de então – como pertencente a um tempo já recorrido, mas ainda presente nas consciências”. O universo mítico passa a ser “a própria mola da ação” (p. 1).

Se na tragédia o mito é a mola da ação, não poderíamos aqui tratar da ação clínica sem falarmos do mito, ou de mitos, enquanto estrutura primordial. Retomaremos os mitos que estão “ainda presentes nas consciências” e que nos auxiliarão na leitura e interpretação de um novo olhar para a clínica médica. Pedimos licença para recontar mais breve e livremente três mitos gregos que, para além de sua força sobrevivente de uma tradição oral longínqua, chegaram até nós, também, ao menos dois deles, como tragédias escritas.⁷ Serão eles os mitos de *Édipo e a Esfinge*, *Antígona* e *Teseu e o Minotauro*.

Nosso objetivo ao recontar essas histórias é fornecer o enredo elementar dos mitos selecionados, de modo a trazer à tona as figuras trágicas que nos serão essenciais ao longo deste capítulo.

O mito de *Édipo e a Esfinge* nos conta que o rei Laio de Tebas foi alertado por seu adivinho para nunca ser pai, pois, caso isso acontecesse, o profeta previu que a criança cresceria e o mataria, casando-se depois com sua esposa. Entretanto, Jocasta, a rainha de Laio, era irresistivelmente bonita e, dominado pelo desejo, o rei a engravidou. Depois de nove meses, Jocasta deu à luz um filho, Édipo. Não obstante, o rei Laio, ainda atento à profecia, deu o bebê a um servo, dizendo-lhe que abandonasse Édipo na encosta da montanha e ali o deixasse morrer. Com pena do recém-nascido, o servo desobedece ao rei, levando-o consigo e, mais tarde,

⁷ *Édipo Rei* e *Antígona*, ambas tragédias de Sófocles.

oferecendo-lhe ao rei Pólipo e à rainha Mérope de Corinto, que não tinham filhos. Édipo cresceu feliz, mas, um dia, ouviu murmurarem que não era filho de seus pais. Transtornado com tal possibilidade, dirigiu-se a Delfos para perguntar ao oráculo. Por meio dele, descobriu estar fadado a matar o pai e casar-se com a mãe. Perturbado com o pensamento de matar Pólipo e casar com Mérope, Édipo fugiu em direção à Tebas – sem saber que ali estava sua família biológica. Na estrada para Tebas, em uma encruzilhada, Édipo se deparou com uma autoridade de grande projeção, que exigiu que ele lhe desse passagem. Édipo se recusa a dar passagem, discutindo com o homem e o matando, sem saber que matava, assim, seu pai, rei Laio. Ao chegar em Tebas, se apaixona por Jocasta, viúva do rei, sem saber que ela era sua própria mãe. Qualquer homem que pensasse em se casar com Jocasta e se tornar o novo rei de Tebas teria como desafio solucionar um enigma proposto por uma criatura com cabeça humana num corpo de leão com asas de pássaro, conhecida como Esfínges. A criatura, então, pergunta: “Qual é o animal que de manhã anda com quatro pés, à tarde com dois e à noite com três?” Édipo não hesitou e disse: “O homem”, decifrando o enigma, “como criança pequena, engatinha sobre os quatro apoios; mais tarde, anda sobre os pés; e, na velhice, anda com o apoio de uma bengala.” Édipo e Jocasta, então, se casaram e viveram felizes com seus quatro filhos, Antígona, Ismena, Etéocles e Polinices, até Tebas ser assolada por uma praga devastadora, arruinando a vida daquele reino. Um dia, Tirésias, um profeta cego, em um rompante de raiva, conta ao rei Édipo que ele havia amaldiçoado a cidade com suas próprias atitudes. Contou, então, a Édipo que o homem com quem havia lutado e matado era seu pai, evidenciando, assim, que Jocasta era sua mãe. Com a revelação, Jocasta se suicidou e, ao encontrar seu corpo, Édipo furou seus próprios olhos, cegando-se como punição pelo assassinato e incesto cometidos por ele.

O mito de *Antígona*, filha de Édipo e Jocasta, conta a história conseguinte à de seus pais, quando os filhos órfãos, Etéocles e Polinices, disputam a sucessão do pai ao reinado da cidade. Os irmãos haviam decidido que revezariam o poder, contudo Etéocles rompe com o combinado ao fim de seu governo, quando decidiu não ceder a vez ao seu irmão. Polinices, enfurecido, parte à cidade vizinha de Argos em busca de um exército que o ajudaria a combater seu irmão e reivindicar o trono de Tebas. O conflito trágico tem fim com a morte dos dois irmãos, que matam um ao outro. O trono de Tebas é assumido pelo irmão de Jocasta, Creonte. No poder, Creonte ordena que o corpo de Polinices não receba as honras dos rituais tradicionais, uma vez que era considerado um traidor de sua pátria. Instaurou também que quem desobedecesse a suas ordens seria punido com a pena de morte. Antígona, irmã dos falecidos, se opõe radicalmente às ordens do tio, reclamando o direito de seu irmão Polinices a um sepultamento digno, conforme estabeleciam as leis divinas. Acreditava-se que os rituais de sepultamento eram

fundamentais para que as almas encontrassem seu caminho e não ficassem presas vagando. Antígona decide desafiar a lei tirana estabelecida por seu tio Creonte e, escondida, enterra seu irmão honrosamente. Quem descobre o feito da heroína é justamente o responsável por cumprir e executar as leis do Estado, Hemon, noivo de Antígona e filho de Creonte. Contudo, apaixonado, Hemon casa escondido com Antígona e ambos fogem. Todavia, a tirania de Creonte os alcança, impondo que Hemon cumpra com seus deveres, matando Antígona e, em seguida, matando-se a si mesmo.

O mito de *Teseu e o Minotauro* tem início quando o rei Minos roga a Poseidon, o deus dos mares, por um sinal divino que comprovasse que era ele o escolhido pelos deuses. O deus envia, então, um belíssimo touro branco com chifres dourados sob a condição de que o rei deveria sacrificar o animal imediatamente honrando o deus. No entanto, em vez de sacrificar o touro, como antes pretendia o poderoso Poseidon, o rei Minos o manteve para si, sacrificando um outro animal em seu lugar. Como maldição pela atitude contrária à sua vontade, Poseidon fez com que a mulher do rei, Pasífae, se apaixonasse pelo animal, concebendo, a partir dessa improvável união, Minotauro, monstro metade homem e metade touro. O rei solicitou ao arquiteto inventor, Dédalo, que construísse, então, um labirinto, do qual, uma vez dentro, nunca fosse possível sair, onde esconderia a terrível criatura com apetite implacável, saciado somente por carne humana. Minotauro era alimentado por sete jovens homens e sete belas virgens enviados a cada sete anos pelo rei Egeu de Atenas que, após ter matado o filho do rei Minos, Androgeu, foi punido pelo oráculo de Delfos com esse rito sacrificial. No terceiro sorteio do ato de remissão, o filho do rei Egeu, Teseu, cujo nome significa *homem forte por excelência*, atingia a maioridade. Na ânsia de libertar-se de Atenas e pôr fim ao sacrifício de sua gente, matando Minotauro, Teseu se juntou ao grupo rumo à Creta, não antes de prometer a seu pai que, na viagem de volta, como sinal de que fora bem sucedido, trocava as negras velas do navio por brancas para lhe informar tão logo fora possível sobre o desfecho de sua arriscada jornada. Ao chegar a Cnossos, os jovens atenienses foram levados ao rei e lá a jovem princesa Ariadne, filha do rei Minos, apaixonou-se avassaladoramente por Teseu e decide ajudá-lo a escapar com vida do até então indecifrável labirinto. Solicita, então, a ajuda de Dédalo, o único que possuía o saber de desvendar o enigma do labirinto, pois era, afinal, seu criador. Este lhe dá um novelo de fio que a princesa repassa ao amado após jurarem que fugiriam juntos quando este saísse do labirinto. O fio deveria ser preso na entrada do labirinto, desenrolando-se conforme o herói adentrasse, mostrando como achar o seu caminho de volta. Assim, ele retornou são e salvo, após aniquilar o Minotauro. Logo a tropa retorna à Atenas, mas, no percurso, Teseu abandona Ariadne na ilha de Naxos. No caminho bem-sucedido da volta, Teseu, se esquece de trocar as

velas do barco como havia prometido a seu pai. Quando o rei Egeu avista a embarcação com as negras velas, desesperado, suicida-se lançando-se ao mar – que leva, então, seu nome.

Agenciaremos alguns elementos trágicos que nos permitirão desvelar o encontro clínico sob um novo véu e nos servirão como fios condutores para a compreensão da tragédia da clínica, que consideramos constituída de um mito/enredo clínico a partir de elementos emprestados de mitos já há muito difundidos. Nosso objetivo encontra ressonância no exposto por Jean-Pierre Vernant e Pierre Vidal-Naquet,

Nossas análises supõem um constante confronto de nossos conceitos modernos com as categorias postas em ação nas tragédias antigas. [...] Como se elaboram na tragédia o senso de responsabilidade, o comprometimento do agente com seus atos, isso que chamamos hoje função psicológica da vontade? Colocar esses problemas é pedir que, entre a intenção da obra e os hábitos mentais do intérprete, se institua um diálogo lúcido e propriamente histórico que ajude a desvendar os pressupostos geralmente inconscientes do leitor moderno, que o obrigue a questionar-se a si próprio na pretensa inocência de sua leitura. (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 2014, p 23)

Colocarmos as personagens e os elementos da clínica em sua própria tragédia é estabelecer a distância necessária para analisarmos, primeiro, as ações que emergem no palco e, a partir delas, os espaços e as personagens, bem como o que e quem mostram a partir destas ações. “Édipo não é nem uma vítima expiatória, nem um ostracizado; é a personagem de uma tragédia, colocada pelo poeta na encruzilhada de uma decisão, frente a uma escolha sempre presente, sempre recomeçada” (Ibidem, p 24). Atentando à cena e a como os elementos se estabelecem dentro dela para mover a estrutura clínica, nos aproximamos dos fenômenos sem juízo de valor subjetivo e pessoal ou vilanização de qualquer natureza.

Encararemos a clínica como labirinto de inúmeras trajetórias possíveis, acompanharemos a trajetória do médico enquanto herói-trágico, quem dirige a ação, nos depararemos com os enigmas colocados a ele, por vezes, enxergaremos um tom em sua máscara que nos aproximará do tom tirânico, como que lançado de relance, e, por fim, chegaremos a encarar o Minotauro de frente, o paciente que, acometido por fenômenos de dor e doença, reúne em si homem e bicho, familiar e estranho, um eu e um outro. Seguiremos na empreitada de experimentar o labirinto da clínica seguros pelo fio de Ariadne fornecido aqui: a perspectiva da linguagem, e com o objetivo claro de que qualquer alteridade posta em cena é também uma possibilidade de identidade de nós mesmos.

O contexto clínico compreendido a partir do universo mítico revela para nós a medicina enquanto construção de narrativas que se perpetuam em outras narrativas posteriores, construídas e reconstruídas umas com as outras, uma massa bem organizada e

compartimentalizada dessas memórias que constroem, em constante movimento, o monumento da ciência médica. Uma ciência cuja perspectiva empírica, ou seja, da experiência dos indivíduos que a experimentam, reverbera em todos nós que já fomos, somos e/ou seremos pacientes – e/ou médicos, claro. Tomamos a perspectiva mimética de compreender que a ação clínica representada aqui imita uma ação que já aconteceu, de formas múltiplas, também a cada um de nós – médicos e pacientes - empreende o objetivo de compreendê-la de uma outra forma, provando novas lentes que nos permita desbravar novos territórios.

Voltemos à *Poética*, de Aristóteles, e a algumas categorias organizadoras do enredo trágico, que também constituirão o horizonte de análise do texto clínico. O filósofo, enumerando suas ramificações, levanta a primeira dessas categorias, o conceito de continuidade, pois a tragédia “é a mimese de uma ação conduzida a seu termo, formando um todo e tendo certa extensão; pois é possível constituir um todo sem que se atinja qualquer extensão devida.” constituindo “começo, meio e fim” (ARISTÓTELES, 2017, p. 89-91). Nosso recorte da clínica é e deve ser uno, pois gira em torno de uma ação: a consulta médica. Esse recorte de ação não diz respeito ao indivíduo e sua vida como um todo organizado dentro da clínica, mas, sim, ao recorte do sujeito dentro desta representação em específico, seu papel performado ali, a vida inserida na duração da performance da consulta médica.

Os enredos trágicos são compostos de três partes: reviravolta (peripéteia), reconhecimento (anagnorisis) e comoção emocional (páthos). Os enredos podem ser simples ou complexos, “entendo por “simples” a ação que ocorre, como se definiu, de modo contínuo e uno, mas sem que se dê, no que tange à modificação da ação, reviravolta ou reconhecimento”. (Ibidem p 103), portanto, os enredos complexos são os que abrigam em sua trama reviravolta e/ou reconhecimento. Reviravolta, ou seja, “a modificação que determina a inversão das ações”, enquanto reconhecimento é “a modificação que faz passar da ignorância ao conhecimento, modificação que ocorre na direção da amizade ou da hostilidade”. Ainda, “a mais bela modalidade de reconhecimento é a que se dá com a reviravolta”. (Ibidem, p.105-107). Sobre comoção emocional, portanto, considera-se o suscitar de pavor (phóbos) e compaixão (éleos), “a mimese tem por finalidade não apenas a ação conduzida a seu termo, mas também os acontecimentos que suscitam o pavor e a compaixão, e que tais emoções, uma após a outra, se realizam, sobretudo, contra nossa expectativa.” (Ibidem, 101-103). Um exemplo pertinente para concretizar a imagem de pavor é o de Édipo ao descobrir que matou seu pai e cometeu incesto contra a sua mãe. É o despertar do horror fora da lógica da expectativa, uma vez que os atos cometidos por Édipo estavam fora do campo de seu saber; o saber tornaria tais atos ainda mais desprezíveis, ultrapassando a justa-medida da verossimilhança defendida pelo filósofo.

Sintetizando o pensamento aristotélico sobre enredo trágico, exposto até aqui, o que constitui uma boa tragédia é encerrar especialmente os três principais elementos constitutivos: enredo (mito), pensamento e caráter; que a representação provoque/evoque medo e/ou compaixão, que o enredo seja complexo, contendo ambos reconhecimento e peripécia, que seja simples, alterando o destino do herói da boa sorte ao infortúnio, e que se atinja, por esses meios, a complicação, buscando o desenlace. Não é toda a tragédia que compreenderá todos esses elementos, até mesmo na revisão feita pelo filósofo, muitos poetas gregos tampouco alcançaram tal ideal. No entanto, é importante dispor dos conceitos apresentados para poder exaltá-los, mais tarde, na análise e interpretação da textualidade clínica.

A partir desse esmiuçar das partes que constituem o todo do processo mimético que nos compete aqui, ou seja, da representação da ação do(s) mito(s) na tragédia da clínica, concluímos que o enredo da tragédia deve ser composto “dramaticamente e em torno de uma ação una, formando um todo e estendendo-se até seu termo, tendo começo, meio e fim, para que, como um ser vivo uno e formando um todo, ela {a mimese} produza o prazer que é próprio a esse gênero de poesia” (Ibidem, p.185).

Não trataremos a consulta médica em sua totalidade, haja vista sua extensão⁸. A ação una, integral e completa, constituída por começo, meio e fim, girará em torno do argumento principal: queixa/doença e as partes selecionadas que construirão uma totalidade final ao leitor. Ainda que o paciente já possa ter um histórico dentro daquele mesmo espaço clínico ou que marque um retorno para uma consulta futura, cada consulta é fruto de seu tempo, portanto, se desdobra a partir das circunstâncias do seu presente de performance. O encontro clínico é um encontro pulsante e latente de presente(s) e de presença(s).

Não só os conceitos aristotélicos nos ajudam a empreender um outro olhar para o fenômeno clínico, corroborando a tese da tragédia da clínica. No breve, mas eficiente, *Introdução à dramaturgia* (1988), de Renata Pallottini, a autora traz alguns dos conceitos do que chama “compacta e genial *Poética* de Hegel” (PALLOTTINI, 1988, p.7), portanto, apontaremos tais conceitos pela perspectiva da autora.

O primeiro, sobre a unidade da ação, que é, para o filósofo, a mais importante, pois “diz ele que toda ação deve ter um fim determinado; assim que o tenha, colidirá com outra. O conjunto, a constelação dessas ações (e vontades), caminhando para um fim (desenlace), é o que caracteriza a unidade da ação.” (PALLOTTINI, 1988, p. 12). Portanto, tal qual perspectiva de unidade aristotélica, a perspectiva hegeliana, facilitada por Pallottini, também descreve a

⁸ As transcrições integrais das consultas médicas abordadas neste trabalho podem ser encontradas na seção Anexos.

clínica: um conjunto de ações que tem um fim determinado, o desenlace dado pelo diagnóstico ou prognóstico que é inerente à prática clínica. O embate dramático tem em cada consulta uma inteireza que se desvela na e da ação: se inicia, se desenvolve e tem, sempre, um desenlace. O fim da consulta não implica o fim do tratamento clínico, claro, mas implica o fim daquela performance, do que pode ser feito dentro da constelação de ações que é estabelecida como unidade pelo herói trágico no presente da ação.

A autora também traz às leis do drama que se originaram de um curso sobre dramaturgia oferecido pelo autor e diretor Augusto Boal. Segundo ele, essas leis foram uma tentativa de adaptação ou sistematização dos conceitos hegelianos dentro das 4 leis da dialética.

Não teremos a possibilidade de nos aprofundar na teoria dialética de Hegel para o desenvolvimento deste trabalho, contudo, a esquematização provida por PALLOTTINI (1988) será suficiente para apontar como estas leis: 1. Lei do conflito; 2. da variação quantitativa (ação dramática); 3. Variação qualitativa; 4. Interdependência, embora apresentadas de forma sucinta, se relacionam com o que entendemos por drama neste trabalho, ou seja, a clínica:

- a) teatro é conflito; todo drama pressupõe conflito, confronto de vontades, ideias, pontos de vista, ações. Onde não há conflito, não há drama;
- b) a ação dramática, o movimento interior, o devir, constituem a própria essência de uma peça de teatro e são consequência do conflito. Não do conflito estático, que não aumenta, não cresce, mas sim daquele que se intensifica e, portanto, varia quantitativamente;
- c) a variação qualitativa é o ponto de mudança para o qual caminha o conflito, em sua intensificação. Chegado a esse ponto de aquecimento máximo, a linha do conflito deve mudar, sofrer uma variação – ou salto – qualitativa;
- d) tudo isto – conflito, ação dramática, variação quantitativa, salto qualitativo – deve estar submetido a uma unidade fundamental do todo, à interdependência de todos os componentes, à constância da ideia central, espinha dorsal da obra, e que é, outra vez o correspondente à regra aristotélica da unidade da ação. (PALLOTTINI, 1988, p 41)

Ainda que a esta altura do trabalho estejamos no início de nossa reivindicação pela consulta clínica como tragédia, a partir de sua estrutura e temática, forma e conteúdo, relacioná-la às leis do drama não é um empreendimento dificultoso, ainda mais pela progressão do conflito se assemelhar à progressão de complicação, clímax e desfecho. Contudo, na clínica, essa história não é construída somente a partir da narrativa, mas primordialmente a partir do drama, do embate dialógico. Pela primeira lei do drama, o princípio de conflito é inerente ao *setting* clínico: a dor e a doença que acometem um sujeito e o tiram de seu *status quo*, de sua cotidianidade. A clínica já se estabelece na ideia de conflito do paciente consigo mesmo, com o ruído que o acomete e, depois, estabelece-se o conflito de linguagem, a relação com o médico, o embate dramático do confronto dialógico. A segunda lei, a intensificação do conflito, decorre

da primeira lei, ou seja, a ideia de progressão até o nó da ação, chamado o clímax, é o cume mais alto do teor dramático. A terceira lei, portanto, tendo atingido a intensificação máxima do conflito, sofre uma variação, uma mudança – para fortuna ou infortúnio – alcançando seu desfecho. A última lei descreve, então, que todo esse percurso tem que formar uma única ação dramática, uma unidade, uma espinha dorsal da clínica. Como já apontado anteriormente pelos conceitos aristotélicos, é o médico como herói-trágico que move a ação e sua grande vontade é desvendar e resolver o enigma da clínica, a doença que se coloca como obstáculo em sua jornada. O conflito da clínica gira em torno da vontade do herói trágico de erradicar a dor/doença, bem como da investigação das pistas, que o ajudarão a levar a cabo tal empreitada; nesse sentido, o personagem-interlocutor-paciente é posto como uma “ação lateral”, como coloca a autora abaixo, e como veremos mais profundamente no capítulo 3.

A peça deve ser um conjunto onde todas as coisas dependem umas das outras. Os conflitos estão unificados, a ação dramática é uma só, conduzida por uma ideia central, única e unificadora. Não têm sentido as ações laterais, que não acrescentam nada ao cerne do drama. Este cerne, este osso, este núcleo, deve centralizar tudo, como um eixo. As cenas todas de um drama devem estar ligadas a esse eixo e não podem ser inúteis, supérfluas. (Ibidem, p 50)

Compreendida a extensão da consulta como unidade, passemos agora à divisão da tragédia da clínica em três atos. As consultas que abrangem este trabalho, como já expomos, têm como característica comum os três momentos de interação que fazem parte do contexto em que estão incluídas, o do AGD-FMUSP, onde as consultas seguem a seguinte estrutura: 1) primeiro contato do médico residente com o paciente, 2) discussão de caso do médico residente com o médico assistente para concretização do diagnóstico e, por fim, 3) retorno do médico à sala de consulta para encaminhamento final com o paciente. Essas unidades são divisíveis, mas não autônomas, pois interdependentes.

Optamos por dividi-la em três atos seguindo os seus três momentos, respectivamente: o mito da clínica, o tribunal e o desenlace. A divisão da unidade em atos, no entanto, não advém da forma trágica grega clássica.

O *e-Dicionário de Termos Literários*, de Carlos Ceia, define o conceito de “acto” com uma breve retrospectiva histórica que passa da unidade indissociável aristotélica à divisão horaciana em cinco atos e à hegeliana em três atos. Chegando na modernidade, os dramaturgos beberão dessas tradições conforme melhor lhes servirem.

Cada uma das partes em que se divide uma peça de teatro, de número variável (geralmente, entre um a cinco). Um acto subdivide-se em cenas, que, por sua vez, ainda se podem subdividir em quadros. Nas representações convencionais, a

conclusão de um acto, porque simboliza o fim de uma fase da acção, é traduzido pelo cair do pano e por um intervalo, prática que se tornou comum a partir do século XVIII. Dentro de cada acto, o local da acção pode ser modificado [...], prática que antes do século XVIII não era seguida, por respeito à regra clássica de unidade de local dentro do acto. Hegel, na sua sistematização das artes, na *Estética*, considera que estes momentos do movimento dramático, como “fases da acção, são eles mesmos acções, de modo que a denominação de actos lhes convém perfeitamente. [...] O número dos actos mais conforme à estrutura do drama é de três. O primeiro expõe o nascimento do conflito; o segundo o choque, a luta de interesses e todas as complicações que daí resultam; o terceiro mostra que levada essa luta ao paroxismo, termina pelo desfecho natural.” (*Estética*, Guimarães Ed., Lisboa, 1993, pp.635-636). No teatro grego antigo, não estava prevista a divisão em actos, pois, como está já codificado na *Poética* de Aristóteles, o coro, que garante a separação do texto dramático em episódios, deve ser tomado como parte da acção, vista como um todo indissociável. Horácio, na sua *Ars Poética*, é o primeiro a propor a divisão de uma peça em actos (em número de cinco, preferencialmente), o que veio a constituir-se como norma, já respeitada por Séneca e depois seguida pelos dramaturgos europeus a partir do Renascimento (incluindo Shakespeare, que segue regularmente a estrutura clássica) até ao final do século XVIII. [...] As tragédias portuguesas, francesas, italianas, inglesas e alemãs tendem a respeitar a regra dos cinco actos, como prescrevem as poéticas renascentistas. [...] Durante o século XIX, não é possível distinguir um modelo de organização único. [...] No século XX, a norma mais seguida tem sido a dos três actos, com a particularidade de alguns dramaturgos (Bernard Shaw, Samuel Beckett, ou Bertold Brecht, por exemplo) terem optado em muitos casos por substituir a divisão em actos por uma estruturação da peça em cenas e/ou episódios. (CEIA, verbete: acto, s/d)

À clínica, seguiremos com a proposição hegeliana da divisão em três atos: conflito, choque e desfecho, também como forma de adequação à divisão da consulta médica que aqui retratamos. Os elementos aqui reunidos, clássicos e modernos, nos aparatam para melhor entender o fenómeno da clínica.

Avançando um pouco mais, alcançamos a modernidade e apresentaremos agora uma visão revista do género trágico, com lentes ajustadas aos fenómenos que se desvelaram e se ajustaram ao longo da extensão temporal que compreende a tragédia. Os elementos trágicos gregos se chocam com os elementos trágicos modernos, mas o choque temporal e conceitual não é, aqui, excludente. Abarcaremos o panorama que nos reafirmará que o trágico é a junção do imaginário e do real, da ficção e não-ficção, uma assimilação do passado e uma proposição de algo novo, os conceitos são lidos e relidos, escritos e reescritos. Nossa análise aqui projeta uma terceira via, uma forma de análise outra, mais híbrida, permeada pelos principais fenómenos aos quais a tragédia foi exposta, interpelada e atravessada em sua esteira temporal. Desembocaremos agora na tragédia moderna.

É fato inegável que há um sentido moderno do termo “tragédia”, de uso comum, imbricado em nossa cotidianidade. Quantas vezes não ouvimos, de diferentes fontes, oficiais e não-oficiais, que um determinado ocorrido é uma “tragédia”, ou que se está vivendo uma “tragédia”. O autor Raymond Williams, pensador e crítico da Nova Esquerda inglesa, discorre em seu livro *Tragédia Moderna* sobre a tradição da tragédia até chegar em sua

contemporaneidade, em meados do século XX. Logo no primeiro capítulo, “Tragédia e Experiência”, Raymond nos adianta sua posição na seguinte reflexão:

Tragédia se tornou, em nossa cultura, um nome comum para esse tipo de experiência – um desastre numa mina, uma família destruída pelo fogo, uma carreira arruinada, uma violenta colisão na estrada. E, no entanto, é tragédia é também um nome extraído de um tipo específico de arte dramática que por vinte e cinco séculos teve, sem interrupções, uma história intrincada, mas que pode ser explicada. [...] A coexistência de sentidos parece-me natural, e não há nenhuma dificuldade fundamental tanto em ver a relação entre eles quanto em distinguir um do outro. (WILLIAMS, 2002, p.30)

Atentando ao prefácio da referida obra, escrito pela professora Iná Camargo da Costa, encontramos trecho que parafraseia o pensamento de Raymond Williams de que a academia britânica “decretou a impossibilidade da experiência trágica nos tempos modernos” (p.14), devido à trivialidade dos agentes envolvidos na ação, pois, “se envolve “gente comum”, não podem ser chamados de trágicos” (Ibidem, p.15). O professor, então, responde que “só por preconceito aristocrático teríamos que recusar, como quer a academia, o processo histórico cifrado na assimilação do conceito de catástrofe pelo de tragédia” (p.15) e, afinal, “por que deixar o termo confinado a uma academia?”:

Por outro lado, se hoje o sentido universalmente atribuído ao conceito é o do uso comum, a recusa em usá-lo, ou pior, a censura a seu uso corresponde a mais uma tentativa de desqualificar a experiência da gente comum: desastres de automóvel ou de trem, perda de emprego, desabamento em minas, quedas de vigas, explosões em plataformas marítimas são trágicos para suas vítimas. Com base nesse fato, se tivermos o cuidado de ultrapassar o aspecto fatalista que impregnou o conceito ao longo de sua história, nada impede que também a situação de ameaça e falta de alternativas em que se encontra hoje a humanidade seja qualificada como trágica [...]. Se algum de nós for atropelado por um ônibus, por que isso não será uma tragédia? Por modéstia, indiferença, ofensa ou ideologia? A academia, explica ele, não considera trágicos acontecimentos como guerra, fome, trabalho, tráfego, política. Ibidem, p. 15)

A verdade com a qual nos deparamos de frente é a de que a tragédia moderna não é a tragédia grega, de enredo mítico. No entanto, a tragédia moderna *contém* a tragédia de antes na memória de sua tessitura. Não há mais o herói clássico, Teseu ou Édipo, deparados com o oráculo, realizando uma ação que conta com a interferência e/ou aconselhamento de um coro e/ou dos deuses, entre outras características específicas e singulares da tragédia daquele período. Esses heróis são personagens próprios de seu tempo, constituídos e configurados a partir dele. No entanto, há o imaginário mítico que descansa nas concepções atuais, tendo reservado seu lugar na memória do que já foi. Negar que não haja experiência trágica no mundo moderno, só porque escapa aos conceitos que por muito tempo foram tomados como absolutos,

é tomar uma parte pelo todo e atribuir à fonte original uma totalidade que, ainda que possível, o seria somente em seu próprio tempo de existência palpante. A tragédia é um produto de seu tempo, e transcorre o tempo. Não há, como o autor menciona, a “pressão usual para acomodar o passado às demandas de uma sensibilidade contemporânea” (Ibidem, p.50), mais que isso, se faz necessário aprender com o passado, analisar o que há ainda em comum com o tempo presente, mas ler a sensibilidade contemporânea com os óculos próprios à contemporaneidade.

Ainda que façamos uso da teoria aristotélica como base para nossa análise formal, é necessário afirmar e saber que o que é aqui analisado não é – e nem se pretende ser - uma tragédia grega clássica. Há muitos elementos formais trazidos à luz pelos mitos retomados e, também, por Aristóteles que nos são intransponíveis, nos auxiliam a analisar, inclusive, a ação trágica moderna e, com esse fim, tomaremos mão deles.

Em nosso horizonte, e no decorrer de toda e qualquer interpretação, manteremos à vista a perspectiva de que se trata aqui de uma configuração moderna, de um produto de nosso tempo, da forma como o fenômeno se apresenta para nós no tempo presente e atravessaremos as pontes que se mostrarem frutíferas em nossa caminhada labiríntica.

Seguindo nesse caminho, vale destacar que Raymond Williams ainda questiona o que entenderíamos de fato como sentido trágico significativo, ou seja, o que nos levaria a tratar algo como tragédia e não como acidente. Sua resposta à problemática é a percepção e implicação de um outro na interação humana, não enquanto mero personagem secundário ou acessório de um monólogo existencial, ambas posições objetificadas de um interlocutor cuja subjetividade é sempre inerente, mas como presença atuante, sem a qual a ação não poderia verdadeiramente ser completada. A ação dramática são duas subjetividades em jogo, entrelaçadas e conflitantes.

No caso de morte e sofrimento comuns, quando vemos luto e lamento, quando vemos homens e mulheres sucumbindo à perda – dizer que não estamos na presença da tragédia é, no mínimo, uma afirmação questionável. Outras reações são obviamente possíveis: indiferença, justificativa, e mesmo alívio e regozijo. Mas em situações nas quais o sofrimento se faz sentir, nas quais ele abrange o outro, estamos, claramente, no âmbito das possíveis dimensões da tragédia. Podemos, é claro, nós mesmos, reagir ao luto e à lamentação de outros com as nossas próprias formas de indiferença e justificativa, e mesmo de alívio ou regozijo. Mas, se assim fazemos, devemos ter claro o que estamos fazendo. Que o sofrimento tenha sido transmitido aos mais intimamente envolvidos, mas não a nós, pode ser uma afirmação sobre o sofrimento, sobre as pessoas envolvidas, ou (o que frequentemente esquecemos) sobre nós mesmos. (WILLIAMS, 2002, p.71)

O sofrimento do outro pode despertar reações distintas a depender de quem seja o interlocutor e de toda a conjuntura conversacional à qual estão inseridos. No entanto, a reação pode não diminuir – para o sofredor – o seu sofrer, ao menos não com uma rapidez que se

propõe mais como desejo de apagamento de uma reação desconfortável do que como tentativa de cuidado. Pensando o paciente, o que o acomete é um tipo de tragédia em suas várias e (im)possíveis dimensões. Se o médico, por exemplo, não vê com a dimensão trágica que a doença impõe ao paciente, a comunicação entre eles não será possível em sua inteireza, em níveis mais profundos de compreensão e apreensão do outro – que é o que se espera a partir da vulnerabilidade ali exposta em carne e osso, corporificada no doente, em contato com o cuidador médico. Se a indiferença é uma reação na presença da tragédia, como diz o autor, isso diz muito sobre os sujeitos envolvidos numa ação “inconsciente e habitual” (Ibidem, p.73).

Os eventos que não são vistos como trágico estão profundamente inseridos no padrão da nossa própria cultura: guerra, fome, trabalho, tráfico, política. Não ver conteúdo ético ou marca de ação humana em tais eventos, ou dizer que não podemos estabelecer um elo entre eles e um sentido geral, e especialmente em relação a sentidos permanentes e universais, é admitir uma estranha e específica falência, que nenhuma retórica sobre a tragédia pode, em última análise, encobrir. (Ibidem, p.73)

A tragédia da clínica também é um fenômeno social. O encontro clínico, para superar suas estruturas paradigmáticas, deve ser compreendido em suas dimensões inerentes e essenciais: ética e social. O que está em questão não é a doença como “azar” ou “possibilidade”, pois a doença não existe ali sem o sujeito acometido. É essa relação em ação entre sujeitos – médico e paciente – que carrega seu sentido trágico, a interação é o embate dramático tomado forma, sua forma em clínica.

Na esfera do cuidado, há a implicação de dois sujeitos atuantes em cena, não somente um sujeito (médico) e um enigma a ser transposto (doença), atitude que toma a doença como entidade que existe em si mesma com autonomia e protagonismo. A tragédia da clínica tem, como personagem de ação, o sujeito com uma dor ou doença que o acomete por completo, o atravessa e modifica a sua existência naquele momento de ação. Definir se um sofrimento é, de fato, tragicamente significativo ou se é um mero acidente é uma perspectiva de apagamento dos sujeitos que de fato sentem e sofrem. Para eles, o sofrimento é e sempre será significativo, ao menos naquele tempo e espaço presentes. A concepção e o julgamento externo os apagam para facilitar as definições: “onde quer que a lei ou a ordem surja de forma parcial (no sentido de que apenas determinados eventos são relevantes para ela), haverá uma real alienação de alguma parte da experiência humana.” (Ibidem, p.74).

Aqui, podemos retomar a discussão sobre o tirano Creonte, em *Antígona*, que estabelece a lei e a ordem de seu reino para honrar e fazer valer sua retórica, se aliena de parte da existência

humana, que é, então, reivindicada por Antígona: dar um enterro digno a ambos os seus irmãos, independente do jogo político que tenham executado.

A definição de tragédia como dependente da história de um homem de posição é justamente uma alienação: algumas mortes importavam mais do que outras, e a posição social era a verdadeira linha divisória. [...] Ironicamente, a nossa própria cultura burguesa começou por, aparentemente, rejeitar essa visão: a tragédia de um cidadão poderia ser tão real quanto a tragédia de um príncipe. (Ibidem, p.74)

Tomando como ponto de partida a diferenciação estabelecida pela citação acima, nos parece estarmos ainda mais presos à aristocracia grega clássica e sua alienação intrínseca, em que alguns homens importavam mais que outros, assim como algumas mortes importavam mais que outras. Ainda que muitas tragédias de homens comuns sejam trazidas à luz pela esfera midiática, muita gente comum ainda padece de “acidentes” e não do sentido verdadeiramente trágico, o que implica, como dissemos, enxergar o outro em sua subjetividade completa e complexa. Nosso objetivo é, então, resgatar a tragicidade que não só define a relação clínica como a constitui.

Passemos agora para o herói trágico, o médico⁹, o personagem principal do drama, que move a ação clínica buscando a resolução do enigma humano que o interpela de todo, “a mais comum interpretação da tragédia a vê como uma ação na qual o herói é destruído” (Ibidem, pg.79), “o herói é sem dúvida destruído em quase todas as tragédias, mas esse não é, normalmente, o fim da ação. Uma nova distribuição de forças, físicas ou espirituais, comumente sucede à morte.” (Ibidem, p.80) O desfecho do herói clássico é o desfecho inexorável da morte – concreta ou figurativamente, não há escapatória para um destino já previamente traçado por meio de mitos e oráculos. E, posteriormente à morte, o grande clímax, o enredo segue para os encaminhamentos finais, como será a vida pós-herói e os possíveis desdobramentos e aprendizados daquela sociedade e, também, para o público que acompanha a trama. Essa continuidade que o autor aponta ocorre, na tragédia grega, por meio do coro, as vozes que dão as informações para a audiência. Já na tragédia da clínica, o herói não sairá ileso da interação, haverá desfechos, a depender de cada consulta, cada drama é uma trama única e complexa. Haverá – de algum modo – um renascimento, metafórico, claro, mas uma renovação de suas forças, sairá do encontro modificado - uma “ação de reintegração” (Ibidem, p. 80), mesmo que seja do sujeito com ele mesmo, para além das paredes da clínica, talvez.

⁹ O herói trágico é abordado em mais detalhes no capítulo 3.

Pensar o médico como herói-trágico nos ajuda a entender a força de sua ação retórica para a sobrevivência da cena trágica, tarefa empreendida no capítulo 2. O médico não pode desistir, não pode sucumbir, não pode se relacionar com a profundidade subjetiva do paciente senão com suas queixas de dor e doenças para as quais buscará alívio, saúde e cura. Todo o movimento do herói trágico é, também, para sua sobrevivência e para a sobrevivência, no caso do encontro clínico, da própria possibilidade de um tratamento efetivo. Ambos os sujeitos estão implicados, médico e paciente, mas a responsabilidade da resolução do enigma sempre recairá sobre a figura profissional, o médico também age para sobreviver à tragédia da clínica.

A ação principal pode acabar, mas reverberará ainda nos envolvidos. No caso do médico, tal reverberação é ainda mais clara, uma vez que a experiência médica é construída a partir das infinitas exposições a casos médicos diversos e suas formas de tratamento. Todo encontro clínico é uma narrativa que se institui em nós, rememorando o que já foi e o que, a partir dela, pode ou não ser. O tipo de efeito, próprio ao sujeito, não saberemos, como afirma o autor, “não compete ao artista ou mesmo ao pensador oferecer respostas e soluções, mas simplesmente descrever experiências e levantar questões. [...] Concluir que não há uma solução também é uma resposta.” (Ibidem, p.80). Ainda que o desfecho da ação não aconteça, dentro do que foi possível observarmos, ainda existe a possibilidade de interpretá-lo. O vazio, o campo do não-saber, do silêncio ou o fundo branco, o desfecho que fica em aberto, ainda assim é um desfecho. É uma resposta com a qual, talvez, não estejamos acostumados ou sequer munidos de pronta análise. Talvez tenhamos uma resposta incipiente, possibilitadora de mais perguntas, possibilitadora de leituras e interpretações outras e, quem sabe, talvez, respostas. É importante entendermos que o sujeito terá seu processo mesmo que não saibamos qual seja(m) seu(s) desfecho(s),

Quando afirmamos que a experiência trágica é uma experiência do irreparável, porque a ação é seguida, sem desvios, até o herói estar morto, estamos tomando uma parte pelo todo, o herói pela ação. Pensamos na tragédia como aquilo que acontece ao herói e, no entanto, a ação trágica usual é aquilo que acontece por meio do herói. [...] Estamos inconscientemente restringindo-nos ao indivíduo. E, no entanto, de modo muito amplo, vemos isso transcendido na tragédia. A vida retorna, a vida finaliza a peça, reiteradamente. E o fato de que a vida realmente volte, afinal, e de que os seus sentidos sejam reafirmados e restabelecidos, depois de tanto sofrimento e depois de uma morte tão importante, é o que constitui, de modo muito frequente, a ação trágica. O que está implicado aqui não é, obviamente, um simples esquecimento, ou uma recuperação para que se possa seguir em frente. A vida que persiste tem como princípio formador a morte; foi, na verdade, em certo sentido, criada por ela. [...] A tragédia pode assim ser generalizada não com a reação à morte, mas como o fato, nu e cru, de que ela é irreparável. (WILLIAMS, 2002, p.80-81)

Por haver na tragédia da clínica questões que escapam ao controle do indivíduo, por exemplo, a doença e a morte, cabe afirmar que o que está em análise aqui é a relação, o embate

dramático estabelecido entre dois personagens, suas ações e o que se desdobra delas. O que não é criado por este contexto – a doença e a morte – nos aparecem como elementos dramáticos estabelecidos *a priori* a todos os indivíduos. São eles a própria trama da clínica. O enredo clínico acontece entremeado pelos pressupostos vida-morte e saúde-doença. São configurados e reconfigurados pelos sujeitos envolvidos na ação em busca da compreensão e solução dos enigmas estranhos que se põem contra o sujeito e atravessam seu silêncio saudável tornando-os, na clínica, ruidosos e latentes. Por fim, “a ação trágica diz respeito à morte, mas não tem necessariamente de terminar em morte. [...] A morte, mais uma vez, é um ator necessário, mas não a ação necessária”. (Ibidem, p.84)

É igualmente possível dizer que o homem não é “naturalmente” nada: que nós tanto criamos como transcendemos os nossos limites e que somos bons ou maus em modos e em situações específicas, definidos pelas pressões que a um só tempo recebemos, podendo recriá-las e novamente alterá-las. (Ibidem, p.86)

Creemos e reiteramos ser essa uma lente essencial de nossa análise, a saber, propor possibilidades de interpretação a partir das ações performadas dentro do espaço clínico, enredo que, todavia, não representa verdades totalizantes, mas busca abrir caminhos de compreensão que não são aqueles pertencentes às ordens já estabelecidas. O objetivo não é cristalizar os sujeitos e nem suas ações, que florescem em contextos específicos e localizados. Contudo, ao permitir a análise, permitimos também que outros sujeitos possam, se quiserem, repensar e reconfigurar suas ações futuras. A tragédia é, então, nossa forma escolhida para propor uma compreensão do encontro clínico, pois, ao focar na ação, no embate dramático entre os sujeitos, dando a ambos os personagens o protagonismo de sujeitos, eliminando da equação a relação sujeito-objeto, conhecemos e aprendemos sobre as ações elas próprias e, especialmente, sobre o contexto a partir do qual as ações surgem, tanto as efetivas, quanto as falhas e as possíveis, sem tornar nenhuma absoluta, mas tão *somente* ações que, com sorte, nos ensinarão algo sobre as relações humanas. “A tragédia, como tal, nada ensina sobre o mal, porque ela tem muito a ensinar sobre muitos tipos de ações. [...] A maioria das grandes tragédias no mundo termina não com um mal absoluto, mas com um mal que foi tanto vivenciado quanto suportado.” (Ibidem, p.86)

Abordaremos agora a dinâmica estabelecida por Williams entre ordem e desordem, ou mais especificamente, a ordem que é criada a partir da desordem. Essa dinâmica se põe como a grande moldura por meio da qual a ação trágica acontece:

Na tragédia, de modo específico, a criação da ordem está diretamente relacionada à ocorrência da desordem, por meio da qual a ação se move. Seja qual for o atributo da ordem afirmada ao final, ela foi literalmente criada nesta ação particular. A relação entre ordem e desordem é direta. Há uma evidente variação na natureza da desordem trágica. Ela pode ser o orgulho do homem confrontado com a natureza das coisas ou uma desordem mais geral que o homem busca superar. (Ibidem, p.77)

A tragédia é sobre desordem, trazendo-a, finalmente, à luz. O drama desnuda e manifesta a desordem que fora abafada pela tentativa de ordená-la e organizá-la, ou seja, tragédia é o que é posto à margem, fora do espaço normativo, consciente ou inconscientemente. É para o que não é olhado que olharemos, para além da falsa sensação de estabilidade que a ordem promove, pois é somente por meio da identificação, compreensão e resolução da desordem que podemos trabalhar as estruturas profundas enraizadas por meio de processos que beneficiam poucos e aprofundam relações verticalizadas. Com respeito à relação entre tragédia e estabilidade de crença,

Tragédias importantes, ao que tudo indica, não ocorrem nem em períodos de real estabilidade, nem em períodos de conflito aberto e decisivo. O seu cenário histórico mais usual é o período que precede à substancial derrocada e transformação de uma importante cultura. A sua condição é a verdadeira tensão entre o velho e o novo: entre crenças herdadas e incorporadas em instituições e reações, e contradições e possibilidades vivenciadas de forma nova e viva. [...] Mas crenças podem ser ativa e profundamente contestadas, não tanto por outras crenças como por uma experiência imediata e persistente. Em tais situações, o processo usual de dramatizar e resolver a desordem e o sofrimento se intensifica até o nível que pode ser o mais prontamente reconhecido como tragédia. (WILLIAMS, 2002, p. 78-79)

A tensão entre crenças – conceito expandido do restritamente religioso – é presente dentro do espaço clínico, já que temos o espaço institucional representado pelo médico e o espaço da experiência da dor representada pelo ser doente. Esferas essas que são facilmente delimitadas, no entanto, intercambiáveis. Um médico atendendo um colega médico da mesma instituição, por exemplo, compartilha provavelmente das mesmas crenças – a razão e o saber médico -, no entanto, a experiência da doença, pertencente exclusivamente ao ser doente, é uma experiência única e subjetiva. Podemos compreendê-la, mas não senti-la. Ainda que tenhamos tido a mesma doença, não teremos a mesma *experiência* da doença, uma vez que a experiência pertence integralmente ao sujeito e só nos é possibilitado o acesso por meio de um recorte e uma construção narrativas, uma experiência intransferível em sua integralidade. A tensão entre crenças muito provavelmente existirá no contexto clínico, já que os sujeitos envolvidos na ação não são facilmente delimitados e nem completamente apreendidos, portanto, sempre haverá algo que escapa ao espectador, ao médico e, quem sabe, até mesmo ao próprio indivíduo.

A seguinte afirmação: “a tragédia é então fundamentalmente associada às grandes crises do desenvolvimento humano: o conflito grego entre “homem e destino” (WILLIAMS, 2002, p.59) nos evoca o seguinte questionamento: nessa tragédia, qual é a crise posta em jogo? Ou melhor, considerando muitas as possíveis crises que constituem a clínica - ou a medicina como um todo, e os agentes envolvidos, além da questão do humano e da humanidade - qual é a mais preponderante e a que melhor se explicita por meio deste trabalho? Acreditamos ser uma crise de linguagem e das expressões conflitantes emolduradas por ela: a razão técnica e a experiência do sujeito. Buscamos “identificar a desordem que está na raiz da nossa experiência trágica” (Ibidem p.89), afinal, qual é a desordem na raiz da experiência da clínica? “Não estamos procurando um novo e universal sentido de tragédia. Estamos procurando a estrutura da tragédia na nossa própria cultura.” (Ibidem, p. 89-90) Sem, no entanto, criar novos dogmas e conexões enrijecidas, buscamos processos fluídos de reconhecimento de desordem e mudanças efetivas em várias frentes. Propor um único modo, uma única cura ao mal é, nas palavras do autor, pular de uma cegueira para outra.

Ao identificar as desordens, ações que perpetuam as cegueiras para processos que privilegiam somente certos grupos e que coloquem outros à margem, é necessária a revolução para transformá-la. No entanto, a revolução de um presente, de uma ideologia presente, é sempre mais desafiadora. É necessário trabalhar na ruptura efetiva e não ‘saltar, ao que parece, de uma cegueira para a outra, e com a mesma confiança visionária. As novas conexões enrijecem-se e não mais conectam.” (Ibidem, p.91)

Trabalhar com a contemporaneidade em processos que se constroem e reconstroem a cada dia nas vastas e distintas experiências dos seres-no-mundo é colocar o dedo em feridas latentes, ou fazer a ferida nós mesmos, trazendo a ruptura à vida, descobrindo-a para supurar e suturar. Uma das justificativas de se trabalhar com a tragédia e não com a épica, por exemplo, diz mais a respeito da temporalidade do que propomos: o presente. Sentimos a clínica no modo em que é constituída e operante *hoje* e a enxergamos com os olhos do presente.

Reconhecerno-nos na desordem trágica e com a necessidade de pulsão é nos implicar na mudança, desprotegidos da neutralidade e de uma constituição das coisas como são, de um *status quo*, que não só nos reveste como intimamente nos define, somos produtos desta constituição, afinal. Cremos como processo natural o desejo de afastar o sofrimento e tornarmos-nos neutros para reafirmar a ordem como forma de proteção – em vários níveis. Lutamos contra o “reconhecimento da revolução como uma ação total dos homens que vivem no presente.” (WILLIAMS, 2002, p.93). A revolução, cuja necessidade é reiterada pelo autor, é produto da desordem e é ela que a tragédia tende a trazer à tona. “A revolução assegurava a possibilidade

de o homem alterar a sua condição; a tragédia mostrava a sua impossibilidade e os consequentes efeitos espirituais” (Ibidem, p.96). A tragédia é o palco no qual a dinâmica viva entre ordem e desordem irrompe tal qual é.

A relação entre tragédia e ordem é dinâmica. A ação trágica tem suas raízes em uma desordem que, de fato, numa etapa específica, pode parecer ter sua própria estabilidade. Mas todo o conjunto de forças reais se engaja na ação, de forma tal que a desordem subjacente se torna terrível e aparente de um modo francamente trágico. A partir da experiência total dessa desordem, e por meio da sua ação específica, a ordem é recriada. (Ibidem, p.94)

Na clínica, podemos entender que as figuras representativas dos conceitos de ordem e desordem, os agentes que colocam a dinâmica em movimento são, antes, o herói trágico, o médico, e o paciente com seu enredo clínico. O médico é a ordem estabelecida, a racionalidade imperante e a engrenagem que move o contexto crítico – o agente que promove as lacunas a serem preenchidas, o senhor do tempo presente. Do outro lado, o paciente é a personificação da desordem, ou seja, o que irrompe contrariamente e desafia a ordem proposta. O paciente é a personificação do próprio caos, a experiência que atropela qualquer tentativa de racionalização, até ser domada e compartimentalizada pelo preenchimento das lacunas que se impõem a ela. Esse choque entre ordem e desordem é a tragédia da clínica. Através das lentes trágicas que esse embate se desvela.

No seu curso real, a ação trágica frequentemente interrompe a usual associação entre valores humanos fundamentais e sistema social reconhecido: a reivindicação de amor verdadeiro contradiz as obrigações da família; o despertar da consciência individual contradiz o papel social definido. (Ibidem, p.95)

A reivindicação da saúde por meio de uma história narrativa autoral do paciente contradiz o sistema por meio do qual a interação acontece, ambos não conseguem, dentro desse sistema específico, coexistirem, não em sua plenitude. É necessário que um subjaza ao outro e, nessa luta, – com forças opostas ainda que ironicamente em direção a um mesmo fim – as estruturas de poder se mostrem e o mais forte triunfe, ao menos enquanto as cortinas permanecem abertas e as luzes da cena clínica permanecem acesas.

A partir do movimento do Naturalismo, emerge o debate sobre a crise entre máquinas e seus caminhos modernizantes e o papel do humano condicionado a esse novo modo de existir: “uma confiança na razão e na possibilidade de uma capacidade continuamente ampliada para a elucidação e o controle” (WILLIAMS, 2002, p.97), ressaltando a condição mecânica à qual é submetido o homem movido por uma grande engrenagem. As perguntas que ressoam ao pensar

essas relações em nosso próprio tempo são, portanto, o que é – ou se tornou – a Medicina a partir desses processos modernizantes? Quem opera ou transforma essa máquina e seus desdobramentos que a tragédia da clínica busca desvelar? Quais são seus impactos na prática dos médicos e na experiência dos pacientes, ou seja, do que é eminentemente humano, em uma configuração mais mecanizada e automatizada da Medicina?

O ponto central das novas teorias de evolução social, que se evidencia mais na teoria da reforma administrada, foi a separação que se estabeleceu entre o desenvolvimento histórico e a ação da maioria dos homens, ou mesmo, nas suas formas mais extremadas, a ação de todos os homens. A sociedade, desse ponto de vista, é um processo impessoal, uma máquina com algumas propriedades acopladas a ela. A máquina podia ser descrita ou regulada, mas não estava, em última instância, ao alcance do controle humano. A transformação social era, no máximo, a substituição de um grupo de pessoas mais fortes e bem-preparadas por outro. A descrição social, no melhor dos casos, era neutra e mecânica. O processo, por assim dizer, se desenvolveria, evoluiria, e nós deveríamos observá-lo, acompanhá-lo, e não atravessar o seu caminho modernizador. Qualquer tentativa de reivindicar uma prioridade humana geral, acima do processo como um todo, é então, obviamente, vista como infantil: a mera fantasia da revolução. (Ibidem, p.99)

A reflexão de Raymond Williams nos expõe modelos que perduram e ainda moldam nossos olhares e nossas ações. Qualquer movimento contrário à maquinação, principalmente movimentos mais manuais, artesanais e artísticos, voltados ao fazer eminentemente humano e subjetivo, por não serem facilmente apreendidos, delimitados ou replicados, “teria tornado insustentável um modelo tão mecânico e unilinear, porque teria enfatizado tanto a variação quanto a criatividade e, assim, um futuro mais genuinamente aberto e (em seu sentido amplo) revolucionário.” (WILLIAMS, 2002, p.99). Não é possível, tendo em vista alguns dos objetivos estruturantes de tal modernização – a aceleração do tempo, massificação dos processos e da força de trabalho e, claro, o lucro das instituições –, preencher as lacunas com o que é advindo do eminentemente artístico e, então, humano. A arte não preenche lacunas, não para satisfazê-las, ao menos. O historiador da arte Georges Didi-Huberman (2013), em seu livro *Diante da Imagem*, questiona o *tom de certeza* emitido na análise da obra de arte, justamente na tentativa de apreendê-las completamente, colocando-as em blocos de compreensão que forcem a busca por *um* olhar correto e totalizador, uma verdade.

E, quando é no elemento da arte que desenvolve sua busca do tempo perdido, o historiador não se acha sequer diante de um objeto circunscrito, mas de algo como uma expansão líquida ou aérea — uma nuvem sem contornos que passa acima dele mudando constantemente de forma. Ora, o que se pode conhecer de uma nuvem, senão adivinhando-a e sem nunca apreendê-la inteiramente? (DIDI-HUBERMAN, 2013, p.10-11)

Nessa chave, chegamos à corrente filosófica normativa chamada Utilitarismo, também trazida por Raymond Williams em sua recolha temporal e definida por ele como “a forma inglesa mais comum do materialismo mecânico” (WILLIAMS, 2002, p.100) e a definição que nos toca: “o mundo social existente é visto como tão hostil àquilo que é mais profundamente humano, que mesmo o que começa como crítica social tende a escorregar para o niilismo.” (Ibidem, p.100) Ou seja, retorna e se submete à ordem.

A essa altura se faz necessário afirmar que não há qualquer rechaço à razão, ao conceitual, ao científico, ao moderno e nem às máquinas, afinal, são correntes, pensamentos e práticas que iniciaram um profícuo caminho de esclarecimento e benefícios para nossa configuração contemporânea. A nossa crítica se limita a ver nesse modo de ler o mundo, mais racional e utilitário, como *o único* – ou o melhor – modo. Propomos novos olhares e novas formas de enxergar uma prática a todos rotineira, como ir ao médico e participar de um encontro clínico. Novos modos de apreender aspectos da cotidianidade e da nossa forma de atuar em sociedade não são limitadores e nem buscam ser totalizantes. São, em sua complexidade e simplicidade, outras e novas formas de, como disse Didi-Huberman, conhecer e adivinhar, sem nunca apreender inteiramente.

Ainda na linha do tempo traçada por Raymond Williams, chegamos ao Romantismo e o aspecto que nos ressoa:

O que os românticos criticavam como razão não era a atividade racional, mas a abstração e por fim alienação dessa atividade, naquilo que foi chamado de sistema racional, mas que era, na verdade, um sistema mecânico. Uma tal crítica, e notadamente a crítica do romantismo inglês ao utilitarismo, não era apenas humanista; tomava também o partido do homem como um ser criativo e operante. A derrocada posterior em direção ao irracionalismo pode ser entendida apenas em termos da anterior derrocada em direção ao racionalismo. A alienação da razão, no que diz respeito a todas as outras atividades do homem, transformou a razão de uma atividade em um mecanismo, e a sociedade, de um processo humano em uma máquina” (Ibidem, p.101)

Seja para o lado racional ou irracional, desvinculou-se o homem como ser agente na sociedade ou, mais que isso, o homem como sociedade, não como mera peça em uma engrenagem já predestinada e desenhada, mas tecedor de seu próprio destino. O homem que entrega seu destino às mãos do racionalismo posto *a priori*, pré-estabelecido enquanto forma, está sujeitado aos “ventos de mudança” (que constituem uma expressão exata dessa alienação específica, uma vez que sopram de algum outro lugar e são racionalizados como uma força

natural)” (WILLIAMS, 2002, p.102). Sem olharmos criticamente para a estrutura social a qual pertencemos, toda e qualquer mudança parecerá sujeita a um destino sobre o qual não temos nenhum poder ou vontade, nos resta aceitar a vida como ela é, sem nos vincular à mudança enquanto ação possível, nos colocando de forma passiva, vulneráveis aos acidentes. A força coletiva de mudança é tida como fantasia violenta sobre a qual panos de inércia são colocados, mantendo a todos no processo reiterado da ordem do *status quo*.

O sofrimento real é então, de imediato, não-humano: seja ele uma classe varrida da história, um erro no funcionamento de uma máquina, ou o sangue que não é nem nunca será água rosada. Quanto mais o processo de libertação do homem for comumente concebido como uma instância generalizada e abstrata, quanto mais verdadeiramente mecânico ele for, menos se leva em conta, de forma verdadeira, qualquer sofrimento real, até que mesmo a morte se torne moeda corrente.” (WILLIAMS, 2002, p.104)

A dimensão humana é subalternizada na prática médica? Uma das principais questões a serem retomadas na análise das consultas médicas que seguirá é que, ao tomar um fenômeno de subjetividade e experiência humana como um simples mosaico de doenças, a relação sujeito-objeto se reitera e perdura. A relação verticalizada é, hoje, uma realidade na tragédia da clínica, pois, quando instauramos o outro na posição de objeto, sem deixá-lo agir preenchendo o seu papel como interlocutor ativo nessa relação, negamos também a sua dimensão humana, essa, sim, totalizante, fragmentando-o.

Mas a prova categórica, por meio da qual a revolução pode ser reconhecida, é a mudança na **forma** de atividade de uma sociedade, na sua mais profunda estrutura de relações e sentimentos. [...] A revolução é necessária, nessas circunstâncias, não apenas porque alguns homens a desejam, mas porque não pode haver nenhuma ordem humana aceitável enquanto a completa dimensão humana de qualquer classe de homens for, na prática, negada. (Ibidem, p.106 – grifo nosso)

O conceito aristotélico de terror e piedade despertado pela ação comunicada, que é a performance, da nossa perspectiva, encontra morada na tragédia moderna na percepção da “desordem radical” que “nasce de uma experiência do mal que se torna mais intolerável pela convicção de que ele não é inevitável, mas que resulta de ações e escolhas específicas.” (Ibidem p.107). Mudar o percurso é se contrapor ao paradigma, enxergar a desordem é, no agir, interpelar a ordem e, quem sabe, mudá-la.

A ordem nos é familiar, ainda que inadequada ou injusta no desequilíbrio de não conferir a todos a humanidade que lhes é devida. A desordem, conseqüentemente, é a fronteira por meio da qual as tensões afloram e se mostram. A revolução é o olhar para a desordem e reconhecê-

la em seu direito de existir, agindo em seu favor. A palavra revolução traz o choque e é comumente atribuída à violência, porém pode ser entendida como o “reconhecimento da irrestrita humanidade de todos os homens – o que é o impulso de qualquer revolução genuína” (Ibidem, p.109). Tal ideia é defendida neste trabalho.

Estabelece-se, então, que a dinâmica ordem-desordem é inerente à ação trágica.

Identificamos guerra e revolução como períodos trágicos, quando o verdadeiro perigo trágico, subjacente à guerra e à revolução, é uma desordem que nós mesmos, continuamente, reencenamos. Uma promoção profundamente falsa da paz e um falso apelo à ordem são comuns na ação trágica. (Ibidem, p.111)

Nossa tentativa é a de “resolver, mais do que de encobrir, a desordem trágica determinante” (Ibidem, p.111). Referimo-nos a “resolver” no sentido de trazer a desordem à luz e analisá-la sob um novo espectro e não no sentido de solucionar objetivamente em suas estruturas mais enraizadas, já que essa resolução depende de esforços profundos de uma coletividade, em várias esferas sociais, que reafirma a ordem em seu ensino e prática.

A ordem é intrínseca a todos nós, todos a habitamos e performamos segundo suas regras. Nesta tese, assumimos o papel de interpretadores da dinâmica, oferecemos *um* olhar. É também importante ressaltar que a dinâmica ordem-desordem aparece em outras esferas de nossa sociedade; aqui, olhamos para a esfera das relações em saúde e, por isso, limitamos nosso olhar para a ação da tragédia da clínica. Por fim, “a ação trágica não é, no seu sentido mais profundo, a confirmação da desordem, mas a compreensão, a experiência e a resolução dessa desordem” (Ibidem, p.114).

Estabelecemos as conexões porque essa é a ação da tragédia, e o que descobrimos no sofrimento é, mais uma vez, revolução, porque reconhecemos no outro um ser humano – e qualquer reconhecimento desse tipo é o começo de uma luta que será uma contínua realidade em nossas vidas, porque ver a revolução desta perspectiva trágica é o único meio de fazê-la persistir. (WILLIAMS, 2002, p.114)

A experiência trágica de enxergar o humano através de seu sofrimento é, por si só, uma revolução. Aqui, a tragédia não recai exclusivamente sobre o paciente ou sobre o médico que o atende. Ela é também coletiva, dos pacientes e médicos passados e futuros. É a ação de vários passados culminantes em um presente e projetando, talvez, um futuro – ou, com sorte, várias possibilidades de futuro. É uma experiência coletiva e, portanto, compartilhada, “o membro da plateia absolutamente não *assiste* à peça trágica, mas sim participa sensorial e emocionalmente dela, ou melhor, *vive* a tragédia veiculada pelos personagens.” (ARISTOTELES, 2011, p 47)

Sem a pretensão de satisfazer um panorama completo sobre tragédia em sua extensão temporal e suas intensas modificações, julgamos suficientes as reflexões abarcadas e tecidas até aqui, pois servirão como elementos norteadores ao propor uma abertura a um tipo de reflexão acerca dos fenômenos da prática clínica apresentados nesta tese.

Seguiremos para a análise onde estarão os elementos míticos atrelados à clínica. Buscaremos mostrar como o médico é o herói trágico da clínica e, à semelhança de Édipo e Teseu, é quem move a ação, evocando retoricamente imagens distintas de si, em seu caráter paradoxal de acertos e falhas. O paciente é, nessa leitura, o Minotauro que encontramos no centro do labirinto, despido de convenções e tomado por um processo duplo de estranhamento, aquele que busca integrar as partes: saúde e doença, familiar e estranho, humano e selvagem. A clínica é o labirinto que acessamos ao nos depararmos ora com circuitos fechados e inacessíveis, ora com caminhos convidativos e abrangentes, ou seja, são inúmeras suas possibilidades de acesso. O fio de Ariadne é a linguagem, uma linha como possibilidade de abertura que permite experimentar o labirinto por um caminho novo de compreensão e voltar para o desenrolar de outras e novas. A doença é o enigma posto como obstáculo para o herói em sua jornada e exige a compreensão do que é de fato humano.

Abordaremos também outros elementos que surjam no percurso analítico e lançaremos luz conforme a pertinência para este trabalho.

Todos esses elementos, em ação na clínica, nos mostram que o mítico não só nos habita enquanto imaginário, mas possibilita encarnarmos o encontro clínico que há muito enxergamos de longe, de forma apartada, ainda que todos, de um jeito ou de outro, habitemos a clínica médica.

Chegamos agora à entrada. Percebemos o entorno trágico estruturante como uma congregação do que veio antes, na forma de mitos e narrativas que nos constituem, e do que veio depois, agregando uma modernidade que pensa e age na direção de uma revolução e do estabelecimento de uma desordem que transpasse a ordem de todo, interpelando as estruturas já familiares e resistentes em sua familiaridade. Estabelecemos a consulta médica enquanto cena trágica: cena, luz e ação. Mas que ação é essa? “A ação dramática é a que provém da execução de uma vontade humana, com intenção e buscando cumprir essa intenção.” (PALLOTTINI, 1988, p 7). O médico é o herói trágico, pois a ação se desdobra a partir de sua vontade, da resolução do enigma e do (re)estabelecimento da saúde do paciente que ocupa, ao menos a princípio, sua interlocução no encontro clínico. A ação clínica é uma ação comunicada, dialógica, entre sujeitos-personagens, com turnos de fala, tons múltiplos, retórica, humor,

suspense, silêncios, pausas, tudo transpassado pela linguagem que assume de suas mais amplas e claras formas às mais estreitas e nebulosas.

Sem dúvida, *falar é fazer*, portanto, *agir*. Falar dramaticamente (dialogar modificando) é, sem dúvida, *agir* dramaticamente. Supondo-se que o diálogo contém elementos que modifiquem os interlocutores, deve-se concluir que, pela troca de palavras, o personagem A, que estava na posição 1, passou para a posição 2, e o personagem B, que estava na posição 3, passou para a posição 4 (por exemplo). Ora, se houve mudança de posição, houve movimento. Se houve movimento, houve *ação*. Se tudo isso estava carregado de subjetividade (de sentimentos, paixões, opiniões, vontade), houve ação dramática. (Ibidem, p 18)

Ao nos colocarmos como espectadores desse drama, ao nos posicionamos como audiência dessa performance, somos modificados também. Temos uma compreensão mais abrangente dos elementos ali postos em cena, possibilitando a análise e o exame. Ao leitor, cabe o prazer pela identificação de si naqueles que agem – ou em alguma medida em um ou outro elemento ali representado – ou pelo descortinar do inédito e do desconhecido. De um jeito ou de outro, a travessia é o regozijo do conhecimento.

Acessaremos agora o entorno dessa grande estrutura (des)estruturante, afiando o olhar para as minúcias que ora irromperão pelo caminho, ora serão escavadas para ressurgirem tímidas em meio a profundos silêncios e soltos risos. Mantenhamos o fio da linguagem seguro nas mãos. Adentremos o labirinto da clínica em sua estrutura maior: a tragédia.

A TRAGÉDIA DA DONA INÊS

Dona Inês foi encaminhada do Ambulatório do R1 (residentes de primeiro ano) para o Ambulatório do R2 (residentes de segundo ano) para tratar queixas variadas, relacionadas principalmente aos sintomas de pressão alta e diabetes. Normalmente, os médicos do R1 encaminham pacientes ao R2 para programas de promoção à saúde e/ou casos que se mostraram mais complexos e exigem, portanto, mais consultas.

Com duração de uma hora, vinte e três minutos e quarenta e quatro segundos ao todo¹⁰, a estrutura da consulta médica se deu da seguinte forma: primeiramente, há a interação entre o médico residente (M) e a paciente (Dona Inês) com duração de 50 minutos e 27 segundos. O médico, ao coletar todas as informações que julga necessárias, pausa a consulta com a paciente e leva o caso para discussão, em sala reservada, com o médico assistente (A), médico já formado

¹⁰ O tempo total da consulta é oferecido como forma de prover ao leitor certa dimensão de extensão da consulta analisada.

que supervisiona os residentes e conversa sobre os casos clínicos a fim de chegarem juntos, assistente e residente, a um melhor diagnóstico e prognóstico. Quatorze minutos e seis segundos depois, M retorna à sala de consulta com a paciente, a quem passará todas as orientações seguintes e finais para o encerramento da consulta, após dezenove minutos e onze segundos.

Analisaremos essa consulta médica sob a perspectiva literária da tragédia. Nela, veremos o embate dramático entre dois personagens, o médico (M) e a paciente Dona Inês (P). O papel desempenhado pelo médico é o de herói dramático, que deseja e busca a resolução do enigma posto pela paciente e suas queixas de dor e doença. O médico age a partir do discurso médico, protocolar e científico, conduzindo a ação da paciente, guiando-a pelos temas por ele escolhidos, criando, assim, as cenas que se desenvolvem dentro do primeiro ato. As escolhas temáticas que o médico faz se dão a partir do histórico da paciente, ou seja, as queixas relatadas aos médicos anteriores e registradas por eles no prontuário online da paciente. É a partir dele que o médico organiza a estrutura composicional desse encontro clínico e guia a paciente para que essa ordem seja satisfeita. Os *problemas* da paciente, assim chamados pelo médico, e selecionados por ele são sete: falta de ar, pressão alta, peso e ansiedade, colesterol, coração, diabetes e tabagismo. O médico segmenta, então, a consulta em sete cenas temáticas, pelas quais a dramaticidade atinge diferentes níveis a depender de sua complexidade e da cooperação e atuação da paciente na interlocução, uma progressão da tonalidade dramática até atingir o clímax e o desfecho.

A princípio, já no início da consulta, as falas do médico, herói trágico condutor da ação, dão ao leitor a impressão de que está genuinamente esperando o relato da paciente, entregando a ela a autonomia do narrar:

M: Tá. Andei vendo aqui também que a senhora tem alguns diagnósticos já, não é isso? Que que a senhora tem de problema de saúde, diz aí pra mim.

Entretanto, percebe-se que o médico já traz configurado um esquema, uma lógica, que pretende seguir (a do prontuário) e, caso a paciente não o alcance, ou não entenda o seu jogo retórico, ele a conduzirá por tal caminho a fim de satisfazer o que definiu como sendo o percurso ideal, direcionando o pensamento e o discurso por determinado caminho discursivo:

M: E dona Inês, me diz uma coisa, quais são esses problemas, então, que se originaram dessa causa?

A “causa” trazida pelo médico foi proveniente do relato da Dona Inês sobre os problemas de saúde que começaram em julho anterior, desencadeados por um estresse financeiro de grande impacto negativo em sua empresa de exportação. À essa resposta, Dona Inês traz como figuras que concretizam o estabelecido como “problemas”: cansaça, asma, falta de ar, diabetes, boca seca, insônia, câimbras no estômago, pernas e costela. O médico, então, assume o controle e reorganiza as falas. Estruturam-se, assim, as sete cenas temáticas desta tragédia.

ATO I: O MITO DA CLÍNICA

CENA UM: falta de ar

M: E a falta de ar, como é que tá?¹¹

P: A falta de ar só se eu caminho

M: Se não caminha, não tem?

P: Se não caminho, não tem

M: Mas caminha que distância que dá falta de ar? Como é que é isso aí?

P: Não precisa ser muito, não, como da minha casa pro metrô são 5 quarteirões

M: 5 quarteirões?

P: É, eu chego no metrô já bem bem bem cansada mesmo, e também uma dor/

Nesse momento, quando o personagem-médico define o tema da cena e implica a paciente nesse eixo condutor, não há espaço para interrupções, o que fica evidenciado pelo corte dado pelo médico quando a paciente inicia outra linha de raciocínio além da falta de ar: “e também uma dor/¹²”. O médico rapidamente mantém a paciente dentro da lógica da cena um, mantendo sua atenção nessa temática, falta de ar, a fim de retirar dela todas as informações que julga necessárias, peças que comporão a investigação do enigma da Dona Inês.

M: E quando sobe a escada? Tem falta de ar ou não?

P: Não

M: Não tem

P: Não tenho, não tenho falta de/ tenho sim! Não é aquela falta de ar, mas quando eu chego em cima...

M: Respirando ofegante...

Também é comum ao personagem-médico, nosso herói trágico, completar as frases de sua interlocutora, talvez como forma de garantir que o caminho pretendido continue sendo trilhado. Há certas correlações presentes no saber médico e, nesse caso, também algo de senso comum, entre “subir escada” e “respiração ofegante”. O problema apontado aqui não se refere ao fato de se explicitar essas correlações, mas revelar quem faz essas correlações. Há que se

¹¹ Os trechos foram sublinhados pela autora como forma de ênfase

¹² Na transcrição, um corte na fala do outro é referenciado pelo símbolo da barra (/)

destacar que, sendo a experiência proveniente da paciente, é ela, então, que deve estabelecer a lógica de seu relato, escolhendo ela mesma as palavras que couberem melhor à sua história e, dessa forma, estabelecendo os vínculos linguísticos necessários para que a mensagem seja entregue na *forma* escolhida e pretendida pelo narrador daquele relato, pelo sujeito daquela enunciação. Ouvi-la não é só uma forma de acolhimento, mas de afirmar quem é – ou deveria ser – o agente do relato, pois é ela o ser que sofre e que incorpora a doença, podendo expressá-la com autoria. O signo linguístico provido pelo paciente desperta conexões específicas no médico, fazendo-o acessar seu repertório conceitual, um leque de possibilidades. Por exemplo, sobre a respiração, o signo “ofegante” desperta as mesmas conexões que o signo “ruidosa” ou “pesada”, fossem essas as escolhas da paciente, por exemplo? Não há como afirmarmos categoricamente que um signo ali poderia mudar todo o curso da consulta e do tratamento, neste caso específico, no entanto, poder escolher, a partir de seu próprio repertório, o signo mais representativo do seu estar-no-mundo naquele momento é um traço não só de autonomia, mas de identidade que a todos deve ser assegurado.

P: Respirando ofegante, é

M: Tá

P: Muito ofegante

M: E o que mais da falta de ar na senhora? O serviço de casa dá cansaço?

Neste trecho, temos uma pergunta que direciona a resposta, mostrando mais traços do direcionamento do discurso. A primeira pergunta (“E o que mais da falta de ar na senhora?”) foi completa o bastante, dando margem para a paciente refletir sobre sua experiência em relação à falta de ar. No entanto, qualquer resposta que a paciente viesse a dar, poderia não caber no esquema pré-arquitetado ali ou, mais provavelmente, dar margem a divagações, ou às ações laterais, que pouco importam ao herói trágico. Nota-se, então, a necessidade da complementação que vem a seguir. Não é mais *qualquer* coisa que possa dar falta de ar à paciente, o discurso foi redirecionado ao serviço de casa. Tal estratégia pode demonstrar também um aspecto social da consulta clínica – a cristalização de estereótipos na caracterização dos personagens, como encerrar a paciente em um contexto predominantemente doméstico com o intuito que este lhe possa trazer mais *familiaridade*.

P: Me canso, muito

M: O que que a senhora faz em casa que cansa?

P: Varre, eu tô sempre lavando

M: Varrer cansa

P: Eu me canso em varrer, eu me canso em arrumar a cama, eu me canso em lavar o banheiro, tudo agora, é, eu pareço uma velha de 80 anos

M: Uhum

P: Eu tenho aquelas, eu sinto que eu tenho aquele monte de idade, sabe? Um monte de anos. Isso que eu sinto...

M: Tá sentindo então cansaço, fraca, mal?

P: Ainda sinto cansaço, muita dor nas pernas e uma dor aqui que eu nem sei o que que é

Para expressar seu estado atual, a personagem da paciente se utiliza de linguagem de cunho mais poética, mesmo que de forma não intencional, para dar conta do relato sobre a maneira como se sente. O uso de hipérbole, ênfase resultante em exagero, na caracterização dessa personagem por ela própria é esse acúmulo de doenças que a fazem se sentir “com um monte de idade”, embora com apenas 51 anos. Indo além, vemos certa personificação do conceito de anos, de idade, é como se os “anos”, algo abstrato, tomasse, aos olhos dela, forma concreta, se acumulando “aos montes”, algo palpável e, por vezes, pesado, monolítico, sufocante. Sua caracterização, por ela tão poética, é traduzida por seu interlocutor-médico como “cansada, fraca, mal”. Dessas três características, no entanto, há a concordância com uma delas: o cansaço. Os outros dois adjetivos, fraca e mal, são ignorados.

Esse discurso dirigido não é analisado do ponto de vista da ação do médico somente. É a resposta dirigida, pelo lado da paciente, que também nos reafirma que se trata de um caminho discursivo pré-concebido pelo herói-trágico. Quando a paciente concorda com o médico, repetindo o que ele diz, quando acompanha sua linha de raciocínio e permanece na lógica imposta, o discurso dirigido fica claro e evidente, pois teve sucesso. É uma dinâmica de convencimento por parte do médico (veremos sobre retórica no segundo capítulo). Convencimento de que esses são os sintomas mais importantes a serem tratados, que essas são as situações que exemplificam melhor esses sintomas, que ambos estão se entendendo e caminhando juntos na direção do que é, certamente, o caminho certo. O caminho, contudo, está sendo aberto pelo médico que olha para frente, tem claro o seu objetivo; a paciente, mais atrás, caminha só.

CENA DOIS: a pressão alta

Ao encerrar a cena temática sobre a falta de ar, coletando as informações que julgou necessárias sobre a paciente, há uma nova reorganização por parte do médico para guiar a paciente em direção à próxima cena.

P: Tava, tava, eu cheguei aqui muito mal, cheguei aqui muito mal mesmo. Doutor, eu falo pra você, pensava que eu não ia fazer, que eu não ia virá o ano de 2012

M: Não ia conseguir... dona Inês, conversa uma coisa comigo, que que a senhora tá achando da sua pressão? Diz aí

O que nos chama a atenção no trecho acima é o corte que o médico faz nessa enunciação sobre si da personagem-paciente, que compartilha a respeito do medo da morte que a rondou – e provavelmente persiste –, mas tal relato não foi levado adiante pelo médico, que produziu resposta automática, vazia de sentido por não o apreender em intenção acolhedora. Sua única intenção era, como exemplificada pela frase que segue, redirecionar a conversa para o próximo tópico. Há uma quebra abrupta da sensibilidade posta em cena pela personagem-paciente que é substituída pela dureza da razão, pelo protocolo já estabelecido, o falar sobre a “pressão”.

P: A pressão eu sinto que tá melhor, muito melhor

M: Sente que melhorou

P: É porque antes, doutor, como eu estou sentada aqui agora, o senhor podia ver meu coração, tudo aqui tremia

M: Batendo, assim, tremendo

P: É, tudo tremia e isso era o dia todo, a noite toda, às vezes eu me assustava e acordava com ele batendo, aí isso aí parou completamente

M: Já melhorou... e conta uma coisa pra mim, da sua pressão, a senhora acha que já tá num nível bom, ainda precisa melhorar, como é que a senhora acha?

P: Não, eu creio que precisa melhorar ainda

M: Precisa melhorar um pouquinho, não é? Concordo com a senhora. Tá com a pressão ainda... já teve muito ruim, vinte e quatro por doze é de assustar

A trama do enredo tecida pelo médico enreda a paciente. O profissional se utiliza de artimanhas linguísticas para que a frase que ele espera venha da paciente por meio da estrutura construída por ele. Há uma tentativa de enquadramento da racionalidade da paciente, que vem da experiência, que a insere, portanto, dentro de uma configuração outra de personagem que, regulado pelas leis externas, as leis de *qualquer* paciente com aqueles sintomas, correm o risco de não ressoar na subjetividade em carne e osso que se encontra do lado oposto da mesa clínica. O direcionamento acontece por meio das perguntas “tá num nível bom? Precisa melhorar? Como é que a senhora acha?” que direcionam o pensamento da paciente à mesma lógica. Se a pressão alta tivesse sido solucionada, não teria se estabelecido como cena temática, ocupando a fala do médico. Ao final, após “afirmação” da paciente, resta ao médico “concordar” com ela, mas, ao leitor atento, notamos que ele está somente reafirmando a sua própria afirmação, que, ao invés de ter sido enunciada por ele próprio, foi induzida à paciente. Essa dinâmica do discurso não somente insere a paciente no jogo discursivo do médico, mas dá a ela a impressão de estar ela própria guiando seu percurso discursivo ali dentro. O médico insere a paciente em um lugar de protagonismo que não lhe pertence. Não porque sua história não a pertença, mas

porque a estrutura em que o discurso fora planejado já não é a dela própria. A narrativa da paciente não flui livremente, as estruturas pelas quais ela pode se expressar são conferidas *a priori* e limitadas pelo herói trágico. Resta a ela, então, aguardar as coordenadas linguísticas que continuarão fazendo-a trilhar seu caminho.

P: Eu cheguei aqui com vinte e seis por doze

M: Vinte e seis por doze é de assustar e esse quinze por nove que deu aqui já melhorou bastante

P: É

[...]

M: Comeu? Tá bom... dona Inês, essa pressão, ela tem que baixar um pouquinho mais pra senhora não ter mais tanto problema, tá?

P: É, doutor/

M: Diga um nível que a senhora acha boa de pressão...

P: Eu creio que, eu nunca tive uma pressão boa

M: Nunca teve, mas é importante ter

Aqui há nova quebra da caracterização da personagem-paciente por parte de seu interlocutor centralizador. A paciente explicita ao médico um detalhe importantíssimo de sua trajetória: nunca teve sua pressão boa. O contexto no qual essa afirmação está inserida poderia ser de grande utilidade ao médico, ao menos como parte do entendimento da paciente e de seus costumes, afinal, há um trajeto percorrido pela paciente que a levou até esse momento presente, que não só fez parte de seu passado, mas também de seu presente e, se não for dito e não for resolvido, muito provavelmente voltará a se pronunciar em seu futuro. O movimento que faz o médico é, no entanto, o contrário. Não há prolongamento da afirmação da paciente, em forma de interlocução interessada, por exemplo, interpela-la com “por que não?” Em vez disso, há, novamente, um corte que finaliza o argumento categoricamente. Uma afirmação: “nunca teve, mas é importante ter”. Assim, não resta alternativas à paciente a não ser dar continuidade, seguindo o percurso guiado:

P: É, eu creio que doze por oito

M: Doze por oito, treze por oito seria um nível bom pra senhora, tá certo?

P: Ó, depois que eu comecei o tratamento, ela só baixou a doze por oito três vezes

A paciente ainda persiste ao dizer ao médico que o número ideal para pressão só foi atingido três vezes mesmo durante o tratamento, mas à informação também não é atribuída importância. O diálogo continua, esta cena se encerra e à paciente uma mensagem de falso alento:

M: Mas é isso, a pressão melhorou, mas tem muito pra melhorar ainda, viu?

P: Muito, muito

CENA TRÊS: o coração

M: É melhor... outra coisa, não só por causa da pressão. A senhora tá sabendo como é que tá seu coração?

P: Não

M: Conta pra mim como ele tá?

P: Eu não sei

M: Com certeza alguém já te falou alguma coisa do coração

P: Não, ninguém me falou nada, eu fiz o exame, mas não...

M: Tá, alguém te falou que seu coração tá grande?

P: Ah, sim

M: Disseram, né? Eu falei que tinham dito

Quando a terceira cena é iniciada, ao reorganizar o percurso para o tema do coração, o personagem-médico leva seu discurso às últimas consequências, utilizando-o de maneira informada, isto é, com objetivos explícitos, o nó se estreita e chegaremos ao clímax deste embate dramático.

A cena é iniciada sob a mesma dinâmica de delegar o turno de fala à paciente, entretanto, ela não compactua com as expectativas impostas pelo médico. Ele, então, nesse excerto, torna explícita a origem de sua organização, as suas “fontes” de pesquisa, ao afirmar “alguém já te falou alguma coisa do coração” e, posteriormente, triunfa com “eu falei que tinham dito”.

Outro elemento para atentarmos é como a informação sobre o coração foi posta de forma abrupta à paciente “alguém te falou que seu coração tá grande?”. Embora o saber médico possa, talvez, ter tal patologia como recorrente, para o ser que carrega tal condição, como é o caso da paciente, ter o coração caracterizado dessa forma é de suscitar, como disse Aristóteles, pavor e compaixão. O efeito persiste com uma nova elaboração do médico:

P: É, é

M: Outra coisa, disseram que seu coração tá duro?

P: Não

M: O seu coração é um coração que tá duro. Por que que seu coração tá duro?

((Silêncio))

A formulação do médico é elaborada como um eco, as palavras “coração duro” se repetem por três vezes, seguidamente. A maneira como esse quadro é desenvolvido pelo médico é causa de grande silêncio por parte da paciente, algumas respostas evasivas e risos discretos; mudança que se atenua frente à comparação entre o comportamento da paciente até então. A

dramaticidade com que a condição da paciente é revelada, por repetição e rigidez, e a forma como tal condição é percebida por ela própria não deixam dúvidas quanto à tonalidade trágica que se instaura, se aprofunda e se ramifica, tornando-se mais evidente a cada cena pela progressão da complicação do(s) conflito(s).

M: Vou te falar

P: Hum

M: Como ele fica lutando pra jogar sangue contra uma pressão tão alta

P: Hum

M: Ele faz que nem o músculo de quem faz halterofilismo, ele fica duro

P: Hum

M: E um coração duro, ele é mais difícil de receber sangue e aí junta tudo no pulmão e dá falta de ar, ou seja, um coração duro leva à falta de ar, leva à perna inchada. A perna da senhora já incha?

P: Incha

M: Já, é porque o coração tá duro

P: Isso aí é por muito tempo. Isso aí tem uns dez, quinze anos

M: Pode ter influência da varizes também, tá, mas, assim, o coração como ele tá doente por causa da pressão alta, ele já começa a juntar água no pulmão, aí dá essa falta de ar que a senhora sente

P: Eu já tive água no pulmão

M: Já teve, né?

P: É

M: É por causa do coração, ou seja, sua pressão não é mais aquela pressão inicial, aquela pressão simples, ela já tá dando sequelas, complicações no coração da senhora

P: Hum... ish

M: A senhora conseguiu entender?

P: Entendi

Ao exemplo que o médico fornece como forma de explicação à condição da paciente, o músculo de quem faz halterofilismo, esta retribui com “hum”, resposta tipicamente evasiva de alguém que ainda está, provavelmente, tomada pelos efeitos do discurso sobre seu coração, não conseguindo esboçar nenhuma outra reação. A fala do médico, a repetição do adjetivo “duro”, reflete sua própria ação, também dura. Ao checar a compreensão da paciente, “a senhora conseguiu entender?”, podemos facilmente interpretar que houve entendimento, mas talvez não compreensão. A paciente entende que apresenta a patologia do coração duro, mas daí a saber seu *verdadeiro* significado, suas possibilidades, ou seja, os possíveis desenlaces, o que tal condição *verdadeiramente* significa, não como sintoma ou doença, mas o que isto representa para sua vida, a verdade do que é a doença *para* o ser-doente e não somente a doença *do* ser-doente, essas são questões que vão além da unidade de ação empreendida para esta consulta. A compreensão requer algo de reflexão que não se concretiza.

M: Então, assim, da pressão a gente fica ainda um pouco preocupada, preocupado, tá, tem que tá um pouquinho mais baixa essa pressão pra gente ficar mais tranquilo, pro coração trabalhar melhor
 P: É, eu vou ver se eu consigo mais, tá doutor?
 M: Tá certo? Como é que a gente resolve esse problema do coração? Como é?
 P: Menos sal...
 M: Menos sal, perdendo um pouquinho de peso, tirando fritura, gordura, essas coisas da dieta, tomando remédio direito, tá certo?
 P: Uhum
 M: Aí a senhora vai conseguir ter uma melhora desse sintoma de falta de ar. É muito ruim ter falta de ar, não é não?
 P: É... horrível ((risos))

Após o veredito de coração duro e doente por parte do médico, uma mudança de tonalidade e visível tristeza da paciente se mostram claros. O drama aqui atinge o seu clímax, a máxima estreiteza de seu nó, no tom desolado da paciente: “vou ver se consigo mais, tá, doutor?”, entre silêncios e risos. O coração, como imagem metafórica das emoções é traço constitutivo desta personagem-paciente, mais sensível. Dona Inês é mãe, é avó, é empresária, tem laços afetivos e sociais, fala da família – principalmente de seus netos. Quase todos os trechos narrativos que Dona Inês traz à consulta diz respeito às histórias relacionadas à sua família. Ainda considerando metaforicamente as expressões do médico, ironia também seria imaginarmos que uma pessoa tão sensível e apegada à sua família possa ter um coração tão duro. A contradição fica evidente no jogo de cena e chama a atenção, inclusive, repercutindo nas cenas seguintes.

A sequência dos fatos trazidos pelo médico traz desalento ou, utilizando os termos aristotélicos, pavor e compaixão à paciente, sua interlocutora. Em trechos posteriores, veremos como a dramaticidade desse episódio ressoará na paciente e reverberará em seu discurso. Ela questionará uma possível cura e repetirá, por mais de uma vez, sua sentença de que “já não tem mais jeito”, em relação ao seu quadro cardíaco. Quase ao final do Ato I, a paciente volta à questão do coração, visivelmente ressoante desde que colocada pelo médico.

P: Mas e esse coração, a gente pode fazer ele ficar mole outra vez?
 M: A gente consegue melhorar bastante
 P: Mas nunca mais vai ser como antes...
 M: Nunca mais vai ser do jeito que era antes, mas a falta de ar a gente consegue resolver.
 P: Como?
 M: Fazendo um monte de remédio, perdendo peso e diminuindo um pouco, é... esses níveis, é, um pouco mais esses níveis de pressão, controlando melhor o diabetes, controlando a parte do colesterol, não bebendo tanta água, a gente consegue fazer com que o seu coração trabalhe melhor
 P: Hum

M: Entendeu?

P: Tá bom

Utilizando-se da oposição duro x mole e a correlação duro = doença, mole = saúde, a paciente interpela o médico sobre os possíveis desfechos para seu coração. A solução dada pelo médico sintetiza todas as dificuldades da paciente: perder peso, diminuir a pressão, controlar diabetes, controlar colesterol, não beber tanta água. A tudo isso, um sonoro “hum” e, ao “entendeu?”, um singelo “tá bom”.

CENA QUATRO: o colesterol

M: Tá... outra coisa, vamos pra próxima, a senhora falou pra mim que o colesterol, né?

P: Uhum

M: Dona Inês, quando eu vi seu colesterol, eu me assustei, quando a senhora chegou aqui no HC. Tava de 500 o triglicéride, quase 200 o colesterol ruim, o LDL, tá? Tudo isso já melhorou

P: Graças a Deus

Nesta quarta cena temática, o médico convida a paciente a seguir para a próxima (patologia), o colesterol. Após encadear os fatos, traçando o histórico da paciente, ele conclui dizendo que “tudo isso já melhorou”. Com isso, a paciente expressa o alívio de ter uma boa notícia afinal, principalmente após o impacto discursivo sofrido anteriormente. É curioso ressaltar que, embora já tenhamos entendido a dinâmica adotada pelo médico - que é ir de patologia a patologia - no trecho acima, mais uma vez, mostra-se evidente que não é mesmo a paciente que trilha seu próprio caminho, conferindo a responsabilidade da cena trágica ao herói médico que move a ação, agindo sempre primeiro. Os trechos mais narrativos que denotam uma caracterização da personagem tecida por ela mesma, a desordem tentando romper a ordem imposta, são considerados laterais, pois não fazem parte da coluna trágica, de sua sustentação maior que é o desvendar do enigma por parte do herói trágico. Em sua busca incessante pela resolução e pelo desfecho positivo, é imperativo ao herói que a paciente o siga em cena, confiando no caminho rumo ao desenlace. Como veremos no capítulo 3, as histórias da paciente em nada interferem no drama clínico. Todas o histórico é proveniente do prontuário médico que se encontra agora em poder do médico. Conforme já dito anteriormente, a história da paciente não a pertence inteiramente, ela é passiva e espectadora no processo. No trecho a seguir, vemos mais um movimento que evidencia a passividade em que é posta a paciente, reiterando uma posição mais conduzida do que condutora, que se cristaliza cada vez mais.

O médico comprovou, por meio dos exames, que a paciente realmente está tomando o

remédio direito:

M: Já melhorou bastante, tá, quando eu comecei a ver aqui os exames indo pra frente eu comecei a ver, realmente cê tá tomando o remédio direito, do colesterol, não é isso?

P: Uhum

M: E deve ter fechado um pouquinho mais a boca também, não foi não?

P: Fechei um pouquinho não, fechei um monte! ((risos))

M: ((Risos)) Fechou bastante, né? Mas olha, deixa eu mostrar aqui pra senhora

P: Fechei a boca toda ((risos))

M: Deixa eu mostrar aqui pra senhora, que a senhora, às vezes é bom a gente ver, ó, o normal é até 150, o da senhora tava em 500, mais de 3 vezes. Agora já tá em 200. Melhorou ou não melhorou?

P: Melhorou

M: Melhorou, olha o LDL aqui ó, esse aqui é o colesterol ruim, o da senhora era cento e oitenta e lá vai fumaça. Ó quanto que tá, oitenta e oito, já melhorou bastante, tá certo? Pra isso eu tenho que parabenizar a senhora, né não? É difícil cê baixar de 500 pra 150

P: É... mas é difícil também parar de comer, né doutor?

M: É difícil, mas você provou pra mim que tá conseguindo

P: É, eu vou conseguir

M: É só fazer isso por uma semana e pronto?

P: Não, eu faço/

M: Pro resto da vida!

P: Eu faço pro resto da vida

M: Pro resto da vida, dona Inês, senão, bem, a senhora tem filho?

P: Tenho

M: Tem neto, que eu já li aqui que tem, quer ver esse netinho crescer?

P: Ish ((risos))

Apontaremos mais uma caracterização da paciente, tecida por ela própria, que foi desconsiderada no percurso do herói: quando a paciente exprime o quão difícil é para ela “parar de comer”. O médico a incentiva dizendo que o importante é que ela está conseguindo e deve, portanto, continuar tentando. Em realidade, a frase “provou para mim que está conseguindo” reafirma a posição do médico nessa interlocução como papel centralizador, especialmente pela escolha do verbo *provar*, com todas as ações da paciente, o médico busca *provar*, de certa forma, que ele e o curso de tratamento escolhido estão corretos. Nessa fala do médico está implícito que não importam os esforços ou as abdições que ela tenha que suportar contanto que a evidência, os marcadores do exame, seja satisfeita positivamente. Nesses momentos de caracterizações da personagem, quando sua desordem se mostra e conseguimos enxergá-la para além das lentes postas pelo médico, notamos que não há, por parte do médico, o questionamento do tratamento atual. Embora a paciente delibere sobre ser difícil estar sob certas circunstâncias, o médico simplesmente pede para que ela persista “para o resto da vida!”. Não há por parte desta análise o questionamento do tratamento em si. Se ele se faz necessário para a transição

do estado de doença para saúde, senão indispensável, os médicos leitores deste trabalho saberão dizer. O questionamento posto aqui é sobre linguagem. É a *forma* em que o tratamento é imposto *apesar* da paciente e não *a partir* dela. Tal curso de ação, o trajeto escolhido, resultará em um desfecho para esta trama; possibilitará que esse curso de ação dê continuidade ao tratamento da paciente ou o cessará de todo? Os efeitos que a ação do herói trágico terá só saberemos ao percorrer todos os atos e chegarmos no fim, onde encontraremos, talvez, os nós desatados. Continuemos.

Como estratégia de convencimento, o médico consolidará o teor dramático da clínica ao utilizar como recurso de persuasão algo muito caro à paciente: seus netos. Em vários momentos da consulta, Dona Inês seleciona fatos sobre seus filhos e netos, evidenciando sua clara importância em sua vida. O médico, então, usa a dramaticidade como recurso retórico, um modo de convencê-la à adesão do tratamento. Ao herói trágico pertence seu destino, pois são os seus comandos que a levará para o caminho de saúde e felicidade e que permitirá a ela viver os momentos em família que tanto preza. À paciente nada resta como argumento a não ser uma interjeição seguida de riso, mostrando que, para certas perguntas, ou para a maioria delas, não há respostas que darão conta de expressar-se em determinadas circunstâncias.

Como gênero híbrido, a consulta médica tem traços e tons literários mais presentes e preponderantes que outros, mas que não se esgotam e nem a limitam enquanto forma. Traços da comédia, por exemplo, em oposição à tragédia, aparecem em alguns momentos no riso, no humor, nas piadas, principalmente da paciente, mesmo que neste tom se esconda algo de trágico, como resposta a uma interpelação de dor – física ou emocional.

A comédia é, como dissemos, imitação de homens inferiores; não, todavia, quanto a toda espécie de vícios, mas só quanto àquela parte do torpe que é o ridículo. O ridículo é apenas certo defeito, torpeza anódina e inocente; que bem o demonstra, por exemplo, a máscara cômica, que, sendo feia e disforme, não tem [expressão de] dor. (ARISTOTELES, p.245)

O riso da paciente em horas “impróprias” ou inesperadas remete à inferiorização da paciente. Aristóteles mostra que a comédia se esconde por trás da máscara cômica que, disforme, não tem expressão de dor. É o que vemos na personagem-paciente: em seus momentos decisivos de fala, por vezes, ri. Especialmente nos momentos em que a dor atinge o cume da dramaticidade, como no excerto sobre os seus netos. Faltam-lhe palavras que expressem o que é estar caminhando para o desalento, para o desamparo; lhe sobra, então, um riso esvaziado de sentido, descontextualizado da cena trágica.

CENA QUINTA: o peso e a ansiedade

M: Tem que se cuidar, né não? Beleza! Dona Inês, vamos pro próximo problema

P: Poblema, muito poblema

M: Vamos pro próximo problema... e esse peso, hein?

P: Esse peso, doutor, eu não sei o que tá acontecendo, eu tô guardando, creio que talvez, água porque não não é...

M: Vou/

P: peso de comida

M: Vou ser sincero com a senhora

P: Ahn

M: Uma parte desse peso é água, uma parte

P: Sim

M: Mas a maioria, é gordura

P: Porque eu não posso, por exemplo, hoje de manhã acordei 96 e agora de tarde eu tô noventa/cento e pouco, não pode!

M: Então, uma parte desse peso é água, tá, a água quem resolve?

P: É o diurético

M: É o diurético e....

P: Não sei mais o quê

M: Não exagerar no líquido

P: Mas doutor, eu sinto uma vontade de tomar água terrível

M: Eu acredito, eu acredito que dá muita vontade

P: Eu tomo uns seis litros de água por dia, que eu não penso que é normal, eu já reclamei com o doutor aqui, eu falei “doutor eu tô tomando muita água”/

M: Tá, tudo bem, eu vou explicar pra senhora, eu vou explicar uma coisa pra senhora, é um pouco difícil de entender, mas vou explicar. Quando a gente tem o coração fraco... e a gente bebe água, esse líquido fica todinho no pulmão... porque o coração não consegue muito bem mandar pra frente, lembra que eu falei que o seu coração era duro, era difícil da água entrar, não é assim?

P: Hum

O médico inicia a quinta cena trazendo à luz outro problema e a paciente já demonstra os sinais de desalento que apontamos anteriormente: “poblema, muito poblema”, entendendo como a dinâmica se desenrolou até aqui. É importante ressaltar que o médico faz uso da palavra *problema*, o que já configura o teor negativo e dramático de início, pois há um problema que se coloca frente a ele e não um sujeito. É necessário para o herói trágico que os obstáculos que se mostram em sua trajetória tenham resolução e, para o médico, a resolução dos enigmas encontra-se na ciência médica, no monumento do saber que desvendará os problemas, os enigmas, as doenças. Há também uma questão de um tempo arrastado, ralentado, pois os problemas persistem, cena após cena, sem nenhum tipo de previsão de desfecho positivo até o momento. O enfoque do personagem-médico são os vários problemas que a paciente apresenta e, como espectadora, quase como um recipiente desses problemas, sua impaciência cresce à medida que o médico continua e ela se torna um acúmulo indissolúvel.

Nesse momento, a paciente coloca a dúvida se o seu sobrepeso seria fruto da quantidade de água ingerida diariamente. O médico apoia-se em seu saber médico para negar a previsão da paciente, mas o utiliza também para reforçar as relações de poder e a hierarquia presentes ali. Quando antecipa que algo é “um pouco difícil de entender”, subestima sua interlocutora, seu contexto social, histórico, ou seja, subestima a paciente como o todo que ela representa, principalmente com a capacidade de entender sobre seus próprios fenômenos. A dinâmica de tornar o outro detentor de um saber, compartilhando-o ainda que seja “difícil de entender”, é intrínseca a um personagem centralizador, pois, denota em seu ato discursivo que não desistirá de contá-lo à paciente. É uma maneira de implicá-la no processo clínico, tornando-a detentora de um saber difícil, restrito a uma camada profissional específica, conferindo um estatuto não só do compartilhar de uma verdade, mas de acolhimento à sua fala, como se dissesse, “eu possuo esse saber, é difícil de entender, mas compartilharei com você.” A relação verticalizada se mostra: o médico, possuidor deste saber, está na posição de compartilhá-lo enquanto detentor daquela verdade. Dessa forma, com sua permissão de acesso, a paciente, talvez, alcance uma pretensa horizontalidade que nunca se concretiza de todo.

M: Seu eletro é todo alterado por causa do coração que é mais duro e grande, tá certo, então assim, esse líquido que a senhora bebe, ele fica todo no pulmão. Então a senhora acha que tá resolvendo o problema da sede, mas tá causando um problema maior que é a falta de ar. Então, é diretamente proporcional, quanto mais líquido a senhora beber, mais falta de ar vai ter

P: À noite, especialmente à noite

M: É uma decisão da senhora

Ao dizer “a senhora tá causando um problema maior”, o médico insere a paciente como agente de sua situação, do problema exposto. É ela quem causa um problema maior – sua falta de ar – por beber água ao matar sua infundável sede. É ela também que decide se deve sofrer de sede ou de falta de ar. Na falsa ideia de poder de escolha do sujeito acometido, a medicina, os remédios e os cuidados médicos desaparecem. A paciente move o verbo (beber (água) = ter (falta de ar)) e é, assim, responsabilizada, tendo em suas mãos a escolha de ter a sua condição cessada. A retórica do médico, mais uma vez, enredando a paciente para fazê-la acreditar que não só é dona de sua história, mas que também é dona e responsável – única e exclusivamente – por seu estado. Nesse sentido, a figura do cuidador desaparece. O caminhar junto desaparece, há a culpabilização do ser que sofre, o que eleva a dramaticidade do embate.

P: Eu tomo () litros de água de noite

M: É uma decisão da senhora, prefere ficar com aquele pouquinho de sede

com o tempo acostuma, ou prefere ficar com falta de ar, cansada?

[...]

P: Pois eu tô bebendo a base de seis litros de água por dia

M: É demais, é demais, tem/ devagarinho a senhora tem que tentar baixar, consegue?

P: Olha, eu acordo de manhã, eu bebo um litro sem parar

M: É muito, bem.

P: Eu ponho um copo, um litro

M: Dona Inês, isso é muito

P: Eu fico/ a boca parece que tem algodão, aí eu bebo aquela água toda, quarenta minutos depois eu tô com sede outra vez, e muita sede

M: A senhora acha que consegue se policiar?

P: Eu consigo

M: Vamos fazer esse acordo? Tentar baixar um pouquinho esse líquido?

P: Sim

M: Mas ei, ei, isso não é pra mim não, isso é pra senhora

P: É claro que é pra mim

O acordo que o médico busca traçar, “vamos fazer esse acordo?”, é unilateral, “tentar baixar um pouquinho esse líquido”, deixa a forma infinitiva do verbo *tentar* em aberto para quaisquer sujeitos que se encaixem na retórica. Nesta estrutura caberiam pronomes como “eu”, “ela”, “você” todos implicados na ação do “tentar baixar”. Contudo, ainda que haja um nós expresso (vamos?) e uma estrutura deixada ambígua ((vamos) tentar baixar), quem é verdadeiramente responsável pela execução da lei que o médico estabelece é a paciente. É claro que o médico enquanto agente da saúde busca a promoção desta, não resta dúvidas sobre como a resolução do enigma é a grande vontade que faz agir o herói trágico. Com tal estratégia, o médico se inclui no discurso, mas se exclui na ação, o acordo é posto no plural “vamos”, para que essa coletividade seja negada logo em seguida: “isso não é pra mim, não, isso é *para a senhora*”. Nessa dinâmica de aproximação e afastamento, temos a falsa sensação de que a verticalidade da relação diminui e, por vezes, é até extinguida, contudo, sendo essa uma dinâmica retórica de poder e de saber estabelecida sempre por parte do médico, fica clara a posição passiva que ocupa a paciente no processo dialógico.

P: E agora, tem outra coisa, uma fome desesperada à noite, só à noite. Eu posso passar o dia todo sem comida

M: Só à noite que tem fome?

P: Só à noite! Eu posso passar o dia todo sem comer nada, não me faz nenhuma diferença. Deitei, dormi até as doze, aí eu levanto desesperadamente com fome

M: Tá, você consegue dizer pra mim se a senhora é uma pessoa muito nervosa?

P: Sou

M: Cê acha, cê se acha muito ansiosa?

P: Sou muito ansiosa

M: Cê/se acha muito ansiosa?

P: Sou, até minha cachorra se sai, vai lá fora, eu fico desesperada procurando

M: Tá, essa parte da senhora à noite ter muita vontade de comer, isso não tem a ver com fome

P: É nervoso... eu pensava que é fome

M: Isso é ansiedade

[...]

M: Se fosse fome quando a senhora sentisse que tava cheia não precisava mais comer, como é só da cabeça, só do nervosismo, da ansiedade, aí cê pode comer, cê vai comer até vomitar, até passar mal

P: É como eu me sinto, extremamente cheia e continuo comendo

M: Tá vendo, isso é do nervoso. Tem remédio que às vezes ajuda a controlar um pouco essa ansiedade. A senhora já tentou tomar?

P: Não quero

M: Não quer

P: Não

M: De jeito nenhum?

P: Remédio pra controlar a ansiedade? Ô, doutor, eu tenho uma irmã completamente doida com esse troço, ela toma tudo que é de remédio de controlar a ansiedade. Eu era normal por que que eu vou ficar assim? É tenho que tentar comigo mesmo

No trecho acima, a paciente explicita ao médico sua ansiedade, que aparece por meio de alimentação descontrolada, principalmente à noite. Essa característica da personagem é importantíssima para seu diagnóstico como um todo. Por vezes, ao longo da consulta, em momentos distintos, a paciente diz que se sente nervosa em São Paulo, que a filha foi assaltada, que volta a fumar quando pisa no Brasil, no entanto, tais sintomas desaparecem quando está na África, onde relatou ter familiares e, também, para onde viajaria no mês seguinte, ou em outros países, como a Suécia:

P: Vamos tentar... eu fui pra Suécia dois anos atrás, fiquei lá sete meses e parei de fumar. Entrei no Brasil assim ó, ali do aeroporto eu já peguei dinheiro e fui procurar onde eu encontrava cigarro pra comprar. Naquela época, tinham acabado de botar/proibir cigarro no Brasil, fumar em áreas privadas. Eu não esperei meu filho ir me buscar, eu peguei um táxi só porque eu queria comprar cigarro

O elemento ansiedade não é, todavia, aprofundado nesta consulta, não é um tema escolhido pelo herói para constituir uma cena temática. A paciente se recusa a iniciar um tratamento para ansiedade, pois atribui a este tema uma cristalização expressa por um relato de sua experiência: “uma irmã completamente doida” por conta dos ansiolíticos. No entanto, não há nenhuma tentativa por parte do médico de desmitificar ou tentar compreender o porquê dessa afirmação. É outra caracterização da personagem-paciente que é deixada como cena lateral, desimportante, desconexa da unidade de ação.

Ainda no excerto sobre ansiedade, outro fato para atentarmos é a forma como a

personagem se caracteriza após metade da consulta: “eu *era* normal”. A contraposição radical reforçada pelo médico ao longo da consulta, entre o ser saudável e o ser doente, estabelece que o ser saudável *não é* a dona Inês, pois ela é caracterizada por problemas seguidos de problemas, sendo um grande receptáculo deles. Cabe a ela própria solucioná-los, apesar das dificuldades que tenha apresentado, visto que, na posição de alguém que age sobre a doença, a paciente claramente falhou nas tentativas passadas. Nesse sentido, Dona Inês não pertence ao enquadramento “saudável” e, por isso, continuará enunciando-se de modo a se contrapor ao seu eu passado, desamparada pela sua constituição presente.

M: Quer tentar primeiro antes de começar a tomar/

P: Quero tentar

M: Vamos fazer um acordo, então?

P: Vamos

M: A senhora faz força pra passar pelo menos três/ vou dar três meses pra senhora, a senhora tem que se controlar, atenta na hora de comer, pensar assim “eu não tô com fome, eu tô ansiosa” e aí troca comer por outra coisa

P: É, eu vou trocar comer por andar

M: Excelente

P: Mas é que em São Paulo agora () à noite/

M: Esse seria o melhor dos mundos, seria ótimo se a senhora fizesse isso

P: Mas não dá pra fazer isso em São Paulo

M: Mas qualquer coisa que a senhora fizer, tentar mascar alguma bala diet, tá certo? Chiclete light, essas coisas assim, tentar ir, sei lá, ver televisão, vai cuidar do neto, vai brincar com/ deu aquela ansiedade, aquela coisa louca, vai tentar fazer outra coisa

Acima, o herói trágico volta a usar uma tentativa de acordo, novamente unilateral. Dessa vez, propõe o acordo no coletivo da segunda pessoa do plural, “vamos fazer um acordo?”, mas a coordenada seguinte explicita quem é o sujeito da ação: “a senhora faz uma força...” Aqui já se enumeram alguns acordos propostos à paciente, acordos que são como desafios postos em seu caminho empreendido rumo à melhor saúde. Esses acordos podem agir por si sós como estímulos para a ansiedade, pois, como relatado pela própria paciente, é difícil para ela conseguir resolvê-los. O questionamento aqui se torna, portanto: por que o médico em cena acredita que o pacto de um acordo como estratégia retórica tornará o tratamento mais fácil ou mais motivante a uma paciente, cuja queixa de ansiedade está posta? Será que esse acordo é feito de forma consciente? Uma retórica aplicada por esse personagem médico a todos seus pacientes como forma de discurso motivacional? Ainda há o agravante no discurso “Mas qualquer coisa que a senhora fizer”, indicando exemplos simples como solução de um problema que, aparentemente, é grande para a paciente. Além disso, nesses exemplos lançados sem muita

reflexão ("sei lá, ver televisão, cuidar do neto") demonstram certo julgamento do médico. Como um acordo que parte do pressuposto de que a ansiedade é falta do que fazer pode ser motivador?

É um discurso figurado, uma vez que o acordo é um acordo verbal, de força retórica e não legal. Sua intenção é que a paciente aja dentro do percurso proposto que não só elevará sua saúde, mas, também provará certa a sua hipótese, alcançando, assim, o sucesso de ter o enigma solucionado – ao menos algum deles. Todavia, a resposta sobre a solução do enigma só será alcançada mais adiante.

CENA SEXTA: o diabetes

A sexta cena se inicia de forma distinta das demais. Embora também iniciada pelo médico, a cena ao invés de trazer “o próximo problema”, como de costume até aqui, o herói trágico traz uma questão bastante sensível à paciente, a insulina, introduzindo-a por meio de uma negativa: “eu não vou nem falar em insulina.” Tal movimento faz com que a paciente adquira uma outra racionalidade, ao mesmo tempo combativa e defensiva de si mesma. Ela, pela primeira vez, nega a direção do médico e assume postura defensiva, com autoridade sobre sua própria narrativa. A resposta de seu interlocutor será uma postura mais agressiva e, veremos, então, emergir outro lado do herói trágico, ser essencialmente paradoxal, como já vimos. Uma figura emerge sob uma máscara retórica: o tirano¹³.

M: Dona Inês, ó

P: Eu vou tentar parar essa comida de noite, eu creio que me afeta é a comida de noite

M: Eu não vou nem falar em insulina, viu?

P: Não fala em insulina porque eu não vou tomar

M: Não vou nem falar

P: Eu já falei, eu vou ter que controlar essa diabete de qualquer maneira

M: Tá

P: Não vou pra insulina

M: Sabe o que eu prometo pra senhora?

P: O quê?

M: Eu vou colocar um monte de remédio aqui, comprimido, pra diabetes da senhora ser controlada sem insulina, tá certo?

P: Ai, Jesus

M: Mas eu já adianto pra senhora... cê sabe que que é hemoglobina glicada?

Embora a vontade da paciente já tenha sido enfaticamente decretada, “não vou pra

¹³ Discorreremos mais sobre o conceito de tirano trágico no Capítulo II com as máscaras retóricas do médico.

insulina”, o médico persiste em sua tentativa de convencimento. É importante reiterar nesse ponto que a insistência e persistência do médico a um tratamento que beneficiará a paciente é de extrema importância. No entanto, não há qualquer desmitificação de quaisquer que sejam os mitos que existam em relação à negação da paciente quanto à insulina, não há interesse na história por trás dessa negação, do que a paciente tem de existente *a priori* da cena clínica, e o médico trabalha com a imposição de um tratamento de forma mais coercitiva, querendo fazer valer, a todo custo, a força de sua lei maior, o saber médico. Tal força retórica não teve, como veremos, a adesão da paciente, pois torna-se nebulosa a projeção de uma melhor saúde quando se está diante de medos e estigmas que nos habitam.

P: Não

M: Não sabe, vou explicar pra senhora, sabe quando a senhora fura a pontinha do dedo

P: Aham

M: Que dá trezentos e oitenta e dois?

P: Aham

M: Sabe quando dá trezentos e oitenta e dois?

P: Aham

M: A hemoglobina glicada é um valor que eu pego do seu sangue e meço

P: Hum

M: E é como se eu tivesse fazendo na pontinha do dedo todo dia

P: Hum

M: E aí ele vai e me dá o valor da média da glicose da senhora... sabe quanto é que tá a média da glicose da senhora?

P: Quanto?

M: Chuta pra mim, tenta adivinhar, só pra senhora/ só pra ver se a senhora tem alguma noção

P: Quatrocentos e oitenta e dois?

M: Não tá tão alto, a média da glicose da senhora é de duzentos e sessenta e seis, ou seja, a maior parte do tempo, a glicose da senhora tá em duzentos e muito

P: () muito

M: Tá, isso faz mal... sabe qual é o valor da hemoglobina glicada, que reflete uma média de duzentos e sessenta e muito?

P: Ahn

M: É dez ponto nove a da senhora?

P: E o normal é o quê?

M: Sete... tá quase o dobro

P: Eu vou controlar isso

No embate acima, o médico exprime seu saber médico para provar seu argumento sobre o quão prejudicial o diabetes é. Em resposta, a paciente retoma suas respostas mais evasivas fazendo uso de “aham” e “hum”, pois este é um saber que sua interlocutora provavelmente não compartilha, tendo em vista seu silêncio, suas repetições e, ao final, a pergunta “e o normal é o quê?” Há novamente o reforço das estruturas de poder e de quem está à frente da hierarquia ali

estruturada. Isso se torna evidente com o desafio que a paciente “adivinhe” sobre o que o médico está falando para tornar evidente que ela não tem, de fato, “nenhuma noção”.

M: Geralmente a gente não consegue controlar isso com remédio pela boca
 P: Eu não vou tomar, eu não vou tomar ((tom de decisão final))
 M: Não tomar é uma opção da senhora, eu respeito, não vou ficar insistindo
 P: Doutor
 M: Sabe qual é/
 P: Essa coisa aqui já foi a seiscentos
 M: Sabe qual é minha função?

Novamente o discurso científico e a razão médica entram como ordem para conter a rebelião-desordem comprovada pela mudança da ação da paciente em cena. Até então, no decorrer das cenas anteriores, a paciente havia passivamente aceitado tudo, navegado por entre todas as propostas, desafios, acordos, direcionamentos estipulados pelo médico sem grandes contraposições. Aqui, quando dona Inês causa a ruptura, fazendo valer a sua opinião, as suas próprias leis e crenças, tal qual Antígona, obtém como resposta do personagem médico a criação de uma tensão para enfraquecer sua rebelião. Para instituir seu poder e manter-se no controle, se utiliza de algo que, em cena, só ele tem: o saber médico.

P: Hum?
 M: Não é segurar a senhora e aplicar a insulina, não. Não é
 P: Hum
 M: Sabe qual é a minha função?
 P: Hum
 M: É tentar colocar na cabeça da senhora o que é que a senhora tá se arriscando, qual é o risco que a senhora tá correndo. A senhora sabe qual é o risco?
 P: Hum, ficar cega...
 M: Que mais, vai dizendo, vai dizendo...
 P: Ficar aleijada
 M: Que mais? Vai dizendo, vai dizendo...
 P: Ah, mas se chegar aí doutor, eu já fiz/
 M: Não, vai dizendo, vai dizendo...
 P: Já fiz meu/
 M: Dona Inês, a senhora não disse nem o terço ainda mais a missa, vai dizendo o resto, que mais?
 P: Eu não sei do resto
 M: Não, mas tem que saber, sabe por quê? Porque é o risco que a senhora tá aceitando correr... diz aí pra mim o que que é tanto, vai, diz aí pra mim o que que o diabetes causa...
 P: Ah, um monte de coisa
 M: Vai dizendo, mulher, a senhora sabe tudinho
 P: Mas eu num lembro, num lembro

O conceito de tirano tem sua trajetória e evoluiu de seu sentido grego trágico às definições atribuídas posteriormente por Platão e mesmo por Aristóteles, em sua “Política”. As definições de tirano atreladas à ação política que começaram a ser tecidas no período clássico marcam o conceito com sentidos que, com maior ou menor pertinência, perduram até hoje, senão no uso corrente do termo, no imaginário do senso comum. Segundo a definição da palavra “tirania” pelo Dicionário de Filosofia (2007), de Nicola Abbagnano:

Hoje esse termo é bem menos usado, não porque os regimes tirânicos tenham desaparecido ou porque não haja mais o perigo de que estes se instaurem mesmo onde vigore certo grau de liberdade, mas apenas porque ele parece pertencer a uma espécie de retórica fora de moda. *Absolutismo* ou *totalitarismo* são os termos que substituíram *tiranía*, mas o conceito não mudou, e estas mesmas palavras significam ainda: regime no qual o arbítrio individual ocupa o lugar da lei; escravidão imposta por escravos; governo que não pode ser mudado nem corrigir a não ser pela violência (ABBAGNANO, 2007, p. 960)

Por isso, é importante o nosso esforço em delinear a imagem de tirano que resgatamos aqui. Imagem essa que nada coincide com as concepções de tirania de governos totalitários e autoritaristas. A máscara do tirano aqui não é, sob nenhuma hipótese, a máscara de uma perversão. O professor de Filosofia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Newton Bignotto (1998), em seu livro *O tirano e a cidade*, aponta para os traços característicos da tirania em Creonte e tal leitura muito servirá à tragédia da clínica. “No contexto do século V a. C., a palavra “*tyrannos*” foi muitas vezes empregada para significar o governante de uma cidade, sem um significado especificamente negativo.” (BIGNOTTO, 1998, p. 73)

A atribuição da máscara do tirano ao personagem-médico é restrita aqui ao que “surge, assim, no século V a.C. o que chamaremos de tirano trágico, figura diferente da imagem que a poesia forjara no século VI a.C., e da que a filosofia forjará, pelas mãos de seus grandes mestres nos séculos seguintes.” (Ibidem, p. 49-50). Em especial, usaremos o exemplo do personagem Creonte, da tragédia “Antígona”, de Sófocles. Aquele que, vestido de seu papel social, tomava decisões em nome do coletivo que desejava, governava e representava, fazendo valer as leis do seu reinado. Aqui, na tragédia da clínica, a instituição é a Medicina, ou seja, toda a formação do médico que é representada por sua prática.

Creonte é uma ameaça para todos, porque expõe o corpo político à ira divina, ao mesmo tempo em que revela aos cidadãos os limites de sua condição de inventores de lei. O tirano é assim o outro da democracia, o negativo de um regime que exige a associação entre liberdade e igualdade. Mas é precisamente enquanto faz parte do político, enquanto é uma possibilidade sempre inscrita na democracia, que ele é temido. Para a cidade livre do século V a.C., talvez o mais terrível de um personagem como Creonte estivesse no fato de que ele não era o estrangeiro invasor, não era nem mesmo o usurpador banal do trono. Seu comportamento, sua tentativa de enganar, seu

pretensão apego à coisa pública, eram traços do comportamento de muitos dos líderes democráticos do tempo. (Ibidem, p. 72)

A imagem do tirano não surge de sentidos atribuídos posteriormente, inclusive em nossa contemporaneidade, isto é, um sentido subjetivo sádico, não diz respeito ao caráter do médico enquanto ser-no-mundo, mas sua ação trágica enquanto herói trágico em seu contexto de performance – tempo, espaço, personagens ali figurados. A forma de utilização do saber médico faz emergir a figura do tirano no personagem-médico, uma outra faceta deste herói-trágico, uma vez que, como veremos no Capítulo II, a partir da retórica que o personagem-médico se utiliza para convencer seu paciente, ele faz emergir uma outra imagem de si, uma máscara. Neste caso, a máscara foi a do tirano.

Há diversos elementos textuais que exprimem fortemente o tom dramático um deles é, por exemplo, a aceleração do tempo presente por meio da pressão causada pela repetição de palavras e frases de coerção: “vai dizendo, vai dizendo”, deixando clara a manifestação de poder. Ao romper com a estrutura imposta, a paciente inverte o caminho direcionado pelo médico até então, levando-o, enquanto figura persistentemente dominadora, a não aceitar perder o desafio. O herói trágico, na busca por solucionar o enigma da doença, entra em embate até mesmo com o próprio paciente. Com esse recurso para retomada do poder discursivo, o médico se fortalece perante a fragilidade do não-saber da paciente. Em outra tragédia grega de Sófocles, *Édipo-Rei*, o coro define o sentido de tirano, que pode ser aplicado também à tragédia da clínica.

O orgulho é o alimento do tirano; quando ele faz exagerada messe de abusos e temeridades fútuas inevitavelmente precipita-se dos píncaros no abismo mais profundo de males de onde nunca mais sairá. (SÓFOCLES, 1989, p.60)

Ao ter a sua lógica e o seu saber desafiados pela paciente que julgava poder “voltar ao normal” sozinha, sem a medicação recomendada pelo médico, feriu-se o orgulho do tirano ao destituir-lhe, ainda que provisoriamente, de sua posição de poder. Ser confrontado pela paciente, o fez agir com uma “exagerada messe de abusos” (Ibidem, p.60), pois a constituição primeira do personagem-médico em cena, o que impulsiona a mola da ação, é o seu saber médico. Destituído de tal poder, não há clínica. Foucault (2002), ao analisar a tragédia de Sófocles, também define a figura do tirano:

O tirano era aquele que depois de ter conhecido várias aventuras e chegado ao auge do poder estava sempre ameaçado de perdê-lo. [...] Este personagem do tirano não é só caracterizado pelo poder como também por um certo tipo de saber. O tirano grego não era simplesmente o que tomava o poder. Era aquele que tomava o poder porque detinha ou fazia valer o fato de deter um certo saber superior em eficácia ao dos outros.

(FOUCAULT, 2002, p.44-46)

O médico expressava seu saber para a paciente dizendo que, com o medicamento oral que fazia uso, dificilmente ela conseguiria controlar seu nível de diabetes. Esse é o seu discurso argumentativo “superior em eficácia ao dos outros”; aqui, “os outros” são representados por somente um outro discurso, o da paciente – inferior em eficácia pois não tem sua validade no mesmo saber médico que constitui e edifica a clínica médica representada neste trabalho.

O conflito entre Antígona e Creonte recobre uma antinomia análoga. [...] Entre esses dois domínios da vida religiosa, há uma constante tensão que, em certos casos (os mesmos que a tragédia conserva), pode conduzir a um conflito insolúvel. Como observa o corifeu, é piedoso honrar piedosamente os mortos, mas, à testa de uma cidade, o magistrado supremo tem o dever de fazer respeitar seu *krátos* e a lei que proclamou. (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 2014, p 18)

Mais que uma discrepância entre as leis da cidade e as leis divinas, o conflito entre Antígona e Creonte é indissolúvel, porque trágico e, conseqüentemente, sempre duplo e paradoxal. Responsável por manter a ordem, Creonte faz valer as leis que julga serem as mais apropriadas dentro do seu papel social. O médico também faz valer as leis mais apropriadas dentro do seu papel social. Enquanto sobre Creonte falamos das leis no âmbito jurídico, na tragédia da clínica, a lei do herói trágico, do médico, é a Medicina.

M: Posso falar?

P: Pode

M: A senhora quer ouvir?

P: Doutor, eu vou ouvir, mas eu não vou tomar a insulina... eu vou tentar controlar isso sem insulina

M: E se não conseguir?

O médico finalmente faz a paciente ceder ao acordo proposto, determinando o pior cenário como possível. À medida que o médico dirige o curso da ação, a paciente constrói e solidifica uma imagem de si mesma, com traços bastante negativos como a imagem de um sujeito doente, fraco, destruído, vencido, fragmentado – um montante de doenças que a constituem e a definem por completo, sem espaços características mais positivas. Enquanto a retórica do médico se nutre dessa fragilidade, pensando estar mais próximo do seu objetivo de adesão ao tratamento, a paciente cede por não conseguir sustentar o embate no mesmo tom. A insulina é o elemento de força para ambos, porém, em momentos distintos. A paciente inicia com força irreduzível e tom de decisão, enquanto o médico tem sua instância configuradora desafiada e a ordem estabelecida até então é rompida. No entanto, com o passar dessa cena,

munido pela máscara do tirano, o médico consegue, por meio de seu discurso e da imposição de poder, subverter a situação, finalizando sua ação discursiva com a paciente se submetendo a um acordo e o médico reassumindo, então, as rédeas da ação. O herói trágico acredita vencer, então, mais esta batalha. Na configuração trágica da clínica, não há espaço para duas figuras de força e poder, não se pode admitir dois heróis trágicos. Enquanto um herói se instaura pelos dotes de prestígio requeridos pelo contexto de ação, especialmente o saber desvendar dos enigmas e vencer os desafios colocados, o outro cai e se torna interlocutor conduzido. Na ordem clínica estabelecida, uma força necessariamente terá que sucumbir à outra. A esta altura já estamos mais familiarizados com a ordem que busca manter-se instaurada.

P: Aí eu tomo a insulina

M: Quanto tempo a senhora me diz? Se conseguiu ou se não conseguiu?

P: Dois mês

M: A gente pode firmar aqui acordo, a gente tá em agosto, em outubro

P: Aham

M: Lá pelo meio de outubro

P: Aham

M: 15, 20 de outubro

P: Uhum

M: A gente pode firmar esse acordo?

P: Uhum, podemos, porque eu vou controlar isso

M: Eu acredito que a senhora vai se esforçar pra controlar e acredito que a senhora vai conseguir controlar bem melhor o seu diabetes, mas eu não sei se a senhora vai conseguir controlar cem por cento, a ponto de não precisar de insulina

P: Vou, eu vou sim, vou mostrar/

M: Então assim, eu tô querendo fazer, eu tô querendo fazer esse acordo pra dar uma chance pra senhora de controlar porque eu não sei se esses níveis de quatrocentos que eu tô vendo aqui a gente consegue. Caso não consiga, eu posso firmar esse acordo de em outubro a gente começar a usar insulina? Caso a senhora não consiga

P: Sim, caso eu não consiga, mas eu vou conseguir

M: A senhora não tá falando só da boca pra fora?

P: Não! Tô falando de verdade

M: Aperta minha mão? Tá firmado? Outubro

P: Tá firmado

M: Outubro

P: Outubro

M: Eu vou anot/ Posso anotar?

P: Pode

M: Então vamos lá

P: ((Risos))

Retomada as rédeas do embate, reocupando seu lugar na direção do enredo, o médico ameniza o tom e volta a estabelecer novo acordo com a paciente, agora para insulina. O tom do discurso do médico se alterna entre a suspeita da capacidade da paciente em conseguir alcançar

o objetivo e a crença que ela irá conseguir. O primeiro discurso atribui mais uma característica negativa à paciente, pois ela é posta em dúvida: será que ela vai conseguir seguir o acordo? O segundo discurso atribui uma característica positiva à paciente, pois afirma que ela conseguirá seguir o acordo. Novamente o teor duplo da ação do médico que utiliza de várias estratégias retóricas e conflitantes entre si. Há a demonstração de fé na paciente, “eu acredito que a senhora vai se esforçar.” Esse movimento, embora inconstante, afirma a tentativa do médico de alcançar o que até então nenhum outro médico alcançou – que a paciente, finalmente, sucumba à insulina, cujo motivo da resistência todos desconhecemos. Essa alteração constante de estratégia e, conseqüentemente, de tom se faz necessária na argumentação que reveste a instância configuradora do herói trágico. Os acordos colocam o destino da paciente reiteradamente de volta às mãos dela própria. É ela que tentará nos dois meses subsequentes baixar o diabetes para não precisar tomar a insulina, ainda que seja pouco provável de acontecer, como também reiteradamente afirmou o médico em diversas ocasiões.

Uma adição importante neste ponto da análise é a de que a paciente deixará o Brasil em direção à África no mês seguinte à consulta e estará ausente por até 6 meses.

P: Doutor, meus netos tão tudo na África
 M: Eita, foi todo mundo pra lá?!
 P: África, Suécia
 M: Eu li aqui que a senhora ia também, é verdade, não?
 P: Eu vou, eu vou, eu vou
 M: Vai quando?
 P: Eu vou no próximo mês
 M: Mês que vem, e aí vai passar um tempinho lá, né?
 P: Vou ficar seis meses
 M: Seis meses
 P: No máximo seis meses, não sei se eu posso, ahn!

Realizar o acordo para iniciar o uso da insulina em outubro se configura aqui, portanto, como o triunfo da personagem que estará longe quando o prazo do acordo expirar. A vontade da paciente, ainda que de forma não explícita, se mantém.

M: Eu fiquei de falar pra senhora o que que o diabetes causava pra uma pessoa
 P: Hum
 M: Posso falar?
 P: Pode
 M: Então vamos lá, diabetes pode deixar a pessoa cega, diabetes pode deixar a pessoa precisar fazer diálise, sabe o que é diálise?
 P: Sei
 M: Aquela maquininha que fica lá
 P: Uhum

M: () no rim
P: É, sei
M: Que tem que ir três vezes por semana passar a tarde todinha
P: Sei
M: Sabe como é, né?
P: Uhum
M: Tá. Diabetes causa infarto
P: Uhum
M: Diabetes causa AVC derrame, que a pessoa fica sem mexer um lado do corpo. Diabetes faz com que a pessoa fique com o coração grande. Já ouviu falar de alguém que tem o coração grande?
P: Já, várias pessoas, eu conheço várias pessoas
M: Quem que tem?
P: Eu tenho uma irmã que tá com o coração, um lado, grande
M: Quem mais tá com o coração grande?
P: Mas ela não tem diabete
M: A pressão também causa isso daí, pressão alta
P: Ela tava com a pressão ()
M: Quem mais, quem mais tem coração grande?
P: A um monte de gente...
M: A senhora, por exemplo
P: Eu ((risos)). Doutor, eu vou controlar isso, eu prometo. Isso é uma promessa
M: Deixa eu dizer mais, a missa tá na metade ainda
P: Não diga mais não, por favor
M: Não quer que eu diga mais, não?
P: Não, não
M: Tá bom, depois a gente conversa mais sobre isso
P: Depois a gente continua
M: Tá
P: Porque só vai me deixar nervosa, aí minha pressão sobe
M: Eu não quero a senhora nervosa não...
P: ((Risos))
M: Deus me livre, Deus me livre... tá

Embora o acordo com a paciente já tenha sido feito e, aparentemente, os nós dramáticos desfeitos com ele, as falas a partir da máscara do tirano persistem ao continuar desafiando a trama dos efeitos da diabetes. O resultado na paciente é o tom de súplica para que cesse a enumeração dos infortúnios e a aflição proveniente deles. A paciente ainda adverte que se ficasse nervosa, a pressão subiria, alertando seu interlocutor dos efeitos que tal fala produzia nela, apelando para um argumento que parece tocar seu interlocutor: as lógicas transições entre saúde x doença, bem-estar x mal-estar.

P: Que mais?
M: Tá bom, não já tá bom, não?
P: Ainda tem mais? Porque eu tô toda podre, né?
M: ((Risos)) Não tá toda podre não
P: Não existe/ não tem nada mais ((risos))
M: Tem jeito, tem jeito
P: Não tem nada mais

A cena se encerra com a paciente acelerando o tempo e solicitando ela mesma a mudança de ato com o “que mais?”, invertendo também certa lógica imposta pelo médico, direcionando ela mesma o discurso, ainda que sob a lógica do médico. Age de acordo com um modo de proceder até então característico do personagem-médico. Dando continuidade a esse raciocínio de encerramento, provavelmente proveniente de cansaço físico e psíquico, a paciente formula e externaliza o veredito que vem construindo até então: “porque eu tô toda podre, né” e “não tem nada mais”. O riso aparece novamente como forma de comédia inversa, para esconder ou romper com a dramaticidade da trama, embora o drama já seja intrínseco a ambos os personagens.

CENA SÉTIMA: o tabagismo

M: Eu vou/ eu vou/ eu vou só colocar mais o dedo na última ferida agora

P: Ahn, qual é?

M: Cigarro

P: Ah, Jesus! Doutor, esse cigarro vai ser muito difícil de eu parar de fumar

[...]

M: (Trocou pelo) cigarro. Dona Inês, cigarro não faz bem, não

P: Eu sei

M: Faz um mal miserável

P: ((Risos))

[...]

M: Já aconteceu da senhora fumar um cigarro por dia o tempo todo?

P: Já

M: Um maço por dia?

P: Não

M: Um maço por dia não chegou, não?

P: Nunca fumei um maço por dia

M: Tá

P: Primeiro eu não aguento, né, mas tem uma coisa, se eu fico sem fumar e depois vou fumar, eu fico tonta e tenho que deitar... acontece

M: Então, isso deve ser mais mania, viu? Porque essa dose/

P: É, eu/

M: Essa dose que a senhora tá fumando, seis, sete cigarros por dia, não é uma dose de quem tem dependência química

P: Eu sinto que é uma mania

M: É mais mania, viu?

P: Eu sinto que é uma mania

M: Mania a gente consegue corrigir, não consegue não?

Na última cena temática evocada pelo médico, o tabagismo aparece como o último dos problemas da paciente enumerados até agora. O último na esquematização do médico. A paciente, passado o momento em que instaurou a desordem quanto à insulina, resignada, aceita

a relação com o cigarro como mania, assim como sugerida pelo médico. Os indícios de ansiedade vêm novamente à tona, apontados pelo médico e pela paciente, mas sua causa é novamente ignorada. Notamos que sua ansiedade e seu nervosismo permeiam a sintomática da paciente.

M: Posso/ consulta que vem eu continuo conversando do cigarro da senhora, porque é muita coisa pra gente dizer. Hoje, deixa eu dar só uma dica pra senhora?

P: Pode falar, eu já sei, causa quatrocentas e poucas doença

M: Eu não vou falar em doença, não, doença a senhora sabe o que é que dá

P: Hum

[...]

M: E é depois do, a senhora tá fazendo o quê que vai lá e fuma?

P: Eu fico nervosa, não consigo dormir...

M: Mais uma vez o nervosismo vindo aí

P: É

M: Tá vendo? Mais uma vez

P: Não consigo dormir aí vou e fumo

M: A senhora não consegue trocar e ir diminuindo esses cigarros, não? Colocar na cabeça assim, hoje eu só vou fumar, ao invés de quatro, três. Aí passa um mês assim, uma semana assim e depois a senhora devagarinho vai tentando baixar. Vamos tentar fazer isso?

P: Vamos tentar... eu fui pra Suécia dois anos atrás, fiquei lá sete meses e parei de fumar. Entrei no Brasil assim ó, ali do aeroporto eu já peguei dinheiro e fui procurar onde eu encontrava cigarro pra comprar. Naquela época, tinham acabado de botar/proibir cigarro no Brasil, fumar em áreas privadas. Eu não esperei meu filho ir me buscar, eu peguei um táxi só porque eu queria comprar cigarro

M: Eita, mas vamos tentar, vamos tentar mudar isso aí, tá?

P: Tá bom

O sétimo e último “problema”, o do tabagismo, não terá seu tratamento nesta consulta, pois, na seleção dos fatos importantes, o médico não o coloca como prioridade dado o número de problemas que já precisarão ser resolvidos. Resta à paciente seguir as dicas fornecidas pelo médico para que sua “mania” seja solucionada, para que a paciente, ela mesma, solucione esse enigma. A última cena se encerra aqui, antes do médico partir para sua conversa com o médico assistente, chamado por ele de chefe, em que discutirá o caso da dona Inês e chegarão juntos a um consenso para seu diagnóstico.

No limite, o perigo de não perceber esses fenômenos está na constituição de uma fala poderosa e ininterrupta que cala definitivamente aqueles que se acreditam (ou são creditados como) incapazes dela. Nesse caso, não ouvir o doente na especificidade de suas narrativas pode, sim, levar à morte – “desenlace” que cerra para sempre a boca de quem conta. Um silêncio próprio dos “inocentes” (CARELLI e POMPÍLIO, 2013, p.9)

Neste primeiro ato, decorrido as sete cenas temáticas de infortúnios, diga-se de passagem, Dona Inês teve o silêncio próprio dos inocentes com suas falas centralizadas em torno de temas pré-estabelecidos e de uma ordem outra, que não a sua própria. A imagem que a paciente constrói de si, ao longo do embate dramático, é a de heroína caída, consciente de seu infortúnio, não regida por um oráculo ou por um mito, mas pela própria configuração trágica construída no encontro clínico. A paciente teve sua dimensão uma negada ao ser fragmentada em sete problemas-patologias. Essa compartimentalização - ou desintegração - mostra-nos como o mecanismo e a engrenagem da razão e da racionalização extrema é capaz de fazer o próprio sujeito agir contra si mesmo, se desvinculando de uma imagem íntegra e digna de si, “não sobra(ndo) nada”, só doença(s).

ATO II: O TRIBUNAL

O ato dois é o segundo momento da consulta clínica no contexto aqui apresentado, que acontece entre médico residente (M) e médico assistente (A), imprimindo nessa discussão um caráter judiciário que provém da validação de uma verdade – a verdade construída pelo médico residente após a conversa com a paciente. Em forma de tribunal, o médico fará a exposição do caso, buscando solucioná-lo e encaminhá-lo da melhor forma, sempre, no entanto, por meio *de sua* verdade, uma vez que o paciente se torna aqui uma construção do médico residente. Embora o diálogo agora seja com o “chefe”, forma como o médico residente intitulou o médico assistente, o discurso de testemunho é ainda do residente, pois ele presenciou, conversou, extraiu e checkou as informações. Coletou todas as provas e agora mostrará seu quebra cabeça para validar o percurso trilhado até então, além de uma hipótese formulada por ele. Não é mais a verdade da paciente, mas a verdade do médico, pois, ainda que obtida por meio da conversa com a paciente (ou a partir de seu prontuário médico) já não a pertence mais, ela está ali representada por ele. Cabe ao agente de saúde, a partir de agora, defendê-la perante esse *juiz*, que embora em cargo de mais autoridade, como veremos, também sucumbe à instância configuradora do herói trágico.

Foucault (2002) analisa que a tragédia *Édipo-Rei* é como um quebra cabeça que só se desenrola a partir de várias metades que se unem para, ao final, ter seu veredicto.

Parece-me que esse mecanismo da verdade obedece inicialmente a uma lei, uma espécie de pura forma, que poderíamos chamar de lei das metades. É por metades que

se ajustam e se encaixam que a descoberta da verdade procede em Édipo. (FOUCAULT, 2002, p.34)

Nesse sentido, tratamos o médico assistente como um juiz provedor das outras metades, que corrobora as teses trazidas pelo residente, auxiliando-o em sua trajetória e contribuindo para o lapidar do raciocínio do médico que ainda se encontra na posição de aprendiz.

O médico residente, ao iniciar sua fala, adota a posição de personagem narrador, concatenando os fatos selecionados em sequência lógica, linear, tomando a história da paciente para si, evidenciado pelo linguajar médico adotado, jargões específicos, muito distante do que foi a fala da paciente sobre si mesma.

M: A, cara, paciente de primeira consulta, então, você imagine, né? O nome é Inês, tem 51 anos, a paciente hipertensa, diabética, obesa grau 2, tabagista pelo menos uns 10 anos maço, tem uma ICC diastólica discreta, tem dislipidemia, tem triglicéride alto, é... tem uma lombalgia crônica, deve ter muito a ver com o peso, e tem umas varizes em membros inferiores de grossos calibres, tá? Vou deixar até aqui pra você dar uma olhada. É assim, começou a acompanhar no AGD no ano passado no mês 10, tá? E assim, até começo de 2012 não tinha absolutamente nenhum diagnóstico, nada disso existia em/nada disso existia em 2012, tá?

Já na primeira fala, ele constrói a caracterização da paciente inteiramente por jargões médicos, reduzida às patologias que possui, transmutada em doenças – todas as sete cenas temáticas aparecem ali, logo na primeira linha. A tonalidade desse discurso é a científica. Mesmo se não soubéssemos quem é o interlocutor do médico residente, saberíamos se tratar de um médico ou outro agente de saúde, que compartilhe da mesma razão e do mesmo saber, já que para alguém fora desse contexto, a fala é quase que codificada, de difícil compreensão. O residente continua:

M.: É... aí assim, ela é uma paciente que ela fala que já passou em um monte de países e que uma família dela tá na África, talvez até ela passe 6 meses lá nos próximos/no final desse ano, sabe? Não sei se ela vai conseguir fazer um acompanhamento tão bom.

Neste trecho, o médico traz algo de contexto pessoal de Dona Inês, porém, sua construção “*ela fala* que já passou” faz crer ao leitor (e talvez ao seu interlocutor) que se trata de uma possível não-verdade ou meia verdade. A formulação da afirmação não é objetiva, “*ela passou*”; o acréscimo do verbo “falar” prevê algo de falatório, de fofoca, de conto-de-fadas. Algo que é falado, mas que guarda em si espaço para contestação, pois adicionado um elemento de

incerteza.

M.: Mas assim, vendo as consultas dela do AGD, é assim: paciente faltou à consulta, paciente encaminhada à farmácia, paciente faltou à consulta, paciente no AGD, paciente atrasado 1h50min, sabe? Paciente não trouxe controle de diabetes, paciente não trouxe controle de pressão, hoje ela não trouxe controle de diabetes, hoje ela não trouxe controle de pressão, tá? É... não faz exercício porque tem que cuidar dos filhos, não faz exercício porque tem dor no pé, não faz exercício porque não quer. Insistiram bastante, conseguiram fazer ela andar, aí, segundo ela, andar dói, andar é ruim, fazer caminhada é péssimo, ela não gosta, sabe? Não... segundo ela, ela tá andando uma hora por dia, sabe? Todos os dias, pelo menos pelo que ela fala, fica suada, cansa, é... não sei se é realmente isso porque, assim, ela fala que ela tem dispneia aos médios esforços, daqui no metrô ela fala que chega bem cansada, sabe? Aqui, é... ela fica comentando “Ah, não porque eu tô, eu ando uma hora, até ficar suada”, então tem um pouquinho de discrepância nessa parte aí.

Em continuada descrição da paciente, o médico age também aqui de modo mais retórico-diretivo. Contudo, sua intenção com a paciente era fazê-la aderir ao tratamento; sua intenção aqui é possivelmente fazer com que o médico assistente creia em sua resolução para o conflito e valide o seu ponto de vista e as suas escolhas. Dessa vez, fazendo crer o médico assistente que a paciente é tal qual descrita, ou seja, descomprometida, negligente, traçando caminhos narrativos diferentes dos que os que foram ditos pela paciente: “não faz exercício porque tem que cuidar dos filhos, não faz exercício porque tem dor no pé, não faz exercício porque não quer.”, concatenação com rima na qual o médico traz argumentos de uma paciente cheia de “desculpas”, como que produzidos por ela própria. “Andar dói, andar é ruim, fazer caminhada é péssimo, ela não gosta.”, novamente uma leitura feita pelo médico, atribuindo sentidos ele mesmo sobre a dor da paciente.

O que pretendemos trazer à luz é que, talvez, a paciente não goste, de fato, da caminhada, no entanto, se enxergarmos seu não gostar pelo escopo da dor que sente ao caminhar, compreenderemos mais sobre as suas razões como dor física e menos como negligência. Há uma imagem da paciente que vai sendo construída aqui por meio do olhar do médico e de uma leitura – literalmente – de possíveis dados do prontuário médico, ou seja, visões e comentários de outros médicos também. No entanto, tendo a oportunidade de sua primeira consulta com a paciente, o médico a perde ao não levar em conta a sua própria experiência com ela, que pouco teve que ver com a tonalidade e o arsenal vocabular utilizados aqui para descrevê-la.

M.: É... pra completar, ela tem vários e vários, assim, erros que ela fala, tipo, eu não uso Glibenclamida porque me deixa cega, eu não uso Metformina

porque acabou, Captopril sobe minha pressão, sabe? [...] Então, assim, tem vários problemas e, o principal, ela tá com HB Glicada de 11 e, assim, ela é categórica, tem em todas as consultas dela falando isso, que ela não vai tomar insulina de jeito nenhum, porque ela antigamente ela não era assim, que precisava usar esse tipo de remédio e aí ela vai fazer tudo certinho e vai passar a não precisar, sabe?

Ao descrever as atitudes e opiniões da paciente em relação às medicações, o médico se utiliza de frases que talvez representem estigmas, crenças, qualquer tipo de restrição da paciente por qualquer motivo não aparente e não dito. Contudo, durante a cena, não houve a investigação sobre as motivações da paciente ao imprimir certos estereótipos a certos tratamentos, conforme já dito sobre a insulina anteriormente. Por parte do médico assistente, também não foram feitas análises mais críticas dos estigmas da paciente, investigações sobre os possíveis motivos, sobre os argumentos que a mantêm firme na crença de suas narrativas, se não para mudá-las, ao menos para compreender suas motivações. Ainda que a consulta clínica não tenha como seu objetivo primeiro o esclarecimento de estereótipos ou de informações equivocadas que surjam por parte dos pacientes, num sentido educativo, muitos médicos cumprem essa função brilhantemente. Educar os pacientes, sem a intenção de desafiá-los nesse saber, mas contribuir para que sejam detentores de um saber que lhes propicie mais dignidade, mais autoria de si.

A: (Trataram) tudo errado.

M: Tudo errado. Eu cheguei a entrar num acordo com ela que daqui a dois meses, se a coisa não se resolver, ela topou, assim, esse desafio. Se em dois meses eu não conseguir resolver, em outubro eu começo a usar insulina. Assim, totalmente/ já tá há um ano aqui no HC, HB Glicada de 11, dextro 386, sabe? E não toma, de jeito nenhum, disse que não vai tomar e não quer tomar e pronto, sabe?

[...]

M: A medicação realmente ela também tá tomando, sabe? É... mas ela tem vários, vários, preconceitos, vários estigmas, sabe? Ela até sabe o que que o diabetes causa, o que a pressão causa

A: Ela nega um pouco a doença

M: Tem uma negação, tem um grau grande de negação. [...] E assim, falou que vivia indo no ponto socorro antes de entrar aqui no HC, ainda foi uma vez enquanto estava aqui com dispneia, fala que bebe seis litros de água por dia, fala que tem sede demais, sabe? À noite ela é muito ansiosa, vai na cozinha e acaba comendo, comendo, comendo, comendo, comendo até encher a barriga e quando ela enche a barriga, ela come mais, entendeu? É... ela falou que hoje ela já bebeu quatro litros de água e, assim, de uma semana pra cá ela ganhou dez quilos, deve ser a maior parte é líquido, sabe? É...

A: Em uma semana, dez quilos?

M: Um mês ela ganhou dez quilos, nove quilos em um mês

O médico assistente, por meio da descrição feita pelo médico residente, chegou à

conclusão que a paciente *nega* a doença (diabetes), explicando assim seu comportamento, suas falas e estigmas em relação a ela. Podemos pensar que não é a doença em si que a paciente nega e, sim, o seu tratamento, já que não deixa de tomar os medicamentos via oral ou discutir a respeito de outros tratamentos. Sua questão principal é em relação ao uso da insulina especificamente. O porquê, não sabemos, afinal tal questionamento não foi feito.

A: E obesidade

M: E obesidade. Ela fala que ela não vai de jeito nenhum seguir a dieta da nutricionista porque ela não consegue comer nada, porque tudo que ela comia, a nutricionista queria tirar, sabe? Não sei nem se vale a pena encaminhar de novo à nutrição. Ela foi um pouquinho refratária sobre isso, posso tentar insistir, assim, pra ver se ela aceita

A: Acho que a gente tem que fazer o meio termo. Tem que ser igual a tabagista. Se não vai conseguir pegar uma pessoa que come muito e que tem um prazer em comer e que gosta de comer e tirar tudo de uma vez, entendeu? Fora que todos os problemas que já ela tem, você vai tirar, talvez, vamos supor é () é... tem que ser uma coisa devagar, tem que explicar a ela que um dos pilares do tratamento dela é melhorar a alimentação, porque não vai existir remédio no mundo que vai resolver o problema dela se ela não () a alimentação dela

Novamente, o médico residente configura as falas da paciente reforçando aspectos como “ela fala que não vai de jeito nenhum seguir” que reforçam a imagem de uma teimosia constante como traço de caracterização dessa personagem, mas que não foi por ela dessa forma pronunciada. Voltando em certo momento da interação com a paciente, ela o questiona se deveria usar açúcar normal ou açúcar mascavo, em resposta, o médico sugeriu o acompanhamento de uma nutricionista. O desenvolvimento desta questão é o que se segue:

M: A senhora gostaria que eu lhe encaminhasse para o pessoal da nutrição ou a senhora já passou lá?

P: Já passei lá

M: Passou e parou de passar por quê?

P: ((Telefone da paciente toca novamente)) Passei e parei de passar porque me me me me diziam tanta coisa pra mim não comer

M: Ahn?

P: Que eu me desesperei

M: Eita

P: Não comia/ no final de conta eu não podia comer nada!

M: Ah, pode sim

P: Eu ia começar a comer ar

M: Sabe qual o problema dessa história de “ah! eu não podia comer nada?”

P: Ahn?

M: Porque a senhora comia tão mal, mas tão mal que quase tudo que a senhora comia fazia mal... Aí tem que trocar, às vezes, às vezes/

P: Ó, eu não posso tomar leite

M: Às vezes a mudança é assim, viu?/

P: Eu não posso tomar leite, porque me afeta o estômago, o que que eu vou

tomar no café? Aí eu adorava um queijinho. Disse “você não pode queijo”. Aí “você não pode aveia”. O que é que eu posso?
 M: Tem várias coisas que a senhora pode comer. Se a senhora for no nutricionista ele vai saber falar até melhor do que eu, tá?
 P: Vou começar a comer (jerimum) de manhã, né? ((Risos))

A paciente relatou ao médico seu desespero, vocábulo escolhido por ela, quando, no acompanhamento com a nutricionista, foi orientada a cortar certos alimentos de bastante apreço para ela, como o leite, queijo e aveia. A paciente ainda brinca sobre o fato de ter sobrado “ar” para se alimentar e faz piada com a ocasião. Há, contudo, menos o teor de negação em relação ao acompanhamento na nutricionista do que certa frustração e desilusão em relação às orientações e as dificuldades impostas pela restrição a alguns de seus alimentos preferidos – e provavelmente familiares. O médico assistente, respondendo à ação discursiva do residente, o orienta a explicar o *sentido* que a nutrição faria no tratamento da paciente, sua importância. Essa orientação, no entanto, não é seguida. No Ato III, o médico não oferece acompanhamento nutricional à paciente. Voltando ao diálogo entre os dois médicos:

M: É, por falar em tabagismo: 7 cigarros por dia
 A: ((Risos))
 M: ((Risos)) Rapaz, eu só me fodo aqui, cara. Impressionante, cara. Ainda bem que...
 A: Ela quer parar de fumar?
 M: Não, ela é pré contemplativa
 A: Então beleza, conversa, ponto
 M: E é assim, ela fuma bem nesses momentos de ansiedade, sabe? Até tentei falar pra ela fazer uma coisa ou outra enquanto ela ficava ansiosa, mas...
 A: Mas o principal problema dela é, pelo que você tá me falando, é a cabeça, entre aspas/
 M: E não quer de jeito nenhum tomar medicação de ansiedade, viu?
 A: Ela nega, ela nega parte da doença, ela não aceita que ela precisa se cuidar e ela tem dificuldades no tratamento. Ela fala que sente dor pra fazer atividade física, que tudo dói, ela sente falta de/ A falta de ar dela, não é por causa desse IC, é por causa desfuncionamento físico
 M: Sedentarismo, sedentarismo
 A: Com certeza, cara... com certeza, então, assim, a gente tem que ir aos poucos, é uma paciente que vai ter que ter muita paciência e tem que jogar a real pra ela
 M: Essa foi a primeira já deu pra ter um panorama geral da...
 A: E tem que jogar a real pra ela, falar assim ó, a senhora não tá fazendo um favor pra gente, a gente não tá pedindo isso pra pra gente, cê não tem que fazer isso pra gente, é pra você. Se você não quiser fazer, não faça. A gente não tem nada a ver com isso. Agora, é... ela tem que se cuidar porque quem vai pagar o preço mais pra frente é ela, não é a gente. Eu não acho que a gente tem que ameaçar ela de “Ah, se não fizer as coisas você vai ter alta daqui”, acho que não é o momento
 M: É
 A: Até porque você tá começando a conhecer ela/

M: Meu outro paciente era tão mais tigrão e não recebeu alta, deixa ela aí também ((risos))

Como já dito, o tabagismo não será algo aprofundado nessa consulta com o objetivo de ser cessado, pois é um programa de promoção à saúde que o Hospital oferece e, sendo assim, a paciente *não* querendo parar de fumar, o tratamento antitabagismo não é iniciado. O fumo, no entanto, traz à luz novamente uma questão crucial: a ansiedade. O médico assistente faz uma leitura da paciente e exprime em discurso similar ao do médico residente “ela tem que se cuidar porque quem vai pagar o preço mais pra frente é ela, não é a gente”. Discurso já concretizado pelo médico residente à paciente no Ato I. Essa afinidade entre os tipos de discurso traduzem a afinidade do discurso médico científico como um todo, entre os sujeitos representantes e atuantes desta categoria científica. Não estamos aqui tratando de dois sujeitos individualizados que trazem suas questões particulares à consulta, emitindo suas opiniões pessoais. Eles aqui representam esse coletivo médico, o dizer e o saber da ciência, o *modus operandi* desse grupo social. Essa estratégia de convencimento coletiva da qual os médicos tomam mão, a de reafirmar ao paciente que é ele quem sofrerá caso não siga o tratamento proposto é, no mínimo, redundante. Um paciente que vai ao médico em busca de soluções para a dor que sente, não espera, em sua consciência, que o reflexo de suas ações – ou não-ação, no caso – sejam sentidas por outrem, ou seja, que sua dor seja transferida ao seu interlocutor. Sabemos que a intenção é apenas reiterar ao paciente que a dor que ele sente, continuará sendo sentida caso ele negue ou negligencie o tratamento. Contudo essa reafirmação a um paciente, “se você não fizer x, quem vai sofrer é você, e não eu”, não adiciona nada ao paciente que não um desamparo já presente no contexto de dor e doença por definição.

A: HB Glicada de quanto agora?

M: 11. 10 e 11

A: 10 e 11

M: Não tem o que fazer, insulina, cara. Bem, deixa ela tirar dois meses aí... eu fico martelando na cabeça dela

A: Dessas medicações, o que que ela disse que não gosta de usar?

M: Não sabe

A: () tirou, Captopril tirou

M: Pedi pra tentar identificar aí o que que ela... o que que ela vai... o que que faz mal pra ela, sabe? Ela fala que fica com um pouco de náusea, blá blá blá

A: Cara, conversa com ela, explique, cê tem outro paciente pra atender, não?

M: Acabou

A: Então, fala pra ela, velho, que assim, ela precisa se comprometer em cuidar da saúde dela, agora ela pode num tá sentindo muita coisa, mas ela tá correndo muito risco de ter várias complicações, ela vai ter se ela continuar nesse caminho e o preço que ela vai pagar não é bom. A não ser se ela (for embora)

o paciente que vai ficar quase cego, não tá nem aí, até no dia que fica...

M: ((Risos))

A: É, cara, é uma verdade

Anteriormente apontamos a ideia estabelecida por FOUCAULT (2002) das leis das metades, ou seja, da união de metades que se ajustam para a descoberta de uma verdade. Apontamos anteriormente a proximidade entre os dois discursos médicos, residente e assistente, e suas formas de agir que se aproximam e se assemelham. Talvez por isso, o médico residente não siga, no Ato III, ao retornar à consulta com a paciente, as orientações indicadas pelo assistente. Um grande número delas, como “ela tá correndo muito risco de ter várias complicações, ela vai ter se ela continuar nesse caminho e o preço que ela vai pagar não é bom” já haviam sido ditas pelo médico residente, ainda que de *outra forma*, pois o tom quem confere é o agente da fala em sua enunciação, diferentemente do conteúdo estipulado como saber médico, compartilhado pelo grupo. Temos que reiterar a presença da ação condutora do médico residente em cena, sempre dirigindo os atos, e este também. Todo o juízo que o médico assistente faz da paciente é formado a partir da configuração que o médico residente fez. Ou seja, a adaptação da adaptação, como uma verdade unilateral, só parcialmente revelada, ainda que com pretensa inteireza por parte dos oradores médicos. Essa transformação dos discursos já foi discutida no artigo *Hidra de duas cabeças: Configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP*, publicado na Revista Internacional de Humanidades Médicas, em 2013. Nele, a partir da teoria das três mimeses de Paul Ricoeur, são identificados os fatos selecionados pelos agentes envolvidos no encontro clínico, paciente, médico residente e médico assistente, sob a perspectiva de pré-figuração (mundo da vida), con-figuração (texto em si, narrativa) e re-figuração (ouvinte/leitor) de seus discursos.

O mundo está em pleno movimento no momento em que é transfigurado em texto. Na construção de qualquer narrativa, a passagem da prefiguração para a configuração confere foco, ordem e significado à referencialidade que nele se articula. Por fim, o ouvinte/leitor que escuta/lê essa narrativa a refigura de acordo com seus próprios pontos de vista, suas crenças e seu universo cultural. (CARELLI, F. et al., 2013, p 24)

Nesse sentido, é a configuração do médico residente o discurso predominante, matriz, por assim dizer, uma vez que, ainda que as informações se originem da paciente (suas próprias declarações, exames e o registrado no prontuário), elas são absorvidas e configuradas pelo médico residente como a versão *verdadeira* das coisas, a versão validada daquele encontro clínico. Essas metades que se unem para construção de um diagnóstico são, em certa medida, fornecidas pelo médico residente, pois ele faz, nesse momento, a defesa de sua tese sobre o

enigma. O médico assistente faz sua própria configuração dos fatos, claro, configurando seu discurso ele próprio, contudo, é a partir desses dados elegidos e pré-estabelecidos pelo médico residente, sendo expressados também de modo a convencer o médico assistente da validade de suas escolhas. O saber médico do assistente corrobora, ajusta, altera, valida ou invalida o trajeto percorrido pelo médico residente, é o juiz; a discussão, nessa consulta, direcionada ainda pela retórica do residente, retroalimenta a estrutura configurada e estabelecida por ele, legitimando as suas escolhas.

As duas metades na interação entre médico residente e médico assistente nos ajudam a entender a função de cada um nesse espaço clínico reservado. O médico residente forneceria dados da paciente, sua leitura sobre esses dados e alguma possível hipótese de diagnóstico que já tenha configurado. O médico assistente, por sua vez, interpelaria o residente com questões que não foram consideradas, complementaria sua linha de raciocínio e o corrigiria, se necessário. No entanto, nessa consulta vemos que a linha que separa essas duas metades, tão bem definidas na perspectiva da descrição, se torna tênue na perspectiva da ação.

O médico residente, enquanto herói trágico, age transitando e ocupando todos os papéis: médico residente, paciente e médico assistente, assumindo a direção de todas as interações.

M: É, o colesterol já tá bem mais controlado, o triglicéride já tá chegando no alvo, a pressão também já baixou, era tipo vinte e seis por doze, entendeu? Já tá com quinze nove aí

A: Acho que você tem que pegar essas coisas e usar isso pra convencer a ela de que ela consegue mudar “olha, a senhora melhorou muito, você conseguiu, tá melhorando, com remédio, mas você tá tentando fazer atividade física, você tá chegando lá.” Tem que fazer os resultados positivos... aí você vê que tentar convencer ela de que ela é capaz de que quando ela tenta, melhora, do que... e falar assim, se a senhora não fizer, sabe? Aquele jogo, né? Tem que ir assim morder e assoprar... é complicado, cara

M: É complicado... você acha que eu entro com mais alguma coisa, aí?

A: Acho que não, já é bastante. Acho que o mais importante é o papo terapia. Sério mesmo, acho que o mais importante é você conversar com ela

M: Alguma medida aí pra tentar diminuir essa sede dela, fora chupar gelo?

A: Dizer que se ela melhorar a glicemia, diabetes ela vai sentir menos sede

M: Vai melhorar como, né, cara?

A: Não, é, não vai melhorar agora, mas cê incentiva mais.... seis litros de água por dia, que bom, seis litros, cara

Outro: Falaram que ela tinha que se hidratar? ((Risos))

A: É, tá se hidratando até demais ((Tom de riso))

Outro: Pra pele, pra pele

A: Beleza, mais alguma coisa, cara? Satisfeito?

M: Só... (agora ir pra casa) ... valeu, A

Chegando ao encerramento do ato, é necessário apontar uma outra voz que se apresenta ao final, identificado por nós como *Outro*. A sala é reservada aos médicos e não raramente há um terceiro que participa do diálogo com perguntas, respostas ou interpelando à interação de alguma forma. Nesse caso, após reiteração por parte do assistente sobre a ingestão da paciente de 6 litros de água por dia, essa outra voz instaura tonalidade humorística com “falaram que ela tinha que se hidratar?” e, por fim, “pra pele, pra pele”. Esse traço de humor é compartilhado pelo assistente, suspendendo o tom dramático, ainda que brevemente. Retomando o seu cargo de chefia, encerra o Ato II com uma interpelação final: “satisfeito?”

ATO III: O DESENLACE

Na parte derradeira de sua trajetória dramática, ao voltar à sala de consulta com a paciente, o médico residente transmite a ela os últimos ajustes ao tratamento, realiza as últimas perguntas e cuida da terceira e última parte “mais burocrática”, assim descrita por ele mesmo, entre formulários, impressões, encaminhamentos, carimbos e assinaturas.

Veremos uma mudança de tom nessa última parte em relação ao Ato I. Agora, a interação abandona sua carga, seu apogeu dramático, desfazendo os nós que se formaram ao longo da travessia. A paciente adota um tom de aceitação a todos os direcionamentos do médico, já se direcionando ela mesma para uma projeção de futuro, “quando eu voltar aqui”.

M: A gente mantém o que a gente conversou

P: Hum

M: Tá e nesse comecinho, pelo menos nesse primeiro mês agora, vou tentar fazer com que a senhora volte mais ou menos... agora vai ser no mês que em, tá? Pra gente ver uns exames novos aí que a gente ainda precisa pedir

[...]

M: Tá... outra coisa... é... grande parte dessa sua sede é do diabetes também, viu?

P: É?

M: É, junta o coração com diabetes, mas agora, no momento, acho que o diabetes é o que tá mais mal controlado, tá? A pressão já tá controlando, o coração já tá controlando, o colesterol já tá controlando, o triglicérides já tá controlando. Agora, principalmente o diabetes... tá?

P: Quando eu voltar aqui...

M: Vamos torcer

P: Cê vai ficar... (felicíssimo)

M: Eu vou fazer uma coisa com a senhora, eu vou colocar a senhora na dose máxima dos remédios pro diabetes

P: Hum

M: Que a gente tem comprimido

P: Hum

M: Tá certo?

P: Uhum

M: E aí a gente vai ficar esses dois meses lutando aí pra que a senhora/

[...]

M: Tá, eu vou deixar quatro pra senhora, tá certo, bem? Essa daqui é a dose máxima que a gente consegue fazer, tá bom?

P: Hum

M: Porque aí a gente vai ficar só esperando, a gente vai ficar só esperando a senhora tentar se controlar com as coisas todas, porque se melhorar, tudo bem, se não, aí é insulina. Tudo bem, anjo?

P: Tudo bem, doutor

Enquanto o médico explica algumas últimas questões, a paciente se posiciona com “hum”, “uhum”, “tudo bem” e ainda responde à afirmação do médico sobre o diabetes com “quando eu voltar aqui... cê vai ficar (felicíssimo)” e encerra o excerto com “tudo bem, doutor”. Logo emerge um sentido para o seu posicionamento mais vago, que podemos, no âmbito da tragédia, ler como o reconhecimento da paciente a partir de um fenômeno que muda o curso da sua história: o agendamento do seu retorno. Retomamos a ideia foucaultiana de união das metades que formam um todo só que, nesse momento, a junção se deu pela paciente que busca resolver o seu enigma ela mesma.

M: Eu vou por daqui a um mês o retorno pra gente, pode ser dia 23 de setembro?

P: 23 de setembro?

M: Pensa aí

P: A gente tá em agosto, ahn?

M: Agosto, mês que vem, vou/

P: É, pode...

M: Tá

P: Pode

Da perspectiva de um enredo complexo aos moldes aristotélicos, essa consulta abriga uma reviravolta (a modificação que determina a inversão das ações) e um reconhecimento (a modificação que faz passar da ignorância ao conhecimento), acontecendo juntos. A reviravolta e o reconhecimento da paciente acontecem no agendamento de um retorno que não vai se concretizar. Ao deixar o retorno ser marcado para uma data em que não estaria no Brasil – dado enunciado por ela e também pelo médico durante os atos anteriores (*P: Doutor, meus netos tão tudo na África / M: Eita, foi todo mundo pra lá?! / P: África, Suécia / M: Eu li aqui que a senhora ia também, é verdade, não? / P: Eu vou, eu vou, eu vou / M: Vai quando? / P: Eu vou no próximo mês / M: Mês que vem, e aí vai passar um tempinho lá, né? / P: Vou ficar seis meses / M: Seis meses*), a paciente reassume o controle sobre sua própria história, sobre o seu próprio corpo e trilha, então, o seu desfecho. A mais radical inversão das ações é um agendamento que, no momento de sua criação, já se sabe não ser factível e, ainda assim, acontece, um acordo que

se firma sobre bases incertas.

Há duas formas de se “curar” a angústia pelo contato com a finitude proporcionada pela doença: ou devolvemos o sentido da finitude ao paciente; ou bem, o retiramos completamente. Devolver o sentido da finitude é convencer o paciente de que ele não foi jamais perdido. Retirá-lo é dizer que nunca foi verdadeiramente dado. Tendo em vista a finitude, ou a sublimamos em alguma forma de imortalidade, ou a incorporamos. A primeira saída é metafísica [...]. A segunda via é a trágica. Se “já nos considerarmos mortos”, não há o que temer. “Num mundo onde não há nada a perder, todas as circunstâncias são aproveitadas” (ROSSET, 1989, p. 73). Circunstâncias que permitem ao estado mórbido uma reinterpretação de seu ser-no-mundo e com isso, uma reconfiguração da estrutura de significação no qual o ser-aí está enredado num processo que pode criar “mundos” e produzir “Eus” redimidos. (POMPÍLIO, 2013, p.21)

Acometida de tomada de consciência sobre suas possibilidades de vida e de morte, encontrando um sentido para o seu próprio enigma, a paciente reorganiza a sua trajetória futura. Durante a consulta, sua finitude foi evidenciada a todo momento, possibilitando à paciente que se reinterpretasse e criasse, então, a partir de agora, o seu próprio mundo, produzindo ela própria o *eu* que melhor lhe servisse. Observemos suas respostas às próximas interpelações do médico:

M: Dona Inês, deixa eu te perguntar uma coisa, a senhora costuma ficar furando o dedo e anotando o controle de diabetes
 P: Não, doutor
 M: Não costuma fazer isso nem uma vez por dia?
 P: Eu faço..., mas, não sempre
 M: Não sempre, tudo bem, deixa eu tentar entrar em um acordo com a senhora aqui, esse aqui é o controle do dextro, precisa tá tudo anotado? Num precisa não, tá? Mas pra senhora...
 P: O teste de diabetes...
 M: É, aquele que a gente pega a maquininha, fura o dedo e sai o valor
 P: Aham
 M: Pra senhora, pelo menos alguns dias, pegar no jejum...
 P: Tá
 M: Cinco minutos, meia hora antes de comer...
 P: Hum
 M: E anotar aqui
 P: Tá bom
 M: Se a senhora puder trazer isso, eu agradeço
 P: Tá
 M: Ajuda a gente a pensar como é que tá a situação
 P: Tá bom

Novamente, a paciente assume posicionamento mais vago “tá”, “hum”, “tá bom”, estabelecendo integral concordância com o que está sendo dito. Há um desintegrar do sujeito dentro da interação, como um abandonar-se à deriva, que é estabelecido por meio da linguagem

– aqui, mais por suas ausências.

M: Dona Inês

P: Oi

M: Esse aqui é um papel de burocracia, tá? Sua receita é esse daqui, ó

P: ((Risos)) E ainda fala que é papel

M: É, só bobagem isso aí. Tá? Ó, Metformina três vezes no dia, café, almoço e jantar

P: Uhum

M: Tá certo? Gliclazida, dois de manhã, dois à noite

P: Uhum

M: A Dapirona só se tiver dor

P: Hum

M: Apenas se tiver dor, tá? Hidroclorotirazida um por dia, Losartana um de manhã outro à noite, o AAS é um no almoço, Alodipina dois de manhã e dois à noite, Atorvastatina um comprimido qualquer horário e o Omeprazol de manhã em jejum

P: Tá bom

M: Tá bom?

P: Tá bom

M: São três, cinco, seis, sete, são oito, tá bom?

P: Tá

M: Essa é sua receita, controle do dextro, tá certo?

P: Uhum

M: Essa daqui/

P: Exames

M: É exames, a mamografia e a solicitação da ginecologia, tá bom?

P: Tá

M: Tudo seu, esse papelzinho também é seu e esse aqui é o papel de retorno pra senhora marcar pro mês que vem, tá?

P: Tá bom

M: Corre que a farmácia fecha já

P: Não, eu não vou na farmácia hoje não

M: Não vai hoje não?

P: Não

M: Então, bem

P: Obrigada doutor, como é seu nome?

M: M

P: M

Ao passar todas as prescrições medicamentosas, o médico ainda indica que a paciente corra para alcançar a farmácia do hospital aberta. A paciente, que não demonstrou dúvidas em relação ao curso de tratamento e as orientações estipuladas até ali, diz que não vai na farmácia naquele momento, para surpresa do médico.

M: Dona Inês

P: Obrigado

M: A senhora acho que vai ser a última a ser atendida, então não chega a uma hora não, tá?

P: De onde?

M: Chega mais pra frente. Aqui

P: Aqui?

M: Vê lá que horas ela vai marcar e chega mais ou menos no horário que ela marcar

P: Tá bom

M: Tá certo?

P: Mas eu cheguei hoje no horário que foi marcado

M: Mas é porque a senhora hoje era encaixe, entendeu?

P: Ah tá

M: É só pra senhora não chegar cedo demais

P: Tá bom

M: Tá bom, bem?

P: Ah tá

M: Tchau, fica com Deus

P: Tchau, obrigada

O silêncio da personagem, ou melhor, o seu não-embate, é extremamente barulhento no sentido que confere a esta parte final da consulta. É um silêncio-conformidade que vai colocando a paciente à margem da interação à medida que se expande e se prolonga, fazendo-se presente e tomando o seu espaço. Juntamente com seu silêncio, vem também uma não-escuta, à paciente não interessa mais os segmentos da consulta, pois ela já conferiu a si mesma o seu próprio desfecho.

Por fim, outra recomendação do médico para o retorno é que a paciente chegue no horário marcado, nem mais cedo e nem mais tarde. À recomendação, uma série concatenada do que parecem ser automáticos, diversas vezes afirmado “tá bom”.

O embate dramático é encerrado e os desfechos foram dados. Da parte do médico, a consulta transcorre cumprindo sua unidade de começo, meio e fim com os devidos procedimentos. No Ato I, faz a anamnese da paciente, preenche e atualiza o seu prontuário, fazendo as perguntas necessárias e coletando os fatos que julga essenciais para o desvendar do(s) enigma(s); estabelece acordos que julga, podemos imaginar, serem bem-sucedidos, uma vez que têm a confirmação da paciente, ouve a história da paciente suficientemente para utilizar alguns dados em sua persuasão – os netos, por exemplo. No Ato II, conversa com o médico assistente expondo os dados coletados da consulta com fluência, utilizando-se de jargões médicos que apontam o domínio do *idioma*, do saber clínico, e tem suas hipóteses validadas por seu superior, que acata o curso do tratamento proposto. No Ato III, retorna ao consultório com a paciente, dando os procedimentos finais, recebendo as afirmativas da paciente quanto às recomendações clínicas e aconselhando-a apropriadamente, entregando todas as receitas e os encaminhamentos devidos. Dessa forma, da perspectiva da estrutura clínica, todos os passos estabelecidos pela instituição foram iniciados, encaminhados e concluídos. Do ponto de vista

estrutural, a consulta clínica iniciou, transcorreu e se encerrou sem grandes danos: o médico está satisfeito e a paciente afirmativa – e viva. No contexto saúde e doença, para os profissionais que lidam tão proximamente com a natureza da paradoxal existência humana entremeada de vidas e de mortes, uma paciente com comorbidades listadas, estar viva e assistida deve, sim, ser medida de sucesso. Podemos dizer, então, que algo deu errado? Sem dúvidas não podemos afirmar que a consulta falhou, se desestruturou, deixou de acontecer, foi interrompida ou abruptamente finalizada. Nem mesmo podemos afirmar, felizmente, que os atores em ação encontraram o infortúnio, não aos moldes de Édipo ou Teseu. O encontro clínico aconteceu. Contudo, a paciente não retorna à consulta no dia 23 de setembro, pondo um fim à continuidade da sua performance clínica.

EPÍLOGO

A tragédia da clínica não é uma tragédia grega e nem pretende ser definida como tal. O objetivo principal da análise foi desvelar aspectos discursivos e literários, especialmente advindos da “Poética” aristotélica, sobre o encontro clínico para melhor compreendê-lo, ou compreendê-lo sob um novo olhar. Enquanto pensada nos moldes da tragédia, os elementos elucidados não bastariam para explicá-la como um todo e nem esgotariam suas possibilidades de significação. No entanto, suscitar elementos trágicos como o do tirano, por exemplo, pelo qual uma posição de poder e autoridade se articula, nos explicitam sobre como essas estruturas relacionais de poder perduram, em maior e menor medida e, por serem permeadas pela linguagem, nos permitem pensá-las promovendo um modo de interpretação, uma nova forma de encarar o fenômeno clínico.

Fazer emergir a máscara do tirano dentro da ação clínica pode ir na contramão da usual caracterização do personagem médico: a figura integral do herói, por exemplo. Reiteramos a figura do herói trágico, cuja busca incessante pela resolução dos inúmeros enigmas se concretiza como ato heroico por definição, pois persiste na busca pelo bem maior de seus pacientes: a melhor saúde, o apagamento da dor, a restituição da máxima: *saúde é a vida no silêncio dos órgãos*, como diria o célebre cirurgião René Leriche. A máscara do tirano, sem dúvidas, rompe com a expectativa algo fantasiosa de cristalizar a figura médica dentro de uma única representação possível: a de uma figura humana irretocável. Mas nos traz, ao menos com incipiente objetivo, a possibilidade de abertura para as muitas máscaras possíveis de serem vestidas em nossas ações no mundo, com ou sem intenção consciente. Trazer tal fenômeno à

luz mostra que o herói pode, ainda que em sua indelével trajetória para o bem, fazer surgir traços paradoxais que competem a todos nós, humanos.

Na economia da tragédia da clínica, o tirano aqui representa uma força do coletivo usada para realizar e concretizar ações, para tanto, passa por cima, o quanto for possível, do próprio desejo expresso pela individualidade; o que dita a ação do médico não é o que ele quer subjetivamente, enquanto uma vontade pessoal, mas o que o seu sujeito profissional impõe enquanto melhor conduta para seu interlocutor paciente. É importante, no entanto, esclarecer os limites entre aspecto individual e coletivo da ação.

A ideia desta análise não é, sob nenhum aspecto, tornar vilão o agente da saúde ou mesmo o monumental saber e agir da Medicina – cujo caráter benéfico não está aqui posto em debate – e, sim, pensar como o médico se configura e exerce suas ações a partir de um modelo *coletivo* de ação. O médico (e todos nós atuando em diferentes funções sociais) responde ao modelo dentro do qual está inserido.

Essa individualização, de forma alguma, faz do portador da máscara um sujeito psicológico, uma pessoa individual. Ao contrário, a máscara integra a personagem trágica numa categoria social e religiosa bem definida: a dos heróis. (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 2014, p.2)

Não queremos excluir do personagem clínico a sua subjetividade, uma vez que tal feito seria eliminá-lo de todo, pois de nenhum sujeito deve ser retirada a sua subjetividade constitutiva primeira, a sua vontade enquanto indivíduo, seu DNA narrativo, digamos assim. Contudo, o que defendemos aqui é que o personagem da clínica age por uma trajetória que vai *além* de seu caráter subjetivo, não sendo guiado por sua máscara de sujeito psicológico e, sim, social – a do médico, que por sua vez é construída por um saber. O herói trágico da clínica é sempre munido de saber e, portanto, de poder, porquanto o modelo institucional ao qual o médico está inserido é, inegavelmente, esse entremeio, como configura Foucault (2002):

Com Platão, se inicia um grande mito ocidental: o de que há antinomia entre saber e poder. Se há o saber, é preciso que ele renuncie ao poder. Onde se encontra saber e ciência em sua verdade pura, não pode mais haver poder político. Esse grande mito precisa ser liquidado. Foi esse mito que Nietzsche começou a demolir ao mostrar, em numerosos textos já citados, que por trás de todo saber, de todo conhecimento, o que está em jogo é uma luta de poder. O poder político não está ausente do saber, ele é tramado com o saber. (FOUCAULT, 2002, p.125)

No caminho que o filósofo nos aponta saber e poder são, então, indissociáveis. O saber médico verticaliza a relação ao determinar o seu interlocutor como objeto, uma vez que ele *sofrerá* a ação desse saber sem contestá-lo. O paciente é um meio para que o herói trágico

desvende o enigma e alcance o seu objetivo final naquela cena. O médico, em seu lugar de herói que conduz a jornada, não deixará que seu interlocutor conduza a ação, mantendo-se no controle, como vimos no caso da Dona Inês, cujo médico endurece o seu tom retórico na disputa por manter-se como a voz uníssona do saber e, portanto, a voz do poder. O poder advindo do conhecimento, representados fortemente pelas figuras do jaleco e do estetoscópio que compõem o personagem médico, tornando-o herói deste mito, condutor do enredo clínico, representante desse papel social e coletivo e que agirá, sempre, dentro dos limites das leis que regem essa coletividade – a lei maior, o mito que subjaz a todos os outros mitos: o Juramento de Hipócrates, por exemplo.

Em que medida o homem é realmente a fonte de suas ações? Mesmo quando parece tomar a iniciativa e assumir a responsabilidade delas, não têm elas em algum lugar fora dele sua verdadeira origem? Sua significação não permanece em grande parte opaca àquele que as pratica, de tal sorte que é menos o agente que explica o ato, mas antes o ato que, revelando depois seu sentido autêntico, volta-se contra o agente, esclarece sua natureza, descobre o que ele é, e o que ele realmente realizou sem o saber. (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 2014, p.56)

O embate entre coletivo e indivíduo é permeado por uma ética profissional-social como vontade do herói trágico, que extrapola, dessa forma, sua vontade como indivíduo. É a máscara que governa as ações do indivíduo e é a partir de suas ações que o personagem se constitui: suas escolhas revelam o seu caráter. O “lugar fora dele”, apontado pelo excerto acima, para o médico, é e sempre será a própria medicina, onde descansa seu saber e seu poder.

Já havendo compreendido como se manifestam as figuras trágicas dentro da configuração clínica, a esta altura abordar torna-se incontornável a falha essencial, ou *hamartia*, cometida de muitas maneiras pelos heróis trágicos, levando-os da fortuna à adversidade, “não por causa da maldade, mas em função de um grande erro cometido pelo herói” (POETICA, p. 115). A falha que delinearemos aqui se mostra adequada à nossa leitura sobre a tragédia da clínica: a *hybris* que, de acordo com o e-Dicionário de Termos Literários, significa:

O que ultrapassa a medida humana (o *métron*). É, portanto, o excesso, o descomedimento, a desmesura. Em termos de religião grega, a *hybris* representa uma violência, pois, ao ultrapassar o *métron*, o homem estaria cometendo a insolência, um ultraje, na pretensão de competir com a divindade. Daí o sentido metafórico de orgulho, arbatamento, impetuosidade. [...] O conceito de *hybris* tem sido aplicado principalmente em relação ao protagonista da tragédia que desafia as leis morais vigentes na polis e as proibições dos deuses. A transgressão do protagonista ou *hamartia* (...) leva à sua queda, o que não significa necessariamente um desfecho trágico. [...] Resumindo: a tragédia realiza-se a partir da ultrapassagem do *métron* (...) pelo simples mortal, a partir, portanto, de uma transgressão feita, ou seja, de uma

violência contra a ordem social e, necessariamente, contra os deuses imortais: a *hybris*. (CEIA, s/d)

“De fato, a questão da relação dicotômica entre *métron* e *hybris* perpassa todo o pensamento grego na medida em que busca determinar o ser do homem a partir do Ser entendido como o *métron*, ou seja, a realidade do real.” (SANTOS, 2019, p. 16). Se tomamos o *métron* como medida do real, do humano, e *hybris* como a sua desmedida, estabelecemos, assim, para a clínica, a desmedida do médico ao ultrapassar – e também, por vezes, no desejo ultrapassar – a sua própria medida humana, tornando-se, a partir de suas escolhas, sobre-humano, assemelhando-se aos deuses e desafiando a finitude do ser.

Nosso herói trágico é acometido pela *hybris* que é a sua responsabilidade inescapável, uma ação incontornável em seu destino, quando incorre na desmedida ao buscar solucionar o enigma, a doença, que deturpa a harmonia das coisas, deturpa o contorno conhecido e configurado pela saúde. Se a imposição da doença à trajetória do herói é parte constitutiva da clínica, opor-se contra essa falha essencial é a própria trajetória do médico. Sua desmedida, contudo, é a sua *hybris*.

Édipo, na tragédia grega homônima escrita por Sófocles, adentra o território da *hybris*: “A *hybris* de Édipo é a busca do conhecimento; em sua busca, descobre-se ignorante de quase tudo e, somente assim, encontra a sua infeliz completude.” (SILVA, 2013, p. 86). Segundo Rosely de Fátima Silva (2023), quando Édipo pretende mais saber sobre si do que os deuses é que se mostra um exemplo da fragilidade do conhecimento humano e de como podemos ser fátuos ao nos orgulharmos de tal conhecimento. A *hybris* do Édipo é acreditar que, ao desvendar o desafio racional proposto pela esfinge, teria demonstrado sua habilidade em um grau último. (informação verbal¹⁴)

Ora, se a desmedida de Édipo descansa em seu saber – e a busca por saber cada vez mais – podemos aproximá-la também do personagem médico. A falha do médico é estipulada logo de início ao confrontar-se com a doença que deturpa o *métron*, deturpa a ordem das coisas como se conhece, deturpa o corpo humano como o que se configura em saúde. Ao buscar solucionar o enigma, incorre na desmedida em seu modo de ação. Na busca pelo conhecer do que se torna uma verdade, ou melhor, uma totalidade – a ciência que tudo resolve –, o herói trágico perde seu interlocutor de vista, ocasionando uma falha ainda maior: o apagar de uma outra subjetividade em um encontro que se propõe duplo, dialógico. Sua falha trágica nada tem a ver

¹⁴ Entrevista concedida em 29 de junho de 2023

com um erro, mas com a desmedida inerente à clínica: para erradicar a doença e eliminar o Minotauro, temos que solucionar uma falha essencialmente humana: a finitude.

O saber sobre o humano torna o seu detentor munido de um poder sobre o humano e/ou sobre-humano? A *hybris* do médico é, portanto, ser médico? Deter conhecimento sobre o ser humano e ser confrontado cotidianamente com tudo o que não cabe dentro do delineado pelo seu conhecimento, confronta, portanto, a sua própria finitude, repetidamente. Erradicar a doença é vencer a finitude e o dever-ser do herói da clínica, que empenhará todos seus esforços para concretizar essa vontade.

O adivinho Tirésias, conhecendo todos os nós de Édipo antes dele próprio, disse: “Deus! Como é terrível o dom da sabedoria quando não serve a quem o tem!” Muitas vezes, no contexto clínico, o dom da sabedoria do médico não serve a ele próprio nem ao paciente. A aproximação de uma verdade incólume torna o médico detentor de um saber que o torna, enquanto herói trágico, acometido, em certa medida, pela *hybris* de pronto. O Médico torna-se quase como um deus que deve vencer o obstáculo imposto pelo destino, inescapável e incontornável. Pela radicalidade dessa imposição, criou-se um modelo de ação, o modelo de clínica analisado aqui, que em vez de remendar a falha, aprofunda a cisão.

Voltando às formas, Georg Lukács diz que “o romance é a epopeia de uma era para a qual a totalidade extensiva da vida não é mais dada de modo evidente, para a qual a imanência do sentido à vida tornou-se problemática, mas que ainda assim tem por intenção a totalidade.” (LUKÁCS, 2009, p. 55). Se o romance é a epopeia de um mundo sem deuses, uma vez que a “totalidade do ser só é possível quando tudo já é homogêneo”, e esse é o mundo da tragédia grega, onde a “metafísica antecipou todo o estético” (Ibidem, p.31), a falha trágica do médico, ou do profissional de saúde, pode se configurar como um saber mais do que a vida, uma confiança em si e na ciência como uma verdade absoluta, quase religiosa, a que se impõe acima de tudo. O herói da clínica também está instaurado em uma homogeneidade que é a ciência médica; ao torná-la totalidade, como as leis da cidade são a totalidade para Creonte, pode acometer-se da *hybris*, da desmedida em seu modo de ação no espaço da consulta clínica.

O herói trágico e a sua persistente jornada que busca o incansável desvendar do enigma humano nos permite olhar para a figura médica também em sua humanidade indubitavelmente paradoxal, agindo para o bem ainda que, por vezes, inevitavelmente, o desfecho seja negativo. A clínica é aqui, tal qual a tragédia, “não apenas uma forma de arte, mas uma instituição social” (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 2014, p.10). Nos resta refletir, então, acerca do papel da medicina, enquanto monumento social, econômico, político e histórico que configura seus personagens. Quais são as estruturas de poder que engendram essas ações? Que fazem surgir

as máscaras diversas de uma retórica clínica? Escrutinaremos mais essa questão no capítulo seguinte.

Observar o que emerge da clínica, de seus atores e de suas performances com óculos trágicos, ou seja, a partir da perspectiva e da moldura da tragédia, nos oferece uma atenção especial, senão exclusiva, à ação e tudo que a permeia também um não-lugar que quer ser posto à luz. A experiência através da oralidade, em contraposição com a superestimada escrita, o marginalizado não-verbal, entre risos silenciosos e silêncios gritantes, ou seja, marcas não físicas, que não estão registradas no corpo ou nos exames que buscam também seus próprios desfechos, o choque entre o saber da ciência e o saber da experiência, quer dizer: o jogo sempre duplo entre ordem e desordem, já que “toda tragédia desenrola-se, portanto, necessariamente sobre dois planos (Ibidem, p 58).

O trabalho próximo com a textualidade da clínica, com a concretude destas ações, nos permite chegar à verossimilhança, qualidade do que é verdadeiro. Verdadeiro. Não *a* verdade, mas *uma* verdade. Não *a* tragédia, mas *uma* tragédia. Não *a* interpretação, mas *uma* interpretação.

O efeito trágico não reside em uma matéria, mesmo onírica, mas na maneira de dar forma à matéria, para fazer sentir as contradições que dilaceram o mundo divino, o universo social e político, o domínio dos valores, e fazer assim aparecer o homem como um *thaûma*, um *deinón*, uma espécie de monstro incompreensível e desconcertante, ao mesmo tempo agente e paciente, culpado e inocente, dominando toda a natureza por seu espírito industrioso e incapaz de governar-se, lúcido e cegado por um delírio enviado pelos deuses. [...] A tragédia situa o indivíduo na encruzilhada da ação, face a uma decisão que o engaja por completo; mas essa inelutável escolha opera-se num mundo de forças obscuras e ambíguas, um mundo dividido onde “uma justiça luta contra outra justiça”, um deus contra um deus, onde o direito nunca está fixo, mas desloca-se no decorrer mesmo da ação, “vira” e transforma-se em seu contrário. O homem acredita optar pelo bem; prende-se a ele com toda sua alma; e é o mal que ele escolheu, revelando-se, pela poluição da falta cometida, um criminoso. [...] Um jogo completo de conflitos, de reviravoltas, de ambiguidades que é preciso apreender através de uma série de distâncias ou de tensões trágicas: tensões no vocabulário, onde as mesmas palavras tomam um sentido oposto na boca dos protagonistas que as empregam [...]; tensões no seio da personagem trágica que aparece, ora projetada no longínquo passado mítico, herói de uma outra época, encarnando toda a desmedida dos antigos reis da lenda, ora vivo na época da cidade, como um burguês de Atenas, no meio de seus con-cidadãos. (Ibidem, p 57)

O trágico é uma forma de assistir a expressão humana, integrando-a para desintegrá-la logo depois, ao desvelar seus planos duplos, a sua dinâmica entre ordem e desordem e apreender suas contradições. Aqui, ajustamos nossas lentes trágicas para o enredo, o mito da clínica, cuja mola trágica é a constante tensão entre saúde e doença; o herói trágico e a sua obstinada trajetória para transpor os enigmas que se colocam à sua frente pelos pacientes; as várias máscaras, do tirano, por exemplo, emergem da força retórica de persuasão do herói com os

outros personagens que cruzam o seu caminho, seus pacientes, mas também o médico assistente, como vimos nessa consulta; a divisão em três atos que respeita a estrutura da consulta clínica da instituição contemplada neste trabalho, mas também, por feliz coincidência, as três unidades aristotélicas, a coesão do início, meio e fim trazidas pelas unidades de tempo, lugar e ação. Tempo e espaço no que diz respeito a “se limitar a um único período de sol” (ARISTÓTELES, 2017, p 69), ação, pois “é necessário que haja mimese de um único evento, como ocorre com o enredo, que é a mimese de uma ação, ou seja, de uma ação única e que forma um todo” (Ibidem, p. 95). O “todo” compreendido por Aristóteles é uma ação que nos dá, enquanto espectadores, uma visão de totalidade,

“Todo” é o que possui começo, meio e fim. “Começo” é o que em si não é, por necessidade, antecedido de outro, mas após o qual algo de diferente naturalmente existe ou se manifesta; ao contrário, “fim” é o que naturalmente é antecedido, por necessidade ou na maior parte dos casos, de outro, mas após o qual [30] nada advém; “meio” é o que em si vem após outro e após o qual algo de diferente advém.” (ARISTÓTELES, 2017, p. 91)

Temos na tragédia da clínica a introdução e exploração do problema, temos os estreitamentos dos nós e temos as resoluções. A mimese da ação médica é verossimilhante, pois atua sobre todos nós, nos diferentes papéis performados na clínica. O embate dramático, a forma estrutural da clínica, o diálogo, é o meio pelo qual todos os aspectos trágicos são desvelados. O enredo, o mito, o corpo do ser doente, revela ao leitor aspectos que nos competem a todos, em diferentes medidas e de modos distintos.

Refletir acerca da Poética da clínica é alargar uma fresta de entendimento para o que as Humanidades têm a corroborar a Medicina e, especificamente, com a prática clínica, em que o contato cuidadoso com o paciente pode também desvelar novos mundos e outras possibilidades, quem sabe, de desfechos. O que propomos aqui é a expansão da fresta, uma ruptura, o desvelamento da ordem-desordem e a provocação para, com sorte, instigar um novo modo de leitura ou, por que não, um reconhecimento – mudança da ignorância ao conhecimento – seguido de uma peripécia – mudança de fortuna. Uma boa fortuna, assim esperamos todos.

Mantenhamos a mão segura no fio de Ariadne que nos conduz ao caminho seguinte deste labirinto, o do *pensamento*, mais propriamente o discurso retórico do nosso herói trágico.

CAMINHO II – PENSAMENTO

PRÓLOGO NARRATIVO 2/3

Sentado na pequena saleta abafada, Renato passava os olhos rapidamente no prontuário da próxima paciente, era a última do dia. Um longo dia, estava visivelmente cansado. Segundo ano de residência em clínica médica no Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo. Haja fôlego. O trabalho era incessante, pacientes e mais pacientes, em sua maioria supercomplexos. Quanta coisa abrigava em sua cabeça... e quantas ainda viria a abrigar. Sua carreira, sabia, estava só começando e empenhava-se arduamente para ter sucesso. Tomou assim um longo suspiro, pôs-se em pé, ajeitou seu crachá, com uma foto sorridente de si, preso ao bolso direito do jaleco, arrumou o estetoscópio preto ao redor do pescoço e saiu a passos firmes, determinado. No limiar entre as salas de consulta e a sala de espera, chamou com a voz já se querendo rouca: Inês da Silva. Os olhos se cruzaram dizendo algo numa quietude concordante. Uma senhora também de aparência cansada vinha ao seu encontro. “Somos dois”, pensou Renato. Ela se aproximou do jovem médico que a aguardava com a respiração corajosa de início de combate. Vamos? Convidou ele indicando a direção com os mesmos olhos que segundos antes a procuravam.

Ao ocuparem suas cadeiras, Renato notou que a paciente ainda fazia o reconhecimento da pequena saleta com os olhos, que rapidamente pousaram nos seus. Já sabia de antemão, pelo prontuário, dos desafios que esta consulta traria, anotações extensas dos médicos anteriores já delatavam uma paciente poliqueixosa, com uma coleção de problemas graves e pouca adesão ao tratamento. Todas essas anotações, frescas ainda em sua mente, tomaram a forma de uma mulher de 51 anos sentada frente a ele, encarando-o gentilmente, mas seu nervosismo se alongava pelos dedos firmes que agarravam sua bolsa.

Renato carregava em si uma ingenuidade própria dos menos experientes, que todos nós compartilhamos: anos de páginas agora gritantes por prática. Ele obstinava-se do desafio. Queria convencer aquela jovem senhora a se tratar, a se cuidar. Ainda havia vida pela frente, mostraria isso para ela. Com essa pulsão obstinada, iniciou: “primeira coisa, meu nome é Renato, a gente vai ficar aqui agora no ambulatório do R2, tá certo?” Inês concordou com a cabeça. Ele continuou, “a gente tem consulta aqui mais ou menos de 3 em 3, de 4 em 4 meses, tá certo?” Inês novamente concordou com um breve aceno da cabeça. “Eu tô vendo aqui no prontuário da senhora que a senhora tá em acompanhamento desde ano passado do outro lado

do corredor, não é isso?” Renato daria voz para que essa paciente falasse. Havia ouvido falar sobre esse respeito, não recordava onde. Havia melhores chances de um bom resultado se o paciente narrasse sua própria história. Continuou: “andei vendo aqui também que a senhora tem alguns diagnósticos já, não é isso? Que que a senhora tem de problema de saúde, diz aí pra mim”. Sentia-se confiante e satisfeito. Cada paciente renovava seu espírito e o lembrava do porquê havia escolhido estar ali, também a adrenalina inconfundível de cada início de consulta. Seria um sucesso, iria ajuda-la. Disso, estava certo.

“Diz aí pra mim, Dona Inês...”

A RETÓRICA DA CLÍNICA

Uma vez dentro do labirinto da tragédia da clínica, reconhecendo-o passamos os dedos pela sua tessitura mais profunda, a eminentemente trágica, experimentando suas fissuras e sulcos. Tomemos agora um caminho que nos leva mais adiante, para dentro, revelando uma camada intermediária. Analisaremos com mais atenção a retórica do nosso herói trágico, o personagem médico, e a sua ação de persuasão que cria para si máscaras que, ao utilizá-las em cena, revela novos retratos de si, outras imagens de um si que se bifurca, envereda e se concretiza a partir de sua ação discursiva, eminentemente retórica. Retomaremos alguns aspectos sobre o conceito de *pensamento*, uma das partes constitutivas da tragédia segundo Aristóteles em sua Poética e partiremos para os livros da Retórica do mesmo filósofo. Um novo aporte teórico para que consigamos mais profundamente compreender o(s) ponto(s) de partida e de chegada do profissional de saúde em sua busca por melhor exercer o seu papel, ou de nosso herói trágico em sua busca incontornável pela resolução dos enigmas que atravança a sua jornada. O herói trágico se insere no labirinto buscando pelo Minotauro. Há de encontrá-lo. Sigamos nós espectadores com o fio de Ariadne seguro nas mãos enquanto percorremos o caminho em sua estrutura intermediária: a retórica.

Antes de nos debruçarmos sobre a retórica filosófica de Aristóteles (2013), se faz necessário uma breve discussão sobre a definição de retórica que será levada em conta neste trabalho, uma vez que a retórica traz em sua longa jornada atribuições distintas às que Aristóteles conferiu. O filósofo francês Paul Ricoeur em sua obra *A metáfora viva* (2000) traça, já na primeira parte, no Estudo I, as aproximações “Entre retórica e poética: Aristóteles”. Ainda que para Ricoeur o

núcleo comum entre os dois tratados de Aristóteles – a metáfora¹⁵ - não seja exclusivamente o nosso objeto de estudos, seu texto traz reflexões e esclarecimentos sobre a história da retórica que nos é de grande valia para iniciarmos a nossa própria reflexão.

A retórica de Aristóteles abrange três campos: uma teoria da argumentação, que constitui seu eixo principal e fornece ao mesmo tempo o nó de sua articulação com a lógica demonstrativa e com a filosofia (essa teoria da argumentação abrange por si só dois terços do tratado), uma teoria da elocução e uma teoria da composição do discurso. O que os últimos tratados de retórica nos oferecem é, segundo a feliz expressão de G. Genette, uma “retórica restrita”, restrita, antes de tudo, à teoria da elocução, mas também à teoria dos tropos. A história da retórica é a história da pele mágica. Uma das causas da morte da retórica está aí: ao reduzir-se a uma de suas partes, a retórica perdeu ao mesmo tempo o *nexus* que a vinculava à filosofia por meio da dialética; perdida essa ligação, tornou-se a retórica uma disciplina errática e fútil. A retórica morreu quando o gosto de classificar as figuras excedeu inteiramente o sentido filosófico que animava o vasto império retórico, que mantinha unidas suas partes e vinculava o todo ao *Organon* e à filosofia primeira. (RICOEUR, 2000, p. 18)

Quem conecta novamente as partes e confere o *nexus* à retórica é, então, Aristóteles, que elevando-a à filosofia, sutura as suas partes e resolve a questão da *mera* futilidade, já que a proposição do uso da retórica não seria o de enfeitar um discurso vazio, ludibriando sua audiência e utilizando-se das artimanhas retóricas de forma imoral – ainda que haja sempre, claro, a possibilidade de um discurso ser utilizado com fins imorais independentemente do que postule a filosofia ou qualquer outro tratado. Contudo, ao inserir a retórica como parte da composição de um corpus filosófico, Aristóteles confere um postulado moral e ético, apontando que o discurso deve sempre nascer do que norteia um bem-agir do sujeito, guiado por práticas éticas e morais, utilizando-se da retórica para se aproximar (a si e aos outros) de uma verdade, que na retórica aparece como o que é verossímil, aquilo que *poderia* ser realidade, pois nasce a partir dela. Assim como resgata Ricoeur, segundo Aristóteles,

Ora, “o verossímil é o que é produzido com mais frequência, não falando em termos absolutos, como alguns o definem, mas o que, no domínio das coisas que podem ser de outro modo, está relativamente à coisa em relação à qual é verossímil na relação do universal ao particular (1437 a 34-35)” (RICOEUR, 2000, p 22).

No caso da tragédia da clínica como vemos aqui, o uso da retórica pelo profissional da saúde não deixa de ser um processo de imaginação fabulativa, uma vez que o médico convence o paciente, também, não só por meio do que é concreto, ou seja, a prova lógica, os exames, por exemplo, mas por meio da criação de distintos cenários e desfechos possíveis para seus

¹⁵ Sobre este assunto foi publicado no v.9 da Revista Metalinguagens, Literatura, Narrativa, Medicina: Saúde e Doença nas Letras, nas Artes e na Vida, um artigo intitulado *O metaforizar da clínica como configuração de doença, vida e morte*, de autoria de Andrea Funchal Lens e Profa. Dra. Fabiana Buitor Carelli, em 2022.

personagens-pacientes. Um cenário possível para caso haja aderência ao tratamento ou também para caso não haja a aderência ao tratamento; o fabular acontece na criação de cenários possíveis, todos verossímeis, pois todos pertencentes ao mesmo eixo criador: a doença e as possibilidades múltiplas de desfechos que se desdobram no imaginário a partir do real.

Antes, portanto, da taxionomia das figuras, existia a grande retórica de Aristóteles; mas, antes desta, existia o uso selvagem da palavra e a ambição de apreender por meio de uma técnica especial sua perigosa potência. A retórica de Aristóteles já é uma disciplina domesticada, solidamente suturada à filosofia pela teoria da argumentação, da qual a retórica em seu declínio foi amputada. (RICOEUR, 2000, p. 19)

Aristóteles implica a retórica nas questões filosóficas, “somente um dos equilíbrios possíveis [...] precisamente aquele que corresponde ao estado de uma disciplina que já não é simplesmente uma arma na praça pública, mas que ainda não é uma simples botânica das figuras” (RICOEUR, 2000, p 19) e afasta-se assim da retórica sofista, amplamente criticada pelo filósofo grego Platão, discípulo de Sócrates e mestre de Aristóteles, que a condenava como “artes de ilusão e engano” (RICOEUR, 2000, p 20).

Nosso objetivo aqui é menos aprofundar num panorama histórico da retórica, mas afirmar o conhecimento de outras definições e perspectivas conferidas à arte retórica em sua trajetória e estabelecer a que será levada em conta na análise deste trabalho. A retórica sofista, apartada do que é verossímil, ludibriaria o interlocutor, pois traria em seu âmago o uso da palavra como mero enfeite de um discurso que não traria em seu âmago o melhor benefício de sua audiência. A retórica Aristotélica se concretiza, claro, pelo discurso, mas tem como fim uma aproximação do verossímil. Para tanto, utiliza-se dos entimemas¹⁶ (silogismos simplificados) e de outros meios de persuasão que serão abordados na próxima parte desta reflexão. A análise da razão médica e dos argumentos do profissional de saúde tal qual a forma como esse discurso é performado e o fim que se alcança com o uso da retórica é o recorte pretendido aqui.

Uma possibilidade permanece aberta: delimitar os usos legítimos da palavra de poder, ampliar a linha que separa o uso do abuso, instituir filosoficamente os vínculos entre a esfera da validade da retórica e aquele no qual reina a filosofia. A retórica de Aristóteles constitui a mais brilhante das tentativas de institucionalizar a retórica a partir da filosofia. (Ibidem, p. 20)

¹⁶ Analisar em profundidade os silogismos e entimemas, conceitos explicados na obra *Primeiros Analíticos*, de Aristóteles, e que aparecem de forma breve na *Retórica*, conferiria um novo escopo de análise que não é o previsto no presente trabalho. Aqui, se privilegiará mais a ação discursiva, eminentemente retórica, que constitui e caracteriza o personagem médico com as máscaras que se desdobram destas ações, e menos sobre como a ação discursiva do profissional de saúde é constituída de uma lógica baseada em silogismos e entimemas.

Pensar a retórica da perspectiva filosófica aristotélica é permitir a leitura da retórica como uma forma de ação de um ser no mundo, que não se utiliza de técnicas de retórica mordazmente, mas com uma intenção de verossimilhança, de busca pela verdade. É essa persuasão pela e para a verdade que constitui a vontade do discurso retórico. A análise da força retórica nos impele a questionamentos mais profundos que nortearão a compreensão da ação em cena. Questionamentos tal qual aponta Ricoeur:

As questões que põem em movimento a tarefa são estas: o que é persuadir? Em que a persuasão se distingue da adulação, da sedução, da ameaça, isto é, das formas mais sutis de violência? O que significa influenciar pelo discurso? Levantar essas questões é decidir que não se podem tecnicizar as artes do discurso sem submetê-las a uma reflexão filosófica radical que delimite o conceito de “o que é persuasivo” (to pithanon). (RICOEUR, 2000, p. 21)

Buscaremos provar ser por meio do discurso retórico persuasivo que o personagem médico constrói, neste contexto clínico, imagens de si. É por meio de sua retórica que se construirão (nov)os personagens atuantes em cena no esforço do convencer alguém de algo. No caso, convencer o paciente que o curso do tratamento sendo proposto naquela cena é o melhor e deverá ser cumprido para que o objetivo maior da clínica seja alcançado: a melhor saúde. No processo de convencimento, máscaras se tornam disponíveis ao herói trágico, que pode vesti-las para transpor seus obstáculos e alcançar um destino bem-afortunado e próspero. Reiteramos a pergunta de Ricoeur para o contexto clínico: se o objetivo é a melhor saúde, qual é o limite para o convencimento?

“O PENSAMENTO (DIÁNOIA) CONSISTE NA CAPACIDADE DE DIZER O QUE É PERTINENTE E ADEQUADO”¹⁷

Em sua Poética, Aristóteles aborda brevemente o conceito de retórica a partir do que expõe sobre a segunda parte primordial constitutiva da tragédia da clínica: o pensamento, “todas as passagens que viabilizam, aos que falam em cena, demonstrar algo ou manifestar algum conhecimento.” (ARISTÓTELES, 2017, p 77); também “consiste na capacidade [5] de dizer o que é pertinente e adequado; o que equivale, no que tange aos discursos, à tarefa da política e da retórica” (ARISTÓTELES, 2017, p 85). Na seção 19, O pensamento e a elocução, Aristóteles define por fim:

O que diz respeito ao “pensamento”, deixemos, então, a encargo do que se encontra nos livros sobre a Retórica [35], pois o assunto é mais apropriado a esse domínio de

¹⁷ ARISTÓTELES, 2017, p 85.

pesquisa. Pertence ao “pensamento” tudo o que deve ser suscitado pelo discurso. As partes do discurso são: demonstrar, refutar e suscitar paixões (como a compaixão, o pavor, [1456b] a ira e todas as paixões desse mesmo gênero) [...] No caso da tragédia esses efeitos devem aparecer sem explicação, [5] enquanto no caso do discurso retórico eles devem ser suscitados pelo orador e constituídos em função do que se diz. (ARISTÓTELES, 2017, p 157-158).

Ainda que a Poética nos dê certo direcionamento sobre esta parte da tragédia ligada à retórica, para nos apoiar metodologicamente, deteremos-nos, também, no tratado do mesmo filósofo intitulado *Retórica* que também constitui uma arte (*techne*), além de ser um método de persuasão e convencimento. Jogaremos a luz da retórica aristotélica nos discursos dos personagens médicos do contexto clínico aqui analisado. Nele, o conhecimento teórico é aplicado à prática com a possibilidade de adaptação às nuances desta prática, ou seja, suas contingências. No contexto clínico, a esfera do contingente permeia a prática, a ação, e se faz presente por meio das relações médico-paciente, vida-morte, doença-cura em suas mais variadas, e por vezes desconhecidas, formas e antíteses. A teoria, esfera de mais fixidez, busca preparar o médico para o solucionar dos enigmas impostos pelo corpo, mas é na prática, esfera de mais fluidez, que o médico consegue chegar, de fato, ao corpo pulsante e exercer a sua arte; antes de chegar ao corpo, no entanto, faz-se necessário passar pelo paciente, que lhe entregará um fio.

A noção de *techne* (arte, técnica, perícia) aparece como característica de diversas atividades na antiguidade grega. Nos autores do século V a.C., primeiramente ela designava a atividade do marceneiro (*tekton*), e do ferreiro, para aos poucos, com o alargamento de sua aplicação, referir-se a outros peritos (*technites*), como o médico, o poeta, o sapateiro, ou seja, às atividades de artesãos que combinavam teorização e aplicação. Junto a esta amplitude de empregos, seu caráter epistemológico é destacado especialmente nos escritos hipocráticos a respeito da arte médica. Tais textos são também testemunha de que não existe um padrão único no qual a noção de *techne* deva ser entendida, além do fato dela implicar a capacidade criativa do perito, pois há momentos nos quais ele deve saber rever seus procedimentos, já que a arte lida com a contingência. (Cf. ROOCHNIK, 1996, p. 19; ARMELLA, 1993. p.26-29). (MENEZES E SILVA, 2016, p.122).

A fim de tomar mão dos meios de persuasão para alcançar o convencimento, Aristóteles nos mostra *meios independentes da arte*, ou seja, não fornecidos pelo orador, sendo eles as leis, as testemunhas, os depoimentos, contratos, tudo que preexiste a ação do discurso; e os *meios dependentes da arte*, ou seja, o que é elaborado pelo orador no momento da ação, a partir de três sustentáculos essenciais à retórica, são eles: *ethos* (ἦθος), *páthos* (πάθος) e *logos* (λόγος). O médico, orador do contexto que tratamos aqui, transita entre os dois meios de persuasão, pois há, normalmente, o preexistente ao discurso, exames, prontuários, notas dos médicos anteriores,

mas também, o que consideramos principal: o que elabora e tece no momento da ação, juntamente com o paciente. Nos atentaremos especialmente aos três pilares que Aristóteles (2013) define abaixo, *ethos*, *páthos* e *logos*, respectivamente, como os três meios de se obter persuasão:

1. Depende do caráter pessoal do orador: quando o discurso é proferido de tal maneira que nos faz pensar que o orador é digno de crédito. Confiamos em pessoas de bem de modo mais pleno e mais prontamente do que em outras pessoas, o que é válido geralmente, não importa qual seja a questão, e absolutamente válido quando a certeza exata é impossível e há divergência de opiniões. Esse tipo de persuasão deve ser conseguido pelo que é dito pelo orador, e não pelo que as pessoas pensam acerca de seu caráter antes que ele inicie o discurso. Caráter é o mais eficiente meio de persuasão de que dispõe.
2. De levar o auditório a uma certa disposição de espírito. Persuasão pode ser obtida através dos ouvintes quando o discurso afeta suas emoções; os julgamentos que emitimos variam segundo experimentamos sentimentos de angústia ou júbilo, amizade ou hostilidade.
3. Do próprio discurso no que diz respeito ao que demonstra ou parece demonstrar. É obtida através do próprio discurso quando demonstramos a verdade, ou o que parece ser a verdade, graças à argumentação persuasiva apropriada ao caso em pauta. (ARISTÓTELES, 2013, p.45-46).

Sob a perspectiva da arte retórica, conseguiremos dar forma à lógica pelos argumentos selecionados e utilizados pelo médico (*logos*); trataremos do caráter, da credibilidade e da moral do orador (*ethos*), uma qualidade moral aparente atribuída por meio do discurso proferido, e não por conhecimento prévio do indivíduo – novamente analisaremos a **ação** profissional dentro deste contexto específico, sem um julgamento da moral individual de cada um; e, por fim, buscaremos identificar as emoções suscitadas em seu auditório (*páthos*), ou seja, no paciente. Esses são, então, os três eixos principais do discurso retórico aristotélico: os argumentos utilizados para a persuasão (*logos*), o caráter do orador por meio de sua ação e ética (*ethos*), e o provocar e suscitar paixões e emoções em seu auditório (*páthos*); incontornáveis na análise do profissional que busca, por meio de seu discurso persuasivo, passando por estas três esferas, guiar o seu paciente à grande saúde, convencendo-o do que acredita ser o melhor curso de tratamento a se seguir.

Aristóteles ainda afirma que “todos procuram discutir e sustentar teses, realizar a própria defesa e a acusação de outros. Pessoas comuns o fazem ou sem método, ou por força da prática, e com base em hábitos adquiridos.” (ARISTÓTELES, 2013, p. 39). O que nos prepara para uma análise da retórica que não infalivelmente parte de uma intenção *consciente* por parte do orador-médico ao se utilizar dos eixos retóricos, mas pode, mais provavelmente, estar vinculado

à sua própria prática, à observação de outros profissionais, ao hábito, e, portanto, às estratégias que cada profissional apreendeu ao longo de sua trajetória para colocar o seu próprio personagem em ação e performance.

A retórica é útil porque o verdadeiro e o justo têm naturalmente mais valor do que seus opostos. O resultado é que se os julgamentos não forem proferidos como devem ser, o verdadeiro e o justo estarão necessariamente comprometidos, resultado censurável a ser atribuído aos próprios oradores. Acrescentemos que diante de certos auditórios, nem mesmo a posse da ciência mais precisa facilitará tornar convincente o que dizemos, pois a argumentação baseada no conhecimento implica em instrução, e há pessoas que não se pode instruir. Neste caso, é necessário que utilizemos, a título de nossos modos de persuasão e argumentos, noções que todos possuem, como observamos nos Tópicos ao tratar do modo de dirigir-se a um auditório popular. (ARISTÓTELES, 2013, p.42-43).

O poder da adaptabilidade do orador à sua audiência é fulcral à retórica, uma vez que não há convencimento, caso um dos pilares esteja faltando ou enfraquecido. Por exemplo, se a demonstração dos argumentos não for clara – ao menos o suficiente - para que a plateia entenda do que consiste a defesa do orador, não haverá, então, material para que um juízo positivo se forme; se por meio de sua ação, a credibilidade do orador possa ser questionada, seus argumentos de nada valerão, pois sua ética será posta em dúvida e não mais se formará um juízo positivo de sua reputação; se o discurso não despertar nenhum sentimento positivo na plateia – sentimentos como compaixão, benevolência, felicidade – ou pelo contrário, despertar sentimentos como raiva, angústia, frustração – muito provavelmente a possibilidade de se formar um juízo positivo do orador também será nula. Tornemos os exemplos mais reais ao contexto clínico: caso o médico não consiga expressar-se claramente adaptando o seu discurso para uma linguagem que o seu paciente o entenda, perde-se o *logos*; caso o médico por meio de sua ação, perca sua credibilidade ou tenha sua ética questionada, se o paciente não sentir segurança no tratamento proposto, perde-se o *ethos*; caso o médico não consiga despertar sentimentos positivos, especialmente o de esperança, em seu paciente, perde-se o *páthos*. Em qualquer cenário, perdendo-se um ou perdendo-se todos, a possibilidade de persuadir o paciente de forma positiva, fazendo-o aderir ao melhor tratamento e ao caminho de sua melhor saúde, sendo esses sempre os principais objetivos do nosso herói trágico, será prejudicada ou, no pior dos cenários, erradicada.



Esta estrutura tripla não é tripartida, pois estão imbricadas umas nas outras, funcionando de forma concomitante; contudo, segmenta-las nos ajuda a melhor visualizar esse organismo vivíssimo que é a estratégia que o profissional toma mão, conscientemente ou não, para satisfazer a sua intenção: “a função própria da medicina não é simplesmente tornar alguém absolutamente saudável, mas colocá-lo o máximo possível no caminho que conduz à saúde; é possível propiciar excelente tratamento mesmo aos que não estão em condição de recuperar a saúde.” (ARISTÓTELES, 2013, p 44).

Pode-se definir a retórica como a faculdade de observar, em cada caso, o que este encerra de próprio para criar a persuasão. Nenhuma outra arte possui tal função. Toda outra arte pode instruir e persuadir acerca do assunto que lhe é próprio, por exemplo: a medicina, sobre o que é saudável e doentio [...]. Quanto à retórica, todavia, vemo-la como o poder, diante de quase qualquer questão que nos é apresentada, de observar e descobrir o que é adequado para persuadir. (ARISTÓTELES, 2013, p. 44-45).

Identificar estas três raízes por trás da ação retórica do médico não limita, no entanto, a retórica ao contexto clínico, ou mesmo a Medicina, senão surpassando-a. Também não busca simplificar o que é o papel do médico dentro de um consultório e de sua relação com cada paciente. O intuito é fomentar possíveis formas de estruturar o discurso de acordo com as metodologias disponíveis, e por vezes já utilizadas mesmo que inconscientemente, como formas também possíveis de alcançar uma morada em comum. O assunto que é próprio à Medicina, o corpo, a anatomia, a manutenção da saúde, é sempre uma via possível e familiar ao médico, já que é dessa arte que sua formação profissional é proveniente. O desafio reside, no entanto, no particular, ou seja, no persuadir de *cada* consulta médica, na atenção a cada indivíduo e na leitura deste, a adaptabilidade do discurso já mencionada anteriormente. Ora, a título de exemplo, um médico oftalmologista que durante uma consulta com um paciente de baixa instrução, que busca somente ajustar o grau de seus óculos, se nesta ocasião, o médico, ainda que atestando a saúde dos olhos do paciente, der uma pequena palestra sobre um assunto específico de sua prática, neste caso, um descolamento de retina, por exemplo, focando nas questões anatômicas, biológicas, morfológicas do processo, a fim de chamar a atenção do paciente sobre a importância de se estar atento às mudanças no campo de visão, chamaremos esta de uma boa ou má estratégia do ponto de vista da linguagem como ação? Um paciente de baixa instrução muito provavelmente não entenderá o *logos* ali exposto, não formará um *pathos* apropriado, ou seja, uma conexão com aquele profissional por não falarem “a mesma linguagem”, no entanto, muito provavelmente não duvidará da credibilidade e da ética, do *ethos*, médico, pois, para ele, esse é proveniente de um saber médico e isso foi evidenciado,

mesmo que não tenha sido completamente compreendido pelo paciente pela falta de adaptabilidade do discurso à sua realidade linguística e social. Este mesmo médico, no entanto, poderia alcançar o seu objetivo caso tivesse um interlocutor distinto, um outro médico, por exemplo, um estudante de medicina, ou qualquer pessoa cujo *logos* se fundisse com o próprio *logos* médico, caso fosse apreendido. É nesse sentido que dizemos que a retórica vai além da medicina – não é o simples persuadir acerca do assunto que é próprio, mas, além disso, trabalhar com opositos, metáforas, artifícios da linguagem que cabem naquele contexto de ação específico com um fim específico, que sempre será a melhor saúde, claro, mas para além dela, a saúde *daquele* indivíduo como seja possível alcança-la ou ao menos trilhar um outro, novo caminho possível. Se os sujeitos em uma mesma ação compartilham dos *logos*, *ethos* e *pathos*, muito provavelmente a ação da linguagem retórica terá sucesso, caso contrário, o médico deverá preencher as lacunas, utilizando-se da metodologia disponível para adaptar-se àquele que busca entendê-lo ou, mais ainda, entender a si mesmo e a sua conjuntura que o trouxe até ali. Ainda que caiba ao herói trágico desvendar os enigmas impostos pelo paciente, este quer *também* entender sobre a sua condição e possibilidades, fazer parte da trajetória que trilha o médico. Descobrir qual é a via só é possível no processo, no desdobrar da ação comunicativa com *aquela* interlocutor, a cada consulta, a cada encontro, e quem guiará o caminho é o médico: “raciocinar logicamente, compreender costumes e virtudes, e conhecer as emoções, ou seja, o que são, sua natureza, suas causas e o meio pelo qual são despertadas.” (ARISTÓTELES, 2013, p 46).

Jaz nesta fluidez necessária o grande desafio do profissional médico. Como adaptar-se e deixar-se fluir em vias subjetivas em meio a um prontuário que clama por objetividade? Como conhecer e identificar, até certo ponto, *logos*, *páthos* e *ethos* em tempos de cronômetros apressados e longas filas de espera? Como já dito anteriormente, os desafios do profissional dentro do contexto clínico contemporâneo não são relevados e são todos caminhos de análise pertinentes e importantes. Contudo, no presente trabalho, buscaremos trazer a ação à luz e mostrar o que é suscitado daquela relação clínica. Tomar mão do método retórico é colocar a intenção do convencimento em ação e criar com seus argumentos imagens distintas e múltiplas de si mesmo.

Aquilo que é persuasivo o é para alguém, e algo é persuasivo quer porque é de imediato e por si só evidente, quer porque parece ser demonstrado a partir de outras premissas que são, elas, persuasivas e convincentes. Entretanto, nenhuma arte contempla o particular; a medicina, por exemplo, não investiga o que ajudará curar Sócrates ou Cálías, mas somente o que ajudará a curar quaisquer ou todos os indivíduos humanos de uma dada classe de pacientes. **É exclusivamente esta a função da arte, enquanto o particular é tão infinitamente indeterminado que dele não é possível nenhuma ciência.** Do mesmo modo, a retórica não se ocupa

teoricamente do que é provável para um dado indivíduo, como Sócrates ou Hípias, mas daquilo que é provável para indivíduos desta ou daquela condição. (ARISTÓTELES, 2013, p. 47-48. grifo nosso).

Ainda que vejamos a Medicina como arte, sua natureza não contempla o particular e sim quaisquer ou todos os indivíduos humanos de uma dada classe de pacientes. Desde sua formação, o estudante de medicina não é incentivado a (re) conhecer *a Dona Inês*, mas sim, tabagistas, obesos, diabéticos etc, afinal, ao longo dos anos, a evolução do saber, da tecnologia, das especialidades, sob um contexto multifatorial, o olhar do profissional migrou do sujeito à doença. A retórica aponta, então, numa direção que só é possível por meio da arte, a do indivíduo, ainda que com o mesmo fim, ou seja, identificar o enigma e solucioná-lo, o trajeto aponta para e atravessa o indivíduo, tornando-se imperativo *conhece-lo* o suficiente para que o convencimento se realize efetivamente; e está aí a possibilidade de o médico alcançar o particular, mesmo que até certo ponto.

A retórica é formada por uma combinação da ciência da lógica com a parte da política que se relaciona com os costumes. Assemelha-se em parte à dialética, em parte aos discursos sofísticos. Mas quanto mais insistirmos em tornar a dialética e a retórica ciências, e não as reconhecemos como o que realmente são, ou seja, **simplesmente faculdades**, mais estaremos inadvertidamente destruindo a verdadeira natureza delas, uma vez que as estaremos remoldando e as estaremos colocando na esfera de ciências que têm objetos definidos, e que não se ocupam simplesmente de discursos. (ARISTÓTELES, 2013, p.57. grifo nosso.)

A ciência da lógica (episteme) e costumes (ética) constituem a retórica, ou seja, um conhecimento com princípios, de natureza científica, da ética e dos valores morais do orador, e não uma ação baseada em opiniões infundadas ou somente palatáveis ao ouvinte, atitude própria da retórica sofista. Não é a persuasão enquanto pura ciência o material que a retórica se utiliza, tampouco é o conhecimento profundo do indivíduo – expectativa utópica de um conhecimento pleno do outro, especialmente nas circunstâncias da clínica –, o que se requer claro aqui é que é só na interação com o outro que se *encontra* o material da persuasão e a retórica nos ensina como usá-lo para obter o fim desejado. O método e a técnica podem (e devem) preexistir, afinal quem exerce a retórica possui conhecimento teórico, mas sua adaptabilidade necessária deve ser posta em prática a cada encontro, pois variará a cada indivíduo – tanto o indivíduo médico quanto o paciente, sendo necessário o conhecimento de outras áreas que não só a puramente científica, mas também formal, *como* argumentar e não só sobre *o que*.

Aristóteles (2013) expõe também os três gêneros do discurso oratório, e cada gênero se refere a três tipos distintos de tempo. Nos atentaremos menos as áreas às quais pertencem cada

gênero (político, judiciário e epidítico), dado a especificidade do contexto dos quais foram geradas, e mais aos objetivos e o tempo de cada uma.

1. O discurso deliberativo nos induz a fazer ou a não fazer algo. Tem a ver com o futuro: é sobre coisas a serem realizadas doravante que ele aconselha ou desaconselha. Sua finalidade é determinar o útil ou o danoso de um procedimento aconselhado.
2. O discurso forense comporta a acusação ou a defesa de alguém. Trata-se do passado; é sempre em torno de fatos passados que gira a acusação ou a defesa. Sua finalidade visa o estabelecimento da justiça ou a injustiça de alguma ação.
3. O discurso demonstrativo ocupa-se do louvor ou da censura de alguém. O essencial é o presente, uma vez que se louva ou se censura em vista do estado de coisas presente, embora seja frequente o orador do discurso demonstrativo também evocar o passado e conjeturar coisas a respeito do futuro. Sua finalidade visa a revelar como digno de honra ou o oposto. (ARISTÓTELES, 2013, p. 53-54, grifo nosso).

Assim como no contexto clínico o médico transita por entre os meios de persuasão preexistentes e os gerados no curso da ação, também no que diz respeito aos gêneros do discurso, a hibridez se faz presente, reafirmando o caráter híbrido da consulta médica, dificilmente encaixável em um ou outro conceito, apenas. O encontro clínico se faz no trânsito, no atravessar das esferas e no explorar dos incontáveis tons *entre* o dicotômico preto e branco dentro do qual a ação médica majoritariamente se estrutura nos dias atuais, em sua referencialidade constitutiva. Voltando aos gêneros do discurso, o médico age nos três gêneros, nos três tempos, sendo possível identifica-los como atuantes no contexto clínico. Como no discurso deliberativo, político, a partir da perspectiva clínica, o médico induz o paciente a fazer ou não fazer algo que tem a ver com o futuro, ou seja, uma ação baseada no que é útil ou danoso ao futuro do paciente. Como no discurso forense, jurídico, há acusação e defesa em torno de ações passadas, ou seja, no contexto clínico, o que foi feito que poderia ser evitado (acusação) o que foi feito e deverá ser mantido (defesa) no curso do tratamento do paciente. Aqui podem ser incluídos medicamentos que deram ou não certo, condutas que funcionaram ou não, entre outras variáveis que o médico decida manter ou modificar. Por fim, o discurso demonstrativo, epidítico, que tem a ver com o louvor ou censura de alguém no tempo presente, mas também sendo possível evocar passado e futuro, sendo este o que mais se aproxima da clínica – por trabalhar com os três tempos – caso precisássemos escolher um apenas, o que afortunadamente não é o caso.

A retórica se estrutura a partir desses três gêneros, deliberativo, judiciário e epidítico, cada um tendo como norteador um tempo distinto, passado, futuro e presente, respectivamente. Como nenhum desses gêneros trata sobre a medicina e também a medicina não trabalha em um

único tempo, transitando entre os três: entre o histórico do paciente, a queixa presente e o prognóstico futuro, trabalharemos com a consulta médica enquanto seu próprio gênero, abarcando suas próprias singularidades. Podemos colocar o nosso herói trágico como o senhor dos três tempos, ao menos na duração da ação da tragédia da clínica, onde atuam concomitantemente passado, presente e futuro.

Como a persuasão na retórica é construída não só a partir do aspecto demonstrativo do discurso, como também de seu aspecto moral, uma vez que depositamos confiança no orador na medida em que ele é detentor deste ou daquele caráter – digamos se nos parece ser honesto, ou benevolente, ou ter simultaneamente costumes de cada uma dessas formas de governo. Com efeito, o caráter peculiar de cada uma das formas de governo nos proporciona necessariamente os meios de persuasão mais eficientes para nos ocupar dela. (ARISTÓTELES, 2013, p.80).

A depender do gênero do discurso que o orador escolha e atue, juntamente com seu aspecto moral, dentro daquela ação determinada, os meios de persuasão variarão de acordo com as escolhas feitas pelo orador. Por exemplo, se o orador faz uso do discurso jurídico, um tom mais acusatório, formando uma imagem de si mesmo dentro do aspecto da tirania, dessa forma, fará uso de certos meios de persuasão que são eficientes nesse “meio de governo”. Cada gênero do discurso retórico exigirá seu meio de persuasão, cada orador contido em sua própria forma de lidar, liderar e governar sua própria consulta, construindo imagens de si por meio de sua retórica e atuando dentro desses modelos.

Todas as ações de um ser humano são produzidas ou por causas exteriores a ele ou por causas que lhe são próprias. Das que se originam de causas exteriores, algumas são devidas ao acaso, outras, à necessidade; quanto a estas últimas, algumas são devidas à coação, outras à natureza. [...] Todas as ações que se devem ao próprio indivíduo humano, e são por ele produzidas devem-se, por sua vez, em parte ao hábito, em parte às inclinações, neste último caso inclinações racionais ou irracionais. [...] Assim, todas as ações humanas remontam necessariamente às seguintes sete causas: acaso, natureza, coação, hábito, reflexão, cólera e apetite. [...] Agirão devido às causas por nós indicadas. (ARISTÓTELES, 2013, p.89-90).

As imagens criadas pelo personagem médico por meio de sua ação comunicativa são necessárias ao contexto clínico, pois ao médico não cabe agir segundo suas próprias necessidades enquanto indivíduo subjetivo, mas, sim, segundo a necessidade imperativa do jaleco, de sua profissão, de seu eu-institucional. Seus impulsos e ações não devem ser outros que não os que seguem as causas de sua classe. Há, contudo, um paradoxo: como fazer esse apagamento do sujeito ali dentro do jaleco? Como querer que o indivíduo, que obviamente é indivíduo antes de ser médico, não imprima em suas ações suas próprias necessidades, crenças, humores? Como querer que o médico seja humano, humanizado, se cabe a ele a obrigação de

ser o representante de sua instituição e apresentar uma neutralidade que o impeça de ceder à emoção, tendo como melhor aliada a própria razão? Uma razão que configura, dentre outras questões igualmente profundas, a problemática da “desumanização” da medicina. Sem pensarmos esse paradoxo, é ilógico falar em discursos humanizados ou tratamentos humanizados, uma vez que propõe ao profissional um modelo inteiramente distinto daquele em que atua, um modelo dentro do qual aprendeu a atuar. Desejamos, de fato, que uma subjetividade do sujeito emerja do profissional médico? Embora o apagamento do sujeito nunca se dê completamente, como dito anteriormente, o ser médico é posterior ao ser sujeito, a ciência é uma racionalidade poderosíssima, uma força monolítica que visa a impelir esse apagamento privilegiando o raciocínio incorporal e despersonalizado do sujeito cientista. Sendo essa conduta a que se espera de um cientista, de um médico, emocionalmente distante o suficiente para pensar com clareza e assim tomar as decisões necessárias visando o bem-estar de seu paciente, como dizer que o médico é (ou está), então, desumanizado? Qual seria a forma de humanizá-lo, mantendo a imparcialidade tão necessária à sua prática?

É dentro dessas aporias que o personagem médico se reafirma como herói trágico, eminentemente paradoxal, e que reafirmamos a importância de nos atermos a linguagem, e aqui principalmente a retórica, já que é por meio dela que a ação do médico se constitui e, com ela, novas imagens de si são concretizadas. Ao ater-nos à linguagem, conseguimos pensar além das restrições impostas pela razão, pelo viés científico e imparcial, mas no fruir da linguagem enquanto construção de modos de ação possíveis naquele contexto, melhorando as relações inter-sujeitos que é, enfim, a mola propulsora do encontro clínico. É possível ao médico agir enquanto cientista e ainda assim agir dentro do *logos*, *ethos* e *páthos* do gênero escolhido. Estar consciente de sua linguagem é estar consciente de seu agir, não sendo necessária uma reconstrução total de sua ação, mas agir dentro de uma consciência linguística torna possível o configurar e o reconfigurar-se.

Os hábitos também são prazerosos, pois logo que uma coisa torna-se habitual, passa a ser uma segunda natureza. De algum modo, o hábito assemelha-se à natureza – o frequente não está distante do sempre. A natureza tem a ver com o que ocorre sempre, enquanto o hábito, com o que ocorre com frequência. É também prazeroso o que não é resultado da coação, porquanto esta se opõe à natureza. Consequentemente, aquilo que é ditado pela força da necessidade é doloroso, e daí o dito tão acertado: tudo o que se faz por força da necessidade é amargo. Assim, todos os atos que requerem concentração, esforço intenso e tensão são penosos; todos envolvem a necessidade e a coação, a menos que estejamos com eles habituados, caso em que o costume transmite-lhes um certo prazer. Os opostos desses atos são prazerosos; assim, a tranquilidade, a ausência de preocupações e tensões, as distrações, os folguedos, o repouso e o sono pertencem à classe das coisas prazerosas, pois nada nesses estados tem qualquer vínculo com a necessidade. (ARISTÓTELES, 2013, p.93).

Atribuindo o exposto acima à medicina clínica, como torná-la, então, prazerosa se a consulta clínica se baseia, majoritariamente, na necessidade? A medicina, em seu processo, raramente será prazerosa. Como tornar esse amargor que emerge pela força da necessidade menos amargo? Reiterando não poder o médico afligir-se inteiramente com a dor do paciente, pois nesse caso deixaria de agir claramente pela razão e passaria a agir pelo emocional, o que seria igualmente extremo, e provavelmente prejudicial, para o quadro do paciente. O equilíbrio entre as duas esferas – razão e emoção – se faz necessário para que tanto a doença, quanto o doente sejam vistos, escutados e tratados. Não se pode tirar a objetividade do médico, seu saber lógico e racional é a via pelo qual acessa os seus conhecimentos necessários àquela consulta; também não se pode tirar seu lado emocional, a habilidade de enxergar que há um outro a sua frente e esse outro é permeado de seus próprios sofrimentos. Os sujeitos na clínica nunca se encontram em um idêntico estado emocional, pois um está privado, ao menos na objetividade da ação clínica, da mola propulsora que torna o outro paciente – a doença. Como equilibrar-se, então?

Começaremos a partir daqui a exemplificar melhor o que seriam as imagens de si formadas a partir do discurso retórico da persuasão. Como a linguagem é uma forma de ação sobre o mundo, ao agirmos, construímos ao nosso interlocutor uma imagem de nós mesmos; para tomar mão da literatura, falaremos na construção de um personagem que atuará naquele contexto específico.

A relação médico-paciente é uma relação com alto grau de verticalidade, pois entra em cena uma hierarquia pré-estabelecida e com ela, a superioridade, o poder de um indivíduo sobre o outro. No caso da clínica, quem detém o poder é quem detém o saber e é, portanto, o herói trágico. É claro que, a depender de quem seja seu interlocutor, a verticalidade pode ser mais ou menos acentuada, esta última no caso de um médico atender em seu consultório um outro médico, por exemplo. No entanto, a verticalidade existirá, pois quem tem o poder daquela ação determinada é o médico-orador, possuidor daquele conhecimento requerido naquele contexto específico. Esse poder é dado, principalmente, por meio do saber, que é indubitavelmente uma virtude. Quando o saber é uma das principais estruturas que estabelecem e fomentam a relação verticalizada, o saber exerce um poder sobre os outros. Esse saber, para quem o detém, é uma fonte de prazer, segundo Aristóteles, já que ser tomado como sábio e “visto que geralmente os indivíduos ambicionam as honrarias, conclui-se necessariamente que se extrai também prazer de desacreditar o próximo e de exercer poder sobre ele.” (ARISTÓTELES, 2013, p.98), ou seja,

uma superposição do saber médico, naquela cena, sobre qualquer outro. A medicina, que se edifica inteiramente em um saber que não é apreendido em outro lugar senão a partir dela mesma – o saber do corpo, da prática, da saúde, da doença e da cura – coloca o médico em um lugar de saber verdades, verdades que os outros, não possuidores e distantes desse saber, não alcançam. De certa forma, posicionados na linha mais baixa da relação vertical, os pacientes são, geralmente, relegados à exaltação desse saber superior. É nesta disposição que a maioria dos pacientes se encontra durante a consulta, algo suprimidos pelo poder-saber próprio do outro. Por isso, ao construir seu personagem, embora seja prazeroso ser possuidor de um saber, o profissional deve se atentar para o que jaz além da lei escrita que lhe foi ensinada e apreendida. Há uma diferença, exposta por Aristóteles, entre o que é lei escrita, lei particular, e lei não escrita, lei comum, natural.

Ações justas e injustas foram definidas relativamente a dois tipos de direito. Quando falo de dois tipos de direito ou lei, refiro-me à lei particular e à lei comum. A primeira varia segundo cada povo e é aplicável aos membros de cada povo, sendo parcialmente escrita, parcialmente não escrita; a lei comum é a lei natural, visto que há, de fato, uma justiça e uma injustiça das quais todos têm, de alguma maneira, a intuição, e que são naturalmente comuns a todos, independentemente de todo Estado e de toda convenção recíproca. É isso que a Antígona de Sófocles expressa com clareza ao declarar que o sepultamento de Polinices fora um ato justo, a despeito da proibição; ela quer dizer que fora um ato justo por ser o direito natural. (ARISTÓTELES, 2013, p.105).

O que se pretende com essa diferenciação é mostrar que, novamente, o médico transita aqui pelas duas esferas. É claro que leis particulares e leis comuns guiam a nossa sociedade de forma geral, contudo aqui tratamos dos exemplos aplicados à clínica. É importante ressaltar que ambas as leis estão resguardadas – ou deveriam estar – pela ética médica. A lei escrita ou particular, na medicina, é o tratado de ética médica em registro escrito, um conjunto de regras que guiam a conduta médica *universalmente*. A lei não escrita ou natural, é a lei de cada encontro clínico, é o que acontece fora do campo do saber médico – as contingências trazidas pela intersubjetividade, são as regras para lidar com o outro que, embora também permeada pela ética, como qualquer relação, aponta para outras soluções para lidar com determinada conjuntura. Neste jogo entre leis, a ética que o médico carrega em si por ser médico e a ética que o sujeito-médico carrega em si por ser sujeito, é onde o personagem atua e onde comumente suscitará o *páthos* do paciente. E o *páthos* mais importante a se estabelecer é a confiança – também ligada ao *ethos*, um orador que *demonstra* ser digno de ser confiado, não por vestir um jaleco que representa em si as éticas guiadoras da profissão, mas pelo que faz ao falar, pela imagem que tece e constitui de si em cena. Para suscitar a confiança

É muito importante que o orador se mostre em uma adequada disposição de espírito, leve a crer que a experimenta em relação aos ouvintes e, reciprocamente, os encontre em uma disposição idêntica em relação a ele próprio. [...] com efeito, quando as pessoas mostram-se amigáveis e tranquilas, abrigam certos pensamentos, ao passo que, quando experimentam hostilidade ou irritação, ou pensam algo totalmente distinto ou pensam o mesmo, mas com diferente intensidade; quando mostram-se amigáveis com o indivíduo que se apresenta diante delas para ser julgado, sua impressão é que ele pouco fez de culposo, se é que fez alguma coisa de culposa; quando sentem animosidade em relação a ele, sua impressão é exatamente a oposta. Por outro lado, alimentam o desejo e a expectativa de alguma coisa? Se o que esperam é agradável, lhe parecerá que deverá realizar-se e ser algo benéfico. A disposição é de indiferença ou mau humor? O oposto é que ocorrerá. A confiança suscitada pela disposição do orador provém de três causas, as quais nos induzem a crer em uma coisa independente de qualquer demonstração: a prudência, a virtude e a benevolência. [...] embora prudentes e honestos, falta-lhes benevolência, esta má disposição para com os ouvintes podendo levá-los a não recomendar o que sabem ser o melhor curso de ação a ser adotado. (ARISTÓTELES, 2013, p 121-122).

É claro que, a disposição que se encontra o médico é fundamental para um positivo desenrolar da ação, no entanto, é um embate dramático entre *duas* vozes. A disposição do paciente também interferirá nos fins, claro. Um paciente pode trazer hostilidade, indiferença e mau humor, a depender de suas conjunturas, assim como o médico. A ênfase recai sobre a ação médico, pois, enquanto herói trágico, ao tratar do que acontece durante o encontro clínico, neste setting específico e programado, é ele o responsável pelo fio do enredo, pelo ato dramático, é autor e ator, e sua disposição muito provavelmente interferirá na do paciente – pelo *páthos* – o contrário não categoricamente ocorrerá, pois o médico está melhor preparado para lidar com as disposições do paciente, por força do hábito ou da natureza individual de cada um.

Todas essas disposições, esses estados de espírito, são incutidos nos ouvintes por meio do discurso. Podemos incutir cólera ou tranquilidade, medo ou confiança, ódio ou amizade, descrença ou otimismo. Qual será, então, a nossa intenção? Qual destas o médico-orador optará por construir por meio do seu discurso retórico? Qual é o papel que o médico performará? Que sentimento incorremos e quais imagens imprimimos em nossos interlocutores a partir das nossas ações comunicativas, ou seja, do nosso agir no mundo? Será este inclusivo ou exclusivo? Aproximará o sujeito da morte ou da vida?

Para começarmos a nos aproximar das hipóteses que buscarão responder os questionamentos expostos acima, abordaremos o último conceito retórico que nos interessa: o estilo, “já que não é suficiente dispor da matéria do discurso, sendo necessário exprimir-se na forma conveniente, o que é sumamente importante para investir o discurso de uma aparência satisfatória.” (ARISTÓTELES, 2013, p 211). Nos ateremos agora no *como* do discurso e não só no *o que* que é a matéria do discurso, importância já explanada anteriormente. Por estilo

entenderemos “o objeto da atenção dos oradores: o timbre da voz, a modulação e a cadência.” (Ibidem, p 212).

O estilo exprime emoção se quando houve ultraje, a expressão é de alguém tomado pela cólera; se a ação é ímpia e impudente, alguém se investirá de um tom repleto de indignação e discrição na sua linguagem; a linguagem eivada de admiração caberá a um fato honroso e a linguagem eivada de humildade caberá a algo compassivo. [...] **É o estilo apropriado ao assunto que concorre para a persuasão.** (ARISTÓTELES, 2013, p. 228, grifo nosso.).

Assim, exprimir-se mediante determinado estilo, imprimi a intenção de seu orador. “Cada gênero, cada tipo de disposição apresentarão uma forma particular de manifestar a verdade. [...] Se, assim, o orador utilizar as palavras que se ajustam a uma particular disposição, reproduzirá o caráter correspondente.” (RETÓRICA, 1408a 25, p 228). Pois o médico deve demonstrar seus argumentos imprimindo um tom às palavras, que constituirá a sua máscara retórica daquele encontro. Sua ação desvelará quem é ou quem escolheu ser naquela cena, naquela dada conjuntura.

O orador deve, ganhando a dianteira, prevenir as censuras dos outros; o que ele diz parece, então, ser verdadeiro pois ele tem consciência de seus atos. [...] Se, por exemplo, as palavras das quais se faz uso são duras, não convém conferir a mesma dureza à voz, à fisionomia e a todas as coisas que são passíveis de serem harmonizadas; caso contrário, o cunho artificial de cada detalhe torna-se aparente, ao passo que atribuindo esse cunho a uma coisa e o negando a outra, o artifício permanecerá despercebido. [...] **A conclusão é que se exprimirmos as coisas suaves em tom de dureza, e as duras em tom de suavidade, conseguimos convencer.** (ARISTÓTELES, 2013, p. 229, grifo nosso.)

Para Aristóteles, em todo discurso há a necessidade de prezar pela justa medida, tudo que aparece em excesso, para mais ou para menos, exprime um desequilíbrio que não condiz com a harmonia, a conveniência desejada pela arte retórica. No tocante ao ritmo, há um ritmo da consulta médica já pré-estabelecido pela sua estrutura principal: o prontuário, o jogo entre perguntas e respostas que reitera o papel do médico como possuidor do fio que concatenará todas as informações do paciente e o papel do paciente como receptáculo, numa posição de mais passividade no processo. Contudo, esse ritmo mais mecanizado não alcança a persuasão, pois o que está sendo exposto não é o *logos* ou *ethos* do médico ali presente e sim de uma outra racionalidade imposta também ao profissional de saúde – algo pré-instituído. A persuasão ocorrerá não na relação paciente e prontuário, mas na interação genuína entre os dois sujeitos, médico e paciente, orador e plateia, para que dessa ação se forme um juízo apropriado àquele contexto.

O objetivo do emprego do discurso persuasivo é levar a uma deliberação ou julgamento. Há deliberação ou julgamento nas seguintes situações: se empregamos o discurso dirigindo-o a um único ouvinte visando a aconselhá-lo ou desaconselhá-lo, como se faz ao chamar a atenção de alguém acerca de sua conduta ou incitando-a a se decidir – nesse caso, esse único ouvinte não deixa de ser um juiz, porque a pessoa que se deve persuadir é, pura e simplesmente, um verdadeiro juiz. (RETÓRICA, 2013, p. 169-170, grifo nosso).

Ao final, quem decidirá o desfecho será sempre o paciente, só a ele caberá julgar a cena que se desenrolou e se a ação retórica alcançou ou não o seu objetivo: persuadi-lo a seguir o tratamento proposto. Sabemos até aqui que argumentos isoladamente (*logos*) são pouco potentes sem os outros dois eixos indispensáveis à tríplice – *ethos* e *páthos*, e também sem o estilo que dá à toda ação forma e movimento. “Os discursos que se prestam à ação oratória, quando esta é despojada de toda interpretação dramática, deixam de produzir o mesmo efeito e parecem demasiado simples, tolos.” (ARISTÓTELES, 2013, p. 248). Um discurso sem intenção dramática são palavras soltas, facilmente perdidas e esquecidas; organizá-las dramaticamente significa não só envolver o interlocutor na sua oratória, resgatando a sua natureza performática do embate dramático entre duas vozes, mas é o contorno final da imagem que o herói trágico, o médico-orador, vai construindo de si durante a consulta médica.

O justo no tocante ao falar realmente é estarmos satisfeitos não em aborrecer nossos ouvintes sem tentarmos trazer-lhes contentamento. Devemos, de maneira justa, pugnar por nosso caso contando para isso com os meros fatos. Entretanto, devido às deficiências do auditório, como já foi afirmado, outros fatores afetam consideravelmente os resultados. Assim, essas reservas à parte, a questão do estilo ocupa um espaço necessário em todo o ensino; não é destituído de importância, quando se trata de expor um assunto com clareza, exprimir-se de uma maneira ou de outra. [...] Quando os princípios da prática oratória são empregados, produzem o mesmo efeito produzido no palco. (ARISTÓTELES, 2013, p. 212-213).

A Poética nos dá a moldura dramática. A Retórica direciona o foco da luz para a ação retórica do médico que age em cena. “Tudo que se relaciona com o estilo pertence ao âmbito da arte e é passível de ser ensinado.” (ARISTÓTELES, 2013, p. 213). Assim, podemos concluir que, no caso do personagem médico, a medicina lhe ensina o *logos*, a vivência em sociedade lhe ensina o *éthos* e a arte lhe ensina o *páthos*.

Esses são os elementos essenciais no que toca o ajuste das nossas lentes para melhor nos aparatar à análise da ação retórica do herói trágico. A seguir, analisaremos três interações médico-paciente, especificamente os três personagens-médicos que emergem e ganham corpo a partir do discurso retórico, as máscaras que, então, se tornam disponíveis para o herói trágico e, a partir delas, a análise centrada especialmente a partir dos meios de persuasão dependentes

da arte – *logos*, *ethos* e *páthos*. Três consultas médicas, três imagens distintas configuradas: um tirano, um bufão e um detetive. Vamos a elas.

AS MÁSCARAS RETÓRICAS

O TIRANO

A esta altura já estamos familiarizados com a consulta da Dona Inês, que retomaremos aqui tratando do médico que atuou em cena, aqui o chamaremos de Renato. O sujeito em questão é médico residente de segundo ano, ou seja, já graduado e que se encontra agora na residência em Clínica Médica, especialização de dois anos que segue o curso de Medicina, e que buscou, como já vimos no capítulo anterior, incansavelmente convencer a paciente que seu curso de tratamento seria efetivo se ela seguisse os acordos estabelecidos com o profissional. À luz da Retórica aristotélica, refletiremos aqui acerca da *forma* a partir da qual seu discurso foi construído e estruturado, analisar os meios dos quais Renato se utiliza fazer emergir a máscara do tirano que atua nesta consulta. Já adiantamos no capítulo anterior que este médico veste, no contexto desta consulta especificamente, a máscara do personagem tirano pelo tom de mais autoridade e algo manipulativo que escolhe na relação com esta paciente. Neste capítulo, adentraremos mais profundamente no labirinto da clínica e olharemos especialmente para a ação discursiva do herói trágico que cria uma outra imagem de si próprio e atua nesta interação.

O uso da retórica diz respeito à exposição de uma verdade por parte do orador, no caso desta análise, o médico. O paciente pode agir como um juiz que decidirá se acatará ou não essa verdade como sua própria, se o exposto ali é material a ser confiado e, dessa forma, acatado, tomado para si como verdade. É no movimento de exposição dos fatos sobre o enigma e quais são as soluções possíveis para resolvê-lo de todo, configurada pelo profissional de saúde, que se busca a adesão do paciente, mas que pode ou não se concretizar, e isto quem decidirá, ainda que em última instância, é o paciente.

Buscaremos os meios de persuasão, *logos*, *ethos* e *páthos*, pois são principalmente por meio destes três pilares que o discurso persuasivo se orienta. Já mencionamos anteriormente que os meios de persuasão se dividem entre dois grupos, independentes da arte, não fornecidos pelo discurso presente, mas fazendo uso de provas preexistentes; e dependentes da arte, produzidos no momento da ação retórica, sendo estes o *logos*, *ethos* e *páthos*. Também sobre os meios de persuasão a clínica é híbrida, usando ambos os meios para alcançar seu fim.

Chamaremos atenção a estas e outras características retóricas que aparecem no repertório persuasivo do médico, formando em sua ação discursiva a máscara do personagem tirano.

Como a esta altura já estamos familiarizados com o enredo da consulta da Dona Inês, selecionaremos os trechos apropriados para demonstrar a nossa apreciação sobre a retórica.

M: E dona Inês, me diz uma coisa, quais são esses problemas, então, que se originaram dessa causa?

O médico coloca desde o início a estratégia retórica de perguntar à paciente uma informação a qual ele já tinha conhecimento (pelo prontuário) como forma de fazer a paciente se inteirar sobre o assunto, falar e configurá-lo em suas próprias palavras, do seu próprio modo, incluindo-a no processo discursivo. É uma forma de melhor interpretar os dados, já que estes pertencem à Dona Inês, e também de uma estratégia para instaurar a Dona Inês como interlocutora aparente na consulta: “diz aí pra mim”. No decorrer da consulta, veremos que o médico já sabe as questões médicas que abordará e vai, então, guiando a paciente para que ela mesma fale sobre as cenas selecionadas. Essa estratégia, contudo, não se desenrola com a objetividade pretendida, pois a paciente narra uma história *sobre a causa* de suas dores, os problemas que enfrentou com sua empresa, ou seja, sobre si mesma e não sobre as suas dores apartadamente.

P: Eu sinto aquela coisa por dentro e minha boca muito seca

M: Boca seca

P: Muito, muito mesmo. É tão seca que às vezes eu posso tirar a saliva seca da do do do/dos lábio

M: Uhum

P: Eu posso tirar daqui... e agora tá aparecendo uns outros problemas tudo/também, por exemplo, tem dias que eu não consigo dormir porque a noite toda eu tenho tanto/tanta câimbra no estômago, nas perna, nas costela

M: Mas é mais à noite?

P: Só à noite! De dia/

M: Isso faz quanto tempo, bem?

P: Isso faz uns, umas quatro semanas que começou

M: Hum

P: Me deu uma vez, antes de eu ter esses ataques eu senti isso... aí parou, depois dos remédios de tudo isso, parou. Agora eu tô sentindo ela voltando outra vez, tem umas umas três semanas que/

M: As câimbras

P: Ontem mesmo foi horrível/

M: E a falta de ar, como é que tá?

Quando o herói trágico determina e conduz o fio labirinto a dentro em busca do Minotauro, dirigindo a performance. Há tentativas da paciente de trazer outras queixas, mas há

um corte (representado pelo símbolo /) do médico fazendo com que ela se mantenha no mesmo tema, não saindo do trajeto adotado pelo herói: “P: É, eu chego no metrô já bem bem bem cansada mesmo, e também uma dor/”, “M: E quando sobe a escada? Tem falta de ar ou não?”.

A paciente quebra a barreira temática e insere outras dores que vem sentido:

M: Tá sentindo então cansaço, fraca, mal?

P: Ainda sinto cansaço, muita dor nas pernas e uma dor aqui que eu nem sei o que que é

M: Uma dor nas costas também, né?

P: Não é costa! É aqui! Aqui ó

M: Mas é a parte da lombar aí

P: É, mas quando dói aqui, dói as pernas

M: Dói a perna

P: Aí eu tenho que procurar um lugar pra sentar/

M: Dos dois lados que dói ou de um lado só?

P: Tem dia que dói de um lado, outro dia dói do outro, aí um dia dói a coisa toda

M: Hum..., mas nas pernas os dois lados geralmente, né?

P: As pernas os dois lados, especialmente quando eu tô caminhando

M: Tem algum lado que é pior?

P: Não, não...às vezes eu penso que são as varizes, que eu tenho muitas varizes, sabe?

M: Uhum

P: Mas eu não creio

M: Mas também não é aqui atrás, é bem alta, não é isso?

P: Não, não aqui ó

M: A região lombar

P: Essa região aqui, às vezes eu olho e tenho a impressão que isso aqui tá inchado

M: Hum

P: Eu sinto que tá inchado

M: E dói? Essa parte aí que a senhora/

P: E dói, mas/

M: As pessoas chamam de as cadeiras isso aí, viu?

P: É, as cadeiras

M: É a região lombar, a gente chama isso de costas também, que é aqui embaixo

P: De costa também?

M: É a região lombar

P: Vários médicos me disse que pode ser coluna

M: Pode ser coluna, pode ser do peso também

P: Eu tô pensando que é do peso porque quando eu era/ quando eu fico mais leve, porque aí eu não sei o que aconteceu, fui a noventa e três e depois/

M: Eu vi o noventa e três e tá com cento e dois agora de novo

P: É! Mas isso foi duas/menos de duas semanas

M: Sei

P: E o doutor fala “não come isso, não come isso, não come isso” eu não como nada, eu tô vivendo de arroz, arroz é... como é que vocês chamam?

Dentro da cena temática da falta de ar, a paciente inclui mais seis queixas, sublinhadas no trecho acima, são elas: dor nas pernas, dor lombar, varizes, inchaço (na lombar), coluna e

peso. Da perspectiva da paciente, podemos entender como uma tentativa de dar mais informações ao médico, fornecendo mais pistas sobre esse enigma que buscam resolver, pistas essas que julga serem essenciais e complementares. Também pode ser a oportunidade que tem, dentro das pausas fornecidas pelo profissional, de tentar dizer *tudo* que sente, estejam as dores correlacionadas ou não. Da perspectiva do médico, entendemos a necessidade em segmentar as queixas, já que não as organizar dentro de uma lógica, tornaria impossível dar conta de todos os sintomas trazidos e conectá-los com a raiz devida, buscando sentido para, claro, ajudar a paciente de forma concreta e efetiva. O solucionar do(s) enigma(s) é sempre a busca pela verdade e tem o caráter moral e ético como pressuposto do herói trágico. Ainda que, o solucionar dos enigmas não alcance o fim pretendido pelo médico, não será por conta de uma má-intenção premeditada do herói, mas por decorrência de ações outras – no momento da consulta ou posterior a ela.

O diálogo que segue a última fala da paciente exposta acima é sobre os hábitos alimentares e se estendem até o excerto a seguir:

M: Que mais, bem? Como é que tá ()

P: Doutor, eu tô pensando, eu tô com a boca completamente podre, os dente, eu tô pensando que esse açúcar não está baixando porque não tô fazendo digestão

M: Não tá fazendo...?

P: Eu sinto que depois que eu como, eu sinto inflada

M: Sente a barriga cheia depois que come?

P: É, muito inflada, eu posso comer um pouquinho assim, eu me sinto muito inflada

M: E o que mais que a senhora sente depois que come? Queima a barriga, queima o estômago?

P: Queima, às vezes queima, aí no outro dia eu tenho muito gás

M: Hum

P: Como se não estivesse fazendo a digestão direita, não tivesse/ o sistema digestivo não tivesse/

M: E você sente que a comida fica parada na barriga?

P: Parece/ me parece que sim, e não é só parece, porque eu fico dois, três dias sem ir ao banheiro

M: O hábito intestinal da senhora é de fazer cocô... mais constipado, assim?

P: Não, não, eu sou sempre constipada

M: Demora, tá... E sai seco, sai ressecado o cocô, as fezes?

P: É ressecado, quando eu era jovem eu ficava uma semana sem ir no banheiro

M: Uma semana

P: Eu podia calcular/

M: Hoje em dia tá de três em três dias mais ou menos

P: Três em três dias, é...

M: Tá certo... e quando a senhora faz cocô, chega a doer lá embaixo?

P: Não!

M: Não dói, tá

P: Mas é seco e não é muito também, ahn! Mas a quantidade que eu como eu penso que deveria ser mais

M: Tá, e de uns dias pra cá, de uns meses pra cá, perdão, isso aí vem piorando, vem melhorando, vem como?

P: Desde que eu vim, desde que eu comecei a vim pras Clínicas eu me sinto melhor. Antes, praticamente, eu levava trinta minutos pra chegar no metrô

M: Hum

P: Porque eu ia devagarinho/

M: Por causa da falta de ar, é isso?

P: Da falta de ar

M: Da falta de ar

P: E a dor nas pernas

M: E a dor nas pernas

P: Aí depois, nas pernas não, nessa zona aqui, nas cadeira. Ai depois eu já fiquei, depois das Clínicas já eu pego uma reta e vou embora

M: Já consegue ir andando... então antes tava bem ruim, hein?

P: Tava, tava, eu cheguei aqui muito mal, cheguei aqui muito mal mesmo. Doutor, eu falo pra você, pensava que eu não ia fazer, que eu não ia virá o ano de 2012

M: Não ia conseguir... dona Inês conversa uma coisa comigo, **que que a senhora tá achando da sua pressão? Diz aí**

As hipóteses trazidas pela paciente continuam, acima apontados nos trechos sublinhados: “eu to com a boca completamente podre [...] o dente”, “não to fazendo digestão”, “eu sinto inflada”, “eu tenho muito gás”, “sou sempre constipada”. A frase destacada em negrito, no entanto, nos traz uma primeira evidência retórica dos meios de persuasão, a do *ethos* e *páthos*, pela paciente: “P: Desde que eu vim, desde que eu comecei a vim pras Clínicas eu me sinto melhor.” *Éthos* pois a frase indica a confiança da paciente na instituição, elo já preestabelecido – e por consequência, claro, nos médicos que atuam nela – gozando de credibilidade. E *páthos* pelo sentimento expresso de benevolência, demonstração de afeto e estima, da paciente novamente para com a instituição. É importante ressaltar que analisaremos os meios de persuasão tomando forma dentro *desta* consulta médica, por meio *desta* ação, mas salientar que já preexiste um *ethos* e um *páthos* com a instituição é também localizar o leitor nas dinâmicas que permeiam esta consulta, seu histórico social, de certa forma, em especial pela qualidade e gratuidade do serviço oferecido à população. Depois, o médico utiliza então da frase gancho - “antes, eu levava 30 minutos para chegar no metrô” – para retomar o fio condutor, a falta de ar, e colocar novamente a paciente no trajeto traçado.

Esse excerto nos é importante, pois demonstra a perspectiva discursiva dos dois agentes. A paciente está tentando configurar, e sempre trará algo de caótico, sua própria experiência, tentando identificar quais desses dados são importantes e úteis para o médico ajudá-la. E essa experiência sempre será permeada de sentimentos, indissociável do viver e da experiência vivida. Ao final desse trecho, a paciente diz: “Doutor, eu falo pra você, pensava que eu não ia

fazer, que eu não ia virá o ano de 2012.”, para a qual recebe a seguinte resposta do médico: “M: Não ia conseguir... dona Inês conversa uma coisa comigo, que que a senhora tá achando da sua pressão? Diz aí.”. Dessa forma se torna clara a perspectiva do profissional que parte de outro lugar, um de extrema racionalidade e pragmatismo. Não há – e julgamos não dever haver – uma relação sentimental do profissional com os dados que o paciente traz sobre as suas queixas ou mesmo sobre si mesma, pois, da perspectiva do médico, esses dados estão sendo organizados de uma perspectiva prática-formal-protocolar – são peças que se organizam para desvelar um quebra-cabeça, uma imagem de uma certa totalidade verossímil. Caso o médico se embrenhasse no espaço sentimental, seria possível a ele desvendar o enigma? Montar o quebra-cabeça? Desvelar a verdade? Perde-se a lógica, a razão que é o seu fio de Ariadne? Resta-nos indagar sobre as possibilidades de desfechos outros que seriam resultados de ações primeiras distintas, uma vez que se localizam no terreno das hipóteses e da reflexão. O médico parte, então, para a próxima cena, da pressão alta, novamente pedindo que a paciente o diga, também uma estratégia de comparar as duas provas – a prova escrita preexistente, proveniente do prontuário e a prova discursiva, gerada no momento da ação, pela própria paciente. Esse movimento é a hibridez já mencionada da clínica, pela qual o médico transita entre os meios de persuasão e também pelos âmbitos escritos e não-escritos, todos os elementos que o ajudam a construir a sua própria configuração, necessária para posteriormente passar o caso ao assistente e ainda mais necessária para formular um curso de tratamento final para a paciente.

Até este momento, o embate traz uma tonalidade suave de recém-descoberta: ambos os atores são novos entre si, buscam se conhecer, coletar informações. Há o eco do profissional que dá ênfase ao que a paciente diz, confirmando nesse jogo de espelhamento que a paciente está sendo ouvida.

P: A pressão eu sinto que tá melhor, **muito melhor**

M: **Sente que melhorou**

P: É porque antes, doutor, como eu estou sentada aqui agora, o senhor podia ver meu coração, **tudo aqui tremia**

M: **Batendo, assim, tremendo**

P: É, tudo tremia e isso era o dia todo, a noite toda, às vezes eu me assustava e acordava com ele batendo, aí **isso aí parou completamente**

M: **Já melhorou...**

Conforme já analisado no capítulo anterior, o médico controla as temáticas e muda as cenas permanecendo em sua trajetória com tonalidade amigável, dando espaço e voz para a paciente, embora saibamos que as cenas já foram pré-selecionadas a partir do prontuário. Essa dinâmica também trabalha retoricamente, já que o médico atrela seus conhecimentos técnicos,

o seu saber médico, às queixas da paciente e dessa forma atrela também, concomitantemente, o *logos* e o *páthos*. A próxima cena é a que vemos abaixo, a da pressão alta.

M: Já melhorou... e conta uma coisa pra mim, da sua pressão, a senhora acha que já tá num nível bom, ainda precisa melhorar, como é que a senhora acha?

P: Não, eu creio que precisa melhorar ainda

M: Precisa melhorar um pouquinho, não é? Concordo com a senhora. Tá com a pressão ainda... já teve muito ruim, vinte e quatro por doze é de assustar

P: Eu cheguei aqui com vinte e seis por doze

M: Vinte e seis por doze é de assustar e esse quinze por nove que deu aqui já melhorou bastante

P: É

M: Tá? Mas eu acho/

P: E hoje eu tomei o remédio bem cedo, eu não tomei agora a tar/ é...

[...]

M: Entendi, entendi..., mas conseguiu almoçar, direitinho?

P: Almocei

M: Comeu? Tá bom... **dona Inês, essa pressão, ela tem que baixar um pouquinho mais pra senhora não ter mais tanto problema, tá?**

Novamente, temos o jogo das perguntas retóricas: “M: a senhora acha que já tá num nível bom, ainda precisa melhorar, como é que a senhora acha?”, P: Não, eu creio que precisa melhorar ainda.”, “M: Precisa melhorar um pouquinho, não é? Concordo com a senhora.”, que dá a um espectador mais distraído a impressão de que a paciente está encarregada ela própria pelo fio condutor: ela acha que precisa melhorar, então, o médico, concordando com esse “diagnóstico”, trabalhará para que melhore, quando, em realidade, o médico tem, desde o início, conhecimento de que sua pressão deve melhorar e faz o jogo discursivo revestido de perguntas retóricas, incorporando a paciente à ação clínica. Quando o médico compartilha o saber com a paciente: “concordo com a senhora”, ele diminui a verticalidade da relação, trazendo-a mais para próximo, colocando-a responsável pelas mudanças que se seguirão – até aqui, nos parece que ela tem a adesão, portanto, a persuasão é, até aqui, bem-sucedida.

Entre os dois trechos realçados em negrito no excerto acima, temos um discurso coadjuvante, episódico – falam sobre tomar o remédio, o engano da paciente em relação ao horário da consulta, e o médico mostra preocupação, inclusive, com o almoço da paciente. Depois dessa trégua discursiva, retoma o tema protagonista do ato – a pressão arterial –, dizendo em tom mais sério que é preciso baixa-la para que os problemas e os sintomas diminuam. Esse discurso coadjuvante, ou episódico, como optamos por intitulá-lo, que se entremeia entre o discurso protagonista, é também estratégia retórica – um discurso que evoca um sentimento para com a paciente, o de cuidado, por exemplo, que evoca e constrói o *páthos*. O médico incute

uma disposição de espírito, uma de tranquilidade, de amabilidade; ele vai, por meio desta troca buscando ter sucesso em sua persuasão e mantendo os pilares erigidos.

M: Diga um nível que a senhora acha boa de pressão...

P: Eu creio que, eu nunca tive uma pressão boa

M: Nunca teve, mas é importante ter

P: É, eu creio que doze por oito

M: Doze por oito, treze por oito seria um nível bom pra senhora, tá certo?

P: Ó, depois que eu comecei o tratamento, ela só baixou a doze por oito três vezes

M: A senhora chegou a trazer pra mim os controles...

P: Eu trouxe pros outros doutores

M: Trouxe pros outros, né? Tá

P: Agora vou começar a trazer

M: Tá ótimo, eu vou te dar umas folhas aqui, quando a senhora tiver saindo que é pra senhora me trazer os controles da pressão, tá certo? Daqui a pouco eu imprimo e dou pra senhora

P: Tá bom

M: Tudo bem?

P: Uhum

M: Mas é isso, a pressão melhorou, mas tem muito pra melhorar ainda, viu?

P: Muito, muito

M: E outra coisa, outra coisa/

P: Doutor () não tá baixando

M: O o quê?

P: O colesterol

M: A gente conversa já do colesterol, mas realmente ainda tá um pouco alto

Os trechos destacados acima apontam que, embora o médico trabalhe discursivamente em conjunto com a paciente, ele está, enquanto herói trágico, trilhando o seu próprio caminho, enquanto responsável por aquela interação e por aquela paciente em cena. Novamente, há sucesso – até este momento, a paciente concorda com as solicitações feitas. O movimento é uma dança rítmica – o médico dá um passo, estende a mão, a paciente segue seu movimento, acompanhando-o, passos alinhados sob o mesmo ritmo.

A partir do trecho selecionado abaixo, a terceira e próxima cena, a do coração, apontaremos o estilo da tonalidade que começa a se modificar, atingindo um ponto mais dramático da interação até o presente momento e que alterará o ritmo estabelecido até aqui. É a partir dessa cena que a máscara do tirano se torna disponível para a cena e sua imagem começa a tomar forma, assumindo tom e ritmo que destoarão dos expostos até então.

M: É melhor... outra coisa, não só por causa da pressão. **A senhora tá sabendo como é que tá seu coração?**

P: Não

M: Conta pra mim como ele tá?

P: Eu não sei

M: Com certeza alguém já te falou alguma coisa do coração

P: Não, ninguém me falou nada, eu fiz o exame, mas não...

M: Tá, alguém te falou que seu coração tá grande?

P: Ah, sim

M: Disseram, né? **Eu falei que tinham dito**

P: É, é

M: Outra coisa, **disseram que seu coração tá duro?**

P: Não

M: O seu coração é um coração que tá duro. Por que que seu coração tá duro?

((Silêncio))

M: Vou te falar

P: Hum

M: Como ele fica lutando pra jogar sangue contra uma pressão tão alta

P: Hum

M: Ele faz que nem o músculo de quem faz halterofilismo, ele fica duro

P: Hum

M: E um coração duro, ele é mais difícil de receber sangue e aí junta tudo no pulmão e dá falta de ar, ou seja, um coração duro leva à falta de ar, leva à perna inchada. A perna da senhora já incha?

P: Incha

M: Já, é porque o coração tá duro

P: Isso aí é por muito tempo. Isso aí tem uns dez, quinze anos

M: Pode ter influência da varizes também, tá, mas, assim, o coração como ele tá doente por causa da pressão alta, ele já começa a juntar água no pulmão, aí dá essa falta de ar que a senhora sente

P: Eu já tive água no pulmão

M: Já teve, né?

P: É

M: É por causa do coração, ou seja, sua pressão não é mais aquela pressão inicial, aquela pressão simples, ela já tá dando sequelas, complicações no coração da senhora

P: Hum... ish

M: A senhora conseguiu entender?

P: Entendi

M: Então, assim, da pressão a gente fica ainda um pouco preocupada, preocupado, tá, tem que tá um pouquinho mais baixa essa pressão pra gente ficar mais tranquilo, pro coração trabalhar melhor

P: É, eu vou ver se eu consigo mais, tá doutor?

M: Tá certo? Como é que a gente resolve esse problema do coração? Como é?

P: Menos sal...

M: Menos sal, perdendo um pouquinho de peso, tirando fritura, gordura, essas coisas da dieta, tomando remédio direito, tá certo?

P: Uhum

M: Aí a senhora vai conseguir ter uma melhora desse sintoma de falta de ar. **É muito ruim ter falta de ar, não é não?**

P: É... horrível ((risos))

Neste ponto da consulta, ao iniciar a nova cena, abordando o estado do coração da Dona Inês, o médico utiliza a sua estratégia já familiar – a pergunta retórica: “a senhora tá sabendo como é que tá o seu coração?” E a estratégia se torna ainda mais evidente, pois logo ele complementa a sua certeza de que Dona Inês já sabia sobre o estado de seu coração com a frase

“eu falei que tinham dito”, reafirmando ser detentor do fio, tendo a fonte das informações previamente: o prontuário com o relato dos médicos anteriores. Não podemos afirmar de forma contundente o porquê da paciente se negar, de início, a dar continuidade às perguntas do médico ao dizer não saber sobre o estado de seu coração; um caminho de análise é a partir do concreto, ela realmente não sabia ou não se lembrava do assunto; um outro caminho de análise, de viés mais interpretativo, a partir do qual podemos pensar, dado a sua reação ao tratar do assunto: suas reticências, seus silêncios e risos, que a informação toca em pontos sensíveis de percepção da paciente sobre si mesma, sabendo que um órgão vital como o coração está em estado frágil – grande, duro, doente.

Voltando ao discurso do médico, este caracteriza o coração da paciente adjetivando-o da seguinte forma: coração grande, coração duro e coração doente. A palavra “duro” foi repetida, no excerto exposto acima, por sete vezes. Essa reiteração de uma palavra que expressa em seu sentido rigidez, e expõe à paciente sua condição de fragilidade e vulnerabilidade. A repetição incisiva da condição do coração da paciente é aqui quase uma sentença tão implacável quanto à própria dita dureza do órgão. Salientamos que não é a exposição dessa verdade a problemática que abordamos, mas sim o modo pelo qual essa verdade é expressa.

A repetição –

Disseram que seu **coração tá duro?**

O seu coração é um **coração** que tá **duro**.

Por que que seu **coração tá duro?**

Ele fica duro.

E um **coração duro**.

Um **coração duro**.

Porque o **coração tá duro**

rompe com o *páthos* estabelecido até então. Problemática expressa pela falta de palavras da paciente em suas respostas evasivas; quem domina essa cena completamente é o personagem médico que finaliza a exposição do seu argumento, de seu *logos*, com outra pergunta retórica – expressando certa circularidade na exposição que foi iniciada também por uma pergunta retórica –: “é muito ruim ter falta de ar, não é não?” A qual a paciente se limita a dizer “É... horrível”, fala seguida de um riso que parece preencher um querer-silêncio, mas que ainda assim diz e comunica. Esse riso incômodo que expressa um desconforto, um medo, sentimentos incutidos previamente pela notícia e por seu modo de expressão repetitivo, palavras que, de certa forma, (a)gravam o estado da paciente para além de sua condição cardiológica.

A cena que se abre em seguida é sobre o colesterol:

M: Tá... outra coisa, vamos pra próxima, a senhora falou pra mim que o colesterol, né?

P: Uhum

M: Dona Inês, quando eu vi seu colesterol, eu me assustei, quando a senhora chegou aqui no HC. Tava de 500 o triglicéride, quase 200 o colesterol ruim, o LDL, tá? Tudo isso já melhorou

P: Graças a Deus

M: Já melhorou bastante, tá, quando eu comecei a ver aqui os exames indo pra frente eu comecei a ver, realmente cê tá tomando o remédio direito, do colesterol, não é isso?

P: Uhum

M: E deve ter fechado um pouquinho mais a boca também, não foi não?

P: Fechei um pouquinho não, fechei um monte! ((risos))

M: ((Risos)) Fechou bastante, né? Mas olha, deixa eu mostrar aqui pra senhora

P: Fechei a boca toda ((risos))

M: Deixa eu mostrar aqui pra senhora, que a senhora, às vezes é bom a gente ver, ó, o normal é até 150, o da senhora tava em 500, mais de 3 vezes. Agora já tá em 200. Melhorou ou não melhorou?

P: Melhorou

M: Melhorou, olha o LDL aqui ó, esse aqui é o colesterol ruim, o da senhora era cento e oitenta e lá vai fumaça. Ó quanto que tá, oitenta e oito, já melhorou bastante, tá certo? Pra isso eu tenho que parabenizar a senhora, né não? É difícil cê baixar de 500 pra 150

P: É... mas é difícil também parar de comer, né doutor?

M: É difícil, mas você provou pra mim que tá conseguindo

P: É, eu vou conseguir

M: É só fazer isso por uma semana e pronto?

P: Não, eu faço/

M: Pro resto da vida!

P: Eu faço pro resto da vida

M: Pro resto da vida, dona Inês, senão, bem, a senhora tem filho?

P: Tenho

M: Tem neto, que eu já li aqui que tem, quer ver esse netinho crescer?

P: Ish ((risos))

M: Tem que se cuidar, né não? Beleza! Dona Inês, vamos pro próximo problema

P: Poblema, muito problema

Essa cena retoma um pouco o tom de esperança, por parte do médico, que fora estabelecido no início da consulta, antes da ruptura causada pela cena anterior. No entanto, embora o tom seja positivo, algumas estratégias retóricas do médico se tornam evidentes. Abordaremos iniciando pela afirmação: “*realmente* cê tá tomando remédio direito”, que reitera pelo advérbio “realmente” a concepção de realidade do fato narrado, no âmbito do que é verdadeiro, que a afirmação anterior da paciente, atestando estar tomando os remédios prescritos, é agora comprovada pelo exame, possível de ser crível, por meio da evidência. Atestado ao qual a paciente responde um resignado “uhum”. A próxima estratégia vem acompanhada da exposição do *logos* por parte do médico, apontando que os números apontados

no exame recente comprovam a melhora no quadro do colesterol da paciente, o índice, que chegou à 500, agora estava em 200, muito mais próximo do ideal 150. Exposição clara e objetiva seguida da pergunta tão clara quanto os números apontados: “melhorou ou não melhorou?”, perguntou o médico, obtendo como resposta a repetição do verbo “melhorou” pela paciente e em seguida repetida e decretada pelo profissional: “melhorou”. Outros números, agora a respeito do colesterol ruim, são trazidos pelo *logos*, novamente atestando uma melhora: “já melhorou bastante, tá certo? Pra isso eu tenho que parabenizar a senhora, né não? É difícil cê baixar de 500 pra 150”. Neste trecho, o médico deixa claro ao usar o referente “isso” que o motivo do parabenizar a paciente é especificamente este: a melhora nos números do colesterol, apontando ainda quão difícil é alcançar tal feito, a baixa drástica de 500 a 150 – ainda que o número oficial, exposto por ele anteriormente, tenha sido de 200.

Essas estratégias discursivas visando o engajamento da paciente neste tratamento que está, comprovadamente agora, dando certo, não é recebido com o mesmo entusiasmo pela paciente que, pela segunda vez neste trecho, expõe o quão difícil é para ela as restrições alimentares as quais vem se submetendo. A primeira réplica veio após a hipótese do médico em atribuir a melhora nos números indicativos do colesterol ao fato de que a paciente “deve ter fechado um pouquinho mais a boca, não foi não?”, a qual a paciente, entre risos, exclama “fechei um pouquinho, não, fechei um monte!” e o médico reajusta a rota discursiva dizendo, também entre risos, “fechou bastante, né? Mas olha, deixa eu mostrar aqui pra senhora”, comprovando que escutou a paciente, reconhece que ela “fechou bastante” a boca, no sentido de ter, de fato, restringido sua alimentação, contudo, seu foco permanece em seu *logos*, na exposição dos argumentos que comprovam o sacrifício da paciente ser frutífero, utilizando a adversativa que imprimi um contraste, *mas*, seguida dos números que justificariam o esforço dizendo que “às vezes é bom a gente ver”. A segunda réplica da paciente veio após o médico parabenizá-la reconhecendo ser difícil baixar de forma considerável os números ali expostos, dizendo: “mas é difícil também parar de comer, né, doutor?” Ambas as réplicas, sob o mesmo tema, a restrição alimentar, apontam para uma divergência no peso do *logos* para ambas as partes. O médico, da perspectiva de seu saber, entendendo o que essa baixa significa, mostra para a paciente que o tratamento proposto anteriormente está surtindo efeito. Sua intenção ao utilizar a evidência é mostrar à paciente que o tratamento está correto, contanto que ela continue se utilizando dele, ou seja, há saúde – por essa via. A paciente, da perspectiva da vivência do tratamento, aponta para as suas dificuldades que, para ela, sobrepujam os benefícios causados. Isso porque, de sua perspectiva, o *logos* usado pelo médico, os argumentos fundamentados na evidência dos exames, os números, não têm relação com a experiência que a paciente sente:

fome, sede, sentimento de privação, e todo seu mal-estar relatado ao início. A melhora dos números, neste caso, não tem relação direta com o que a paciente sente e é por isso que suas réplicas não reafirmam a lógica do médico, ao contrário, leva-o a outro caminho: é difícil, estou com fome. É claro que o tratamento é o melhor curso para a paciente, no entanto, ela ainda não foi *convencida* de que, de fato, seja. A linguagem usada, neste excerto, para convencê-la não foi suficiente para que entendesse o que a melhora nos números verdadeiramente significa.

Essas duas tentativas evasivas, destoantes do tom proposto pelo médico, faz com que ele, então, utilize-se de uma nova estratégia: “você *provou* pra mim que tá conseguindo”, o verbo provar, ou seja, evidenciar, insere novamente a paciente como protagonista das suas ações, mas utiliza do *ethos*, da credencial do médico cujo julgamento tem a maior valia neste contexto: *provou para mim*. A relação de poder estabelecida na consulta médica se torna ainda mais evidente e a verticalidade se acentua outra vez: a paciente provou ao médico que conseguiu e, apesar das dificuldades experimentadas, deve continuar neste percurso “pro resto da vida”.

Ao final do excerto, chegamos ao cume do discurso persuasivo com a fala do médico que busca solidificar, quase como um golpe final, a adesão ao tratamento: “pro resto da vida, dona Inês, senão, bem, a senhora tem filho?” O médico migra a luz da cena para dispô-la agora sob o objeto de seu argumento, de si mesmo (*provou para mim*), para a família da paciente. Se faz necessário chamar a atenção para a conjunção *senão* que imprime um sentido de intimidação neste contexto, fazendo uma relação paralela direta entre “seguir o tratamento pro resto da vida” e “família”; suas escolhas são 1) seguir o tratamento para o resto da vida e assim ter sua família ou 2) não seguir o tratamento pro resto da vida e assim não ter sua família. As equivalências adquirem um peso ainda mais dramático com a frase que segue: “tem neto, que eu já li aqui que tem, quer ver esse netinho crescer?” A pergunta, também retórica, revolve a percepção da paciente sobre si, o que a constitui enquanto ser-no-mundo, as perguntas “a senhora tem filho?” E “quer ver esse netinho crescer?” Dizem menos sobre a família da paciente e mais sobre a vida dela no momento da ação. O que o médico está dizendo, de forma objetiva, é: você quer viver ou quer morrer? E utiliza dos dois argumentos que representam e constituem a vida, da perspectiva da paciente, que já relatou, em momento anterior, conforme presente no prontuário, e relatará para este médico em momento posterior, partes de sua vida com a sua grande família ao redor do mundo, filhos e netos. O médico também não responde às suas perguntas, o que não se faz necessário uma vez que a inferência de seu discurso foi feita pela paciente. Perguntas que terão de se contentar com a interjeição resignada: “ish”, seguida de risos que preenchem a lacuna desejosa de sim ou não.

O médico migra para a próxima cena, sobre o peso da paciente, se referindo a ela como

“próximo problema”, obtendo como resposta o eco resignado “poblema, muito problema”.

M: Vamos pro próximo problema... e esse peso, hein?

P: Esse peso, doutor, eu não sei o que tá acontecendo, eu tô guardando, creio que talvez, água porque não não é... [...] peso de comida

A paciente relata, então, sua atual relação com a ingestão de água, pois sente muita sede, “uma vontade de tomar água *terrível*”, e chega a ingerir 6 litros de água por dia.

P: Por que eu não posso, por exemplo, hoje de manhã acordei 96 e agora de tarde eu tô noventa/cento e pouco, não pode!

M: Então, uma parte desse peso é água, tá, a água quem resolve?

P: É o diurético

M: É o diurético e....

P: Não sei mais o que

M: Não exagerar no líquido

P: Mas doutor, eu sinto uma vontade de tomar água *terrível*

M: Eu acredito, eu acredito que dá muita vontade

P: Eu tomo uns seis litros de água por dia, que eu não penso que é normal, eu já reclamei com o doutor aqui, eu falei “doutor eu tô tomando muita água”/

M: Tá, tudo bem, eu vou explicar pra senhora, eu vou explicar uma coisa pra senhora, é um pouco difícil de entender, mas vou explicar. Quando a gente tem o coração fraco... e a gente bebe água, esse líquido fica todinho no pulmão... porque o coração não consegue muito bem mandar pra frente, **lembra que eu falei que o seu coração era duro**, era difícil da água entrar, não é assim?

P: Hum

M: Seu eletro é todo alterado por causa do coração que é mais duro e grande, tá certo, então assim, esse líquido que a senhora bebe, ele fica todo no pulmão. Então a senhora acha que tá resolvendo o problema da sede, mas tá causando um problema maior que é a falta de ar. Então, é diretamente proporcional, quanto mais líquido a senhora beber, mais falta de ar vai ter.

No trecho acima, a paciente expõe um de seus grandes problemas que é a sede incontrolável que ela pensa não ser normal e afirma já ter reclamado com um médico anteriormente. Depois dessa informação, vemos no trecho destacado que o médico interrompe a linha de configuração da paciente – a exposição sobre a problemática do peso com os fatos selecionados que formarão o seu *logos* – para prover à paciente o entendimento de sua situação sobre a sua sede e (des)proporcional ingestão de água; entendimento este difícil, de sua perspectiva, mas que ele vai explicar *apesar* de ser difícil. Neste trecho destacado, vemos que o médico utiliza novamente de uma estratégia discursiva que busca diminuir a verticalidade da relação, colocando-se em uma posição de maior cuidado e aproximação com a paciente. Contudo, um outro desfecho é possível à sua ação. Apesar de explicar a situação, afirmar que o

que vai dizer é “difícil de entender” não só não diminui a verticalidade da relação, como a acentua. O médico aqui se coloca como o *único* possuidor de um saber nesta interação, relegando à paciente a sua posição de coadjuvante receptora, uma posição meramente passiva: o médico fala, ela escuta e, com sorte, entende.

Em sua explicação, o médico retoma a cena sobre o coração, “quando a gente tem o coração fraco”, utilizando uma quarta e nova adjetivação com o uso de “fraco” e narrando da perspectiva do plural (a gente/nós), uso de registro mais científico, indicação de um saber construído de uma perspectiva mais universal, abrangendo um coletivo e, portanto, com objetivo de ser mais inclusivo e/ou generalizante. Sua explicação enumera algumas informações, os fatos selecionados por ele para fazê-la entender:

1. Quando a gente tem o coração fraco...
2. e a gente bebe água,
3. esse líquido fica todinho no pulmão
4. porque o coração não consegue muito bem mandar pra frente
5. lembra que eu falei que o seu coração era duro, era difícil da água entrar
6. seu eletro é todo alterado
7. por causa do coração que é mais duro e grande
8. esse líquido que a senhora bebe
9. ele fica todo no pulmão
10. então a senhora acha que tá resolvendo o problema da sede,
11. mas tá causando um problema maior que é a falta de ar.
12. é diretamente proporcional
13. quanto mais líquido a senhora beber,
14. mais falta de ar vai ter.

As cenas sobre o coração e sobre a falta de ar estão entrelaçadas, como exposto acima. E um dos sintomas resultantes deste quadro clínico complexo e entremeado é a sede incontrolável. O tom conclusivo do médico ao encerrar sua exposição, “é diretamente proporcional, quanto mais líquido a senhora beber, mais falta de ar vai ter”, parece não surtir o efeito desejado, um pronto acatamento, tendo como resposta da paciente:

P: À noite, especialmente à noite

M: É uma decisão da senhora

P: Eu tomo () litros de água de noite

M: É uma decisão da senhora, prefere ficar com aquele pouquinho de sede com o tempo acostuma, ou prefere ficar com falta de ar, cansada?

P: Sabe, a única vez que eu consigo beber a água, o que eu tô fazendo

ultimamente, não sei se é bom, mas o que eu faço ultimamente eu faço um litro de chá de hortelã, deixo esfriar e é o que eu tomo como água, aí não me dá sede outra vez

O médico, então, reitera em tom mais severo a responsabilidade da paciente em relação à adesão do tratamento ali proposto, no entanto, a paciente não parece se atentar ao que ele está de fato expondo, trazendo respostas fora do contexto, estando em linha outra de raciocínio, uma dela própria, selecionando os seus próprios argumentos. O *logos* que o médico apresenta, a proporção *mais líquido = mais falta de ar*, não estabelece, à princípio, nenhuma conexão com a paciente, ao menos a conexão desejada pelo argumento, embora este tenha sido preciso do ponto de vista clínico, afinal, a explicação do médico foi, de fato, bastante clara. O raciocínio da paciente, contudo, foca não na solução – ou prevenção – do sintoma, o que está causando o problema e como eliminá-lo, que é o *logos* proposto pelo médico, mas se atem ao sintoma em si, afinal, é o que há de mais próximo a si mesma, latente, o que *sente*: a sede. Quando o *logos* não alcança o interlocutor, como se não fechasse seu ciclo, não surte efeito.

M: Mas ó, por isso que é bom a gente tirar um pouco do sal, da pimenta, dos condimentos, dos molhos da hora de comer, tá, por quê? Quanto menos sal, menos sede. Quanto menos sede, menos bebe água, aí menos falta de ar... entendeu?

P: Uhum

M: Funciona, é simples, uma coisa é simples, é desse jeito: bebeu água vai ter falta de ar, no seu caso vai ser assim, bebeu água vai ter falta de ar. Se a criancinha beber água, ela joga tudo no xixi, se a senhora beber água fica tudo no pulmão. O diurético, a Furosemida, ela ajuda a tirar o líquido da senhora/

P: (Não) água

M: Mas não consegue tirar seis litros de jeito nenhum

P: Pois eu tô bebendo a base de seis litros de água por dia

M: É demais, é demais, tem/ devagarinho a senhora tem que tentar baixar, consegue?

P: Olha, eu acordo de manhã, eu bebo um litro sem parar

M: É muito, bem.

P: Eu ponho um copo, um litro

M: Dona Inês, isso é muito

P: Eu fico/ a boca parece que tem algodão, aí eu bebo aquela água toda, quarenta minutos depois eu tô com sede outra vez, e muita sede

M: A senhora acha que consegue se policiar?

P: Eu consigo

M: Vamos fazer esse acordo? Tentar baixar um pouquinho esse líquido?

P: Sim

A paciente persiste na narrativa sobre como a sua sede se manifesta, o que faz o médico continuar em sua tentativa de trazê-la a sua própria razão – tentar baixar a ingestão de água para melhorar a falta de ar. Há, então, três tentativas explícitas de selar um acordo, os trechos destacados acima: 1) “a senhora tem que tentar baixar, *consegue?*” O verbo “conseguir” aqui

atua de forma provocativa, busca provocá-la para que o objetivo seja alcançado, uma frase com efeito similar seria: “duvido que a senhora consiga baixar a ingesta de água”, atrelando a situação da paciente ao âmbito do querer e da força de vontade – basta *querer* que você consegue; 2) “a senhora acha que consegue se policiar?” Há três coisas que chamam a atenção: o verbo “achar” poderia ser facilmente descartado, o que permitiria uma pergunta mais direta ao interlocutor, “você consegue se policiar?”, no entanto, ao inserir o verbo achar o tom permanece provocativo, pois tira o teor de certeza, pondo a ação ainda no âmbito da dúvida. Novamente o uso do verbo “conseguir”, agora atrelando a combinação lexical “achar” e “conseguir” – *acha* que *consegue*? – Que difere radicalmente de um tom de certeza, por exemplo, “você consegue!”, ao estabelecer uma pergunta, coloca a responsabilidade nas mãos da paciente de forma provocativa. Também o verbo “policiar” traz a conotação de vigilância, fiscalização, que, no entanto, deve ser uma fiscalização de si mesma, *se* policiar, implicando uma certa falta de controle sobre si e sobre suas ações, o que pode ou não ser real na interação, mas está implicado na linguagem utilizada. Por fim, 3) “Vamos fazer esse acordo?” Novamente há a tentativa retórica de estabelecer um acordo com a paciente que, todavia, é unilateral. Embora a intenção do acordo seja clara, zelar pelo bem-estar da paciente, a ideia de firmar um acordo implica as duas partes se beneficiarem, ou passarem por um desafio para alcançar um objetivo maior, de qualquer forma, os dois sujeitos da ação são implicados ao estabelecer um acordo. Na perspectiva da paciente, ela é a única a sofrer a “sanção” que é ter sede e beber pouca água. Ainda que para benefício próprio, o acordo é unilateral: estabelecido por dois, mas sofrido por um. É uma forma de utilizar-se de seu *ethos* para estabelecer um *páthos*, a confiança: faça o acordo, siga o curso de tratamento que eu proponho e te garanto o bem-estar. O médico afirma explicitamente a unilateralidade do acordo no seguinte excerto:

M: Mas ei, ei, isso não é pra mim não, isso é pra senhora

P: É claro que é pra mim

M: Porque, ó, quanto mais bebe vai tudo pro pulmão. E aí, se a senhora bebe muito num dia, depois bebe muito no outro, depois bebe muito no outro/

P: Vai...

M: No quarto dia tá onde? No pronto-socorro. E o que é que vão fazer no pronto-socorro? Fazer a senhora urinar tudo que a senhora bebeu

P: É, eu observo que quando eu tava bebendo muita água, antes de vim pras Clínica, eu bebia água e dois dias depois eu começava a sentir mal e corria pro pronto-socorro

M: Desse jeito, não era não?

A paciente, ao retomar o seu próprio raciocínio, explicando ao médico sobre o seu sintoma, a sede, utiliza o verbo no passado “quando eu *tava* bebendo muita água”, o verbo estar

conjugado na 1ª pessoa do singular do pretérito imperfeito do indicativo juntamente com o verbo beber no gerúndio, “eu estava bebendo”, indica uma ação passada com certa duração no tempo e que ainda não foi completamente terminada. Um recurso linguístico que condiz com a queixa ainda presente da paciente – que ainda está “bebendo a base de seis litros de água por dia”. Contudo, é interessante notar que, embora a paciente ainda relate a queixa de sentir uma sede terrível, ela reafirma o páthos positivo com a instituição “antes de vim pras Clínica”, apontando que provavelmente bebia ainda mais água e tinha sintomas ainda mais severos antes de ser cuidada pelos profissionais da instituição.

Em momento seguinte, a paciente relata os seus hábitos alimentares, as diversas concessões que fez em seu cardápio, mas que ainda comia muito à noite, tendo acordado de noite “desesperadamente com fome”. O médico, então, sugere que a compulsão que sente por se alimentar, mesmo já estando satisfeita, possa ser decorrente de um quadro de ansiedade, a próxima cena, então se desenrola:

P: E agora, tem outra coisa, uma fome desesperada à noite, só à noite. Eu posso passar o dia todo sem comida

M: Só à noite que tem fome?

P: Só à noite! Eu posso passar o dia todo sem comer nada, não me faz nenhuma diferença. Deitei, dormi até as doze, aí eu levanto desesperadamente com fome

M: Tá, você consegue dizer pra mim se a senhora é uma pessoa muito nervosa?

P: Sou

M: Cê acha, cê se acha muito ansiosa?

P: Sou muito ansiosa

M: Cê/se acha muito ansiosa?

P: Sou, até minha cachorra se sai, vai lá fora, eu fico desesperada procurando

M: Tá, essa parte da senhora à noite ter muita vontade de comer, isso não tem a ver com fome

P: É nervoso... eu pensava que é fome

M: Isso é ansiedade

P: Mas eu como, doutor, aí quando me pega essa coisa, aí você precisa ver o prato/

M: Aí come, come, come, come

P: Um prato de repolho

M: Eita

P: Eu ponho repolho, couve-flor, mas eu faço um prato deste tamanho e sinto que tô cheia, mas continuo comendo

M: Se fosse fome quando a senhora sentisse que tava cheia não precisava mais comer, como é só da cabeça, só do nervosismo, da ansiedade, aí cê pode comer, cê vai comer até vomitar, até passar mal

P: É como eu me sinto, extremamente cheia e continuo comendo

M: Tá vendo, isso é do nervoso. Tem remédio que às vezes ajuda a controlar um pouco essa ansiedade. A senhora já tentou tomar?

P: Não quero

M: Não quer

P: Não

M: De jeito nenhum?

P: Remédio pra controlar a ansiedade? Ô, doutor, eu tenho uma irmã

completamente doida com esse troço, ela toma tudo que é de remédio de controlar a ansiedade. Eu era normal por que que eu vou ficar assim? É tenho que tentar comigo mesmo

M: Quer tentar primeiro antes de começar a tomar/

P: Quero tentar

M: Vamos fazer um acordo, então?

P: Vamos

M: A senhora faz força pra passar pelo menos três/ vou dar três meses pra senhora, a senhora tem que se controlar, atenta na hora de comer, pensar assim “eu não tô com fome, eu tô ansiosa” e aí troca comer por outra coisa

P: É, eu vou trocar comer por andar

M: Excelente

P: Mas é que em São Paulo agora () à noite/

M: Esse seria o melhor dos mundos, seria ótimo se a senhora fizesse isso

P: Mas não dá pra fazer isso em São Paulo

M: Mas qualquer coisa que a senhora fizer, tentar mascar alguma bala diet, tá certo? Chiclete light, essas coisas assim, tentar ir, sei lá, ver televisão, vai cuidar do neto, vai brincar com/ deu aquela ansiedade, aquela coisa louca, vai tentar fazer outra coisa

Ao iniciar a cena sobre ansiedade, a partir da hipótese do médico que a ingestão alimentar descontrolada, principalmente à noite, esteja atrelada a um quadro de ansiedade, a paciente afirma categoricamente não querer tomar remédio para controle da ansiedade e baseia seu argumento em sua experiência pessoal e familiar, “eu tenho uma irmã completamente doida com esse troço, ela toma tudo que é de remédio de controlar a ansiedade”. Seu argumento não é baseado em uma verdade científica, entendemos ser baseada na experiência subjetiva da paciente. Esse estigma, atrelar a medicação à loucura, poderia ter sido explorado pelo médico em uma tentativa de dissolvê-lo, ainda que parcialmente, baseando seu discurso em seu logotipo, nas informações de seu repertório enquanto profissional de saúde; essa estratégia retórica, possível nesse momento, não se concretizou. A paciente complementa sua linha de raciocínio com uma qualificação de si mesma, “eu era normal por que que eu vou ficar assim? É tenho que tentar comigo mesmo”, novamente dois estigmas são explicitados ao profissional: 1) *Eu era normal* e 2) *Tentar comigo mesmo*. O uso da forma do verbo ser no pretérito imperfeito do indicativo, *era*, expressa uma condição colocada no passado: eu *era* normal, não sou mais. Também a ideia de que o apoio medicamentoso, no caso da ansiedade, é uma falha do sujeito ao se relacionar consigo mesmo, falhou consigo e então precisou de remédio, quando sabemos hoje, por meio da literatura médica, que o remédio, quando bem prescrito, não é uma falha, mas um retorno do sujeito a si próprio. O médico acata ao pedido da paciente sobre tentar por si mesma antes de tomar o remédio, propondo, novamente, um acordo baseado na substituição: substituir o comer compulsivamente por outra atividade.

Buscar a adesão ao tratamento pela paciente, persuadi-la, não se mostra uma tarefa fácil

ao médico, pelo contrário, pois Dona Inês adiciona empecilhos no caminho proposto pelo profissional para que ela alcance um maior bem-estar. Na sugestão de trocar o ato de comer por alguma outra atividade para minar a ansiedade, a paciente diz que trocará comer por andar, no entanto, estabelece um empecilho: “é que São Paulo agora () à noite”, indicando a insegurança que sente na cidade para se exercitar à noite. Embora posteriormente relate, como veremos, suas caminhadas diurnas ao médico, reafirma “mas não dá pra fazer isso em São Paulo”, ao que o médico responde com inúmeras outras alternativas possíveis de substituições, incluindo “cuidar do neto”, gancho para o diálogo que segue:

P: Doutor, meus netos tão tudo na África
M: Eita, foi todo mundo pra lá?!

P: África, Suécia
M: Eu li aqui que a senhora ia também, é verdade, não?
P: Eu vou, eu vou, eu vou
M: Vai quando?
P: Eu vou no próximo mês
M: Mês que vem, e aí vai passar um tempinho lá, né?
P: Vou ficar seis meses
M: Seis meses
P: No máximo seis meses, não sei se eu posso, ahn! Porque agora eu tô com os dois filhos/
M: A senhora tem família lá, é?
P: Tenho minhas filhas, eu tenho duas filhas lá e os meus netos e o resto tá na Espanha, Suécia, até Japão eu tenho fi/ netos
M: É mesmo?
P: É
M: O olhinho é puxado ou não é?
P: ((Risos))
M: Olhe
P: Puxado... é que o sangue brasileiro, negro brasileiro tem muita mistura com índio, não é?
M: ()
P: Então já tem puxado, meu olho era horrível quando era criança eu chorava na escola que os meninos falavam assim “aqui passou um gato”, ai, meu Deus, que nervoso! ((risos))
M: Eita ((risos))
P: ((Risos)) Eu chorava tanto com isso porque o olho era bem rasgado, ahn. Aí meus netos saíram tudo de olho rasgado

Esse relato do contexto familiar da paciente revela, pela primeira vez para este médico, informações de cunho mais pessoal, embora algumas informações possam constar no prontuário, como já evidenciado pelos argumentos utilizados pelo médico sobre a vida da dona Inês que não foram tecidos em cena, no momento da ação clínica. Do ponto de vista das informações que o médico busca a partir da organização que fez das cenas temáticas, esses fatos narrados são meros acessórios, no entanto, da perspectiva da paciente, sua história, o

relacionamento com seus filhos e netos, com a África, como ela mesma traz, é constitutivo de si mesma e, portanto, de fundamental importância. O médico segue o seu raciocínio, ainda na cena sobre ansiedade e alimentação descontrolada:

M: Dona Inês

P: Oi

M: Continuando... então é isso, bem, é nervosismo, a senhora tá comendo por ansiedade, tá? A gente faz um acordo pra senhora tentar se controlar, na hora que dá aquela fome louca vai e faz outra coisa

P: Tá bom

M: Que que a senhora acha disso? Pode ser?

P: Eu vou tentar, eu já tentei/

M: Vamos tentar

P: Eu já tentei, tirei todo biscoito de casa, água e sal, toda aquela coisa, tirei tudo, não tem mais/

M: Foi, né?

P: Eu comprava muita semente, semente de frutas, ahn, já não uso mais porque eu pensei que tava me engordando também. Eu comia castanha de do Pará, né? Que é bem oleosa, eu pensei que tava me engordando também. Aí fui tirando, tirando, agora já não tenho mais nada pra comer, então eu volto de novo à panela de noite

M: Entendi

P: Entende?

M: Entendi

P: Mas engraçado, quando eu estou na África, doutor/

M: Não come isso tudo

P: Eu não sinto tudo isso

M: Será que é porque lá é um ambiente diferente, muda um pouco, a senhora fica com mais familiares, fica mais animada, mais feliz?

P: Eu creio que a comida, não, eu sempre fui antipática

M: ((Risos))

P: ((Risos)) Eu gosto da casa bonita, só pelos netos começam a encher o saco eu já chamo os pais vem trazer/ó vem pegar seu filho/

M: Eita

P: Porque o meu eu já criei ((risos))

M: Entendi

P: Aqui não, aqui eu tolero porque tadinhos, né? Mas quando eu tô na África...

M: É diferente, né?

P: É, é

M: Então aproveita que vai pra lá, dá umas corridinhas

P: É... vou fazer

M: Que que a senhora... não gosta não de fazer exercícios físicos?

P: Eu nado muito quando tô lá

Embora no trecho acima a paciente se caracterize como “antipática”, outros dados do seu relato provam seu relacionamento fortuito com a África – tanto no contexto estrutural: sente-se mais segura, s exercita-se mais, s alimenta-se melhor, quanto no contexto mais sentimental: estar mais próxima da família, dos filhos e dos netos. A paciente inicia “quando eu estou na África, doutor”, ao que o médico completa “não come tudo isso”, mostrando pelo

uso do verbo “comer” ainda estar inserido em sua linha de raciocínio (ansiedade x alimentação), contudo, a paciente responde, “eu não *sinto* tudo isso”, ampliando o escopo restritivo implicado pelo verbo “comer” trazido pelo médico, a um âmbito maior, evidenciado pelo verbo “sentir”, se implicando completamente – *tudo isso*. O médico, então, a traz de volta à sua razão:

M: E **aqui** que que a senhora faz de exercício? Que que a senhora faz?

P: Nada, andar, só ando

M: Só anda

P: Depois que o doutor (Fosta) me obrigou

M: Mas anda todo dia ou não anda todo dia?

P: Todo dia

M: Gosta de andar ou não gosta?

P: Não gosto

M: Não gosta

P: Porque eu tenho dor nos joelhos

M: Eita, dói logo o joelho

P: É

M: E anda quanto tempo por dia, anda quanto tempo?

P: Eu ando das seis às oito

M: Das seis às oito?

P: Eu ando da minha casa, na Parada Inglesa, até Carandiru e volto

M: Ah é?

P: E volto

M: E isso da quanto tempo mais ou menos?

P: Isso dá quase duas horas, doutor

M: Todos os dias a senhora anda isso tudo?

P: Todos os dias, mas andar não me emagrece não

M: Mas chega a ficar suada, não?

P: Fico suada

M: Fica suada e cansada

P: Depois tem um parque lá embaixo, tem um monte de senhoras já da minha idade que vão fazer exercício

M: Que senhora da sua idade, a senhora é nova, que história é essa?!

P: Nova, doutor? Eu tô com 54 anos

M: Ah é, e 54 é velha?

P: É velha

M: Quer ficar então no asilo, não?

P: Ah não, não, não, asilo pra mim não vai dar não

M: 54 é novíssima, 54, hoje em dia, tá na metade da vida

P: Eu tenho uma amiga que tá com 56 e ela não sente nada

M: Não sente nada..., mas se a senhora se cuidar vai ser igualzinha ela, não vai não?

P: Ah não, com esse coração que já acabou?

M: Não, não é bem assim! Tem jeito ainda!

P: Vamos ver se tem jeito doutor

M: Vamos ver!

P: Eu não/

M: Mas depende da senhora, depende da força de vontade

P: Eu não vou tomar insulina... eu vou baixar (/)

Há uma importante caracterização da personagem-paciente neste excerto ao comparar-se com outras conhecidas “senhoras já da minha idade”, e uma especificamente, “eu tenho uma amiga que tá com 56 e ela não sente nada”, trazendo novamente o verbo “sentir”, reiterando a ordem subjetiva da qual parte a paciente, sempre mediada pelo *sentir*. Nesse caso, desafortunadamente, a caracterização da paciente carrega uma tonalidade mais negativa, uma vez que se constitui sempre aquém de suas próprias expectativas e de expectativas que, provavelmente, considera universais, pois se utiliza de uma métrica muito difundida e de baixa credibilidade: a da comparação de idade, peso, disposição com outros indivíduos.

Em momento apontado anteriormente, o médico pergunta à paciente: “lembra que eu falei que o seu coração era duro”, o que se torna claramente uma pergunta retórica já que a paciente lembra, sim, de como o seu coração fora caracterizado pelo médico. Ao ser questionada pelo médico, “se a senhora se cuidar vai ser igualzinha a ela, não vai não?”, o coração reaparece em forma de descrença, ressoando profundamente na imagem que construiu de si mesma a partir daquela cena temática e do *logos* passado a ela, provando que o sentimento incutido na paciente não foi de esperança: “com esse coração que já acabou?”. O médico estabelece em sua fala uma condição para o bem-estar da paciente, por meio da partícula “se”: “se a senhora se cuidar”, com o resultado sendo “vai ser igualzinha a ela” – a amiga de mesma idade que não sente nada. O empecilho imposto pela paciente desta vez é o seu coração “que já acabou”, mostrando como apreendeu sua situação até aqui. O excerto se encerra com o início de uma nova cena, importantíssima para o presente trabalho, pois é nela que a figura do tirano emerge e se constitui como a máscara utilizada. Nos voltemos agora à insulina.

M: Mas nem cheguei a falar da insulina

P: ((Risos))

M: Eu nem chego a falar da insulina ((risos))

P: Eu já tô falando que eu não vou tomar insulina

M: Eu nem cheguei a falar (ainda tô no peso)

P: Mas vai falar, vai falar ((risos))

M: A senhora tá adivinhando as coisas

P: ((Risos)) Não vou tomar insulina, eu já disse que eu não vou tomar insulina

M: Tudo bem, a gente vai saber isso aí depois, **primeiro a gente vai falar do peso**

P: (Eu era normal antes), eu vou voltar ao normal

M: Dona Inês!

P: Eu cheguei aqui, doutor, com cinquenta/

M: Posso ser sincero com a senhora?

P: Pode

M: Se a senhora perder uma quantidade boa de peso não precisa de insulina mesmo não

Se até aqui a retórica do médico foi estabelecida especialmente por meio de acordos, aqui o desacordo já é estabelecido de início, afinal, esta é a primeira cena que não fora estabelecida pelo médico e, sim, instituído pela paciente através de uma negativa: “eu não vou tomar insulina”. O médico, pego de surpresa, responde “nem cheguei a falar da insulina”, e a paciente reafirma, entre risos, “mas vai falar, vai falar”, o que indica esse assunto já ter sido abordado anteriormente pelos outros médicos. O médico permanece em sua linha de raciocínio, voltando à cena sobre o peso, porém, não sem antes receber da paciente a afirmação: “eu *era* normal antes, eu vou voltar ao normal”, normalidade atribuída à saúde do passado, muito distinta a imagem que tem de si no momento da ação clínica.

M: Dona Inês

P: Oi

M: Do peso é isso, bem, a gente tem que tentar continuar fazendo exercício físico

P: Vou tentar

M: E fechar um pouquinho a boca, tá certo?

P: **Eu penso que esse peso é essa água, doutor**, e outra coisa que eu queria perguntar/

M: Ó, uma parte do peso é água e a maioria é gordura

P: É, o doutor ali foi fazer exame dos meus rins e disse/

M: A maioria é gordura... se a gente secar o líquido todinho, ainda vai sobrar pelo menos uns noventa quilos

P: Não vai

M: Vai

P: Não vai

M: Ah vai, sobra! A senhora acha que tava pesando quanto? Se não fosse a água...

P: Se não fosse a água eu taria pesando uns setenta e nove quilos

M: Dona Inês, a gente não consegue juntar tanto peso, trinta quilos, vinte e poucos quilos de água no pulmão. Senão a senhora taria aqui sem conseguir nem falar de tão cansada. A gente consegue juntar, sem ficar cansado, uns cinco quilos, dez quilos no máximo, no máximo, no máximo

P: Doutor...

M: O resto, bem, é porque a senhora tá exagerando um pouquinho na comida, tá?

P: Não, eu não sou de comer muito, doutor

M: A senhora acabou de falar pra mim que de noite vai lá e come três panelas de comida

P: () de noite.... três panelas não ((risos))

M: Isso aí vale pelo dia todo, isso aí vale pelo dia todo

P: ((Risos)) Ele já tá exagerando, três panelas de comida eu só falei só uma

M: Dona Inês, ó

P: Eu vou tentar parar essa comida de noite, eu creio que me afeta é a comida de noite

Até agora que a trajetória retórica do nosso herói trágico se baseia em instituir as cenas temáticas, guiado pelo prontuário e pela trajetória da paciente até ali relatada pelos outros

médicos, e a partir dali vai, então, (re)construindo a imagem da paciente, compondo a imagem a partir dessas peças, seus *problemas*, como em um grande mosaico.

Conforme vimos, a paciente insere uma cena ela mesma, a da insulina, adiantando-se em relação à trajetória de raciocínio estabelecida pelo médico, porém, o profissional reestabelece sua linha de pensamento ao voltar-se à cena sobre o peso. Apesar de todo o *logos* exposto pelo médico, como fomos apontando até aqui, a paciente ainda se mostra imersa em seu próprio raciocínio. Ao caminhar para o encerramento da cena, o médico reitera as duas mudanças necessárias para que a paciente veja mudanças em suas queixas e também uma melhora em seu quadro clínico de forma geral, são elas 1) “continuar fazendo exercício físico”, que foi acatado com um incerto “vou tentar”, e 2) “fechar um pouquinho a boca”, que trouxe novamente a crença da paciente que seu excesso de peso tenha a ver com a retenção do líquido – apesar das tentativas do médico de dissuadi-la, levando-a à razão por meio de seu *logos*, seu convencimento racional. Como visto no excerto acima, inicia-se com isso um embate de teor mais dramático ao ter o médico o seu *logos* refutado pela paciente. O médico diz que mesmo que toda a água fosse eliminada, “ainda vai sobrar pelo menos uns 90 quilos”, ao que a paciente em tom definitivo adiciona “não vai” por duas vezes. O médico explica nova e pacientemente o motivo que tornaria impossível acumular tanto peso em água, pois o peso se deve ao consumo excessivo de comida. Ao dizer “eu não sou de comer muito”, o médico utiliza a informação trazida pela paciente, a ingestão em excesso à noite ainda que estivesse saciada – informação atrelada à ansiedade como já vimos – “a senhora acabou de falar pra mim que de noite vai lá e come três panelas de comida”. A paciente, entre risos e em tom de surpresa diz que o médico está exagerando, pois só disse uma panela, no entanto, confirma a informação, “eu vou tentar parar essa comida de noite”. A dinâmica posta é a do embate saber x sentir, o médico expõe seu *logos* e a paciente não o apreende, pois está presa ao sentir e às crenças atreladas a esse sentir – bebe muita água e sente que o peso vem daí, o que gera esse choque de razões e saberes, fazendo o médico voltar ao assunto “tabu”, iniciando a próxima cena, a da diabetes.

M: Eu não vou nem falar em insulina, viu?

P: Não fala em insulina porque eu não vou tomar

M: Não vou nem falar

P: Eu já falei, eu vou ter que controlar essa diabete de qualquer maneira

M: Tá

P: Não vou pra insulina

M: Sabe o que eu prometo pra senhora?

P: O quê?

M: Eu vou colocar um monte de remédio aqui, comprimido, pra diabetes da senhora ser controlada sem insulina, tá certo?

P: Ai, Jesus

M: Mas eu já adianto pra senhora... cê sabe que que é hemoglobina glicada?

A cena é iniciada com uma negação, “não vou nem falar em insulina”, dando a ideia de que o assunto tabu, a insulina, não seria trazido pelo médico, assim como solicitou a paciente anteriormente, sob o argumento de que seria em vão, já que firme é sua ideia de que não tomaria insulina de jeito nenhum, embora o motivo da recusa incisiva permaneça desconhecido. O médico, então, reiterando o assunto, utiliza de sua estratégia retórica, parceira do acordo: a promessa. A promessa, como aponta o trecho destacado, é de “colocar um monte de remédio aqui, comprimido, pra diabetes da senhora ser controlada sem insulina”. Embora a promessa atenda a súplica da paciente de não trazer a insulina à discussão, a contrapartida é igualmente sofrida e nada tentadora ou satisfatória: “um monte de remédio”, ao que a paciente replica uma interjeição “ai, Jesus”.

Para a afirmação posta de início, “não vou nem falar em insulina”, o médico se utiliza de outra estratégia: um novo caminho para falar do mesmo assunto. Ele não se utilizará da via da insulina para tratar da diabetes da paciente, tomando outra rota:

P: Não

M: Não sabe, vou explicar pra senhora, sabe quando a senhora fura a pontinha do dedo

P: Aham

M: Que dá trezentos e oitenta e dois?

P: Aham

M: Sabe quando dá trezentos e oitenta e dois?

P: Aham

M: A hemoglobina glicada é um valor que eu pego do seu sangue e meço

P: Hum

M: E é como se eu tivesse fazendo na pontinha do dedo todo dia

P: Hum

M: E aí ele vai e me dá o valor da média da glicose da senhora... sabe quanto é que tá a média da glicose da senhora?

P: Quanto?

M: Chuta pra mim, tenta adivinhar, só pra senhora/ só pra ver se a senhora tem alguma noção

P: Quatrocentos e oitenta e dois?

M: Não tá tão alto, a média da glicose da senhora é de duzentos e sessenta e seis, ou seja, a maior parte do tempo, a glicose da senhora tá em duzentos e muito

P: () muito

M: Tá, isso faz mal... sabe qual é o valor da hemoglobina glicada, que reflete uma média de duzentos e sessenta e muito?

P: Ahn

M: É dez ponto nove a da senhora?

P: E o normal é o quê?

M: Sete... tá quase o dobro

A trajetória escolhida pelo médico é a via da hemoglobina glicada, um exame que mede o índice glicêmico no sangue, ou seja, o nível de açúcar, capaz de diagnosticar a diabetes. Ao utilizar essa via alternativa, o médico busca informar a paciente de sua situação atual e dos riscos decorrentes, partindo do princípio que, ao negar a insulina, a paciente não tenha noção de sua atual situação, hipótese evidenciada pelo trecho destacado. A média de sua glicose, 266, reflete uma hemoglobina glicada de 10.9, sendo 7 o normal esperado, segundo o médico, “quase o dobro”.

P: Eu vou controlar isso

M: Geralmente a gente não consegue controlar isso com remédio pela boca

P: Eu não vou tomar, eu não vou tomar ((tom de decisão final))

M: Não tomar é uma opção da senhora, eu respeito, não vou ficar insistindo

Ao expor toda a situação, todo o logos relacionado à glicemia e à diabetes, a paciente diz firmemente que vai “controlar isso”, o médico, então, nos deixa entrever sua estratégia: “geralmente a gente não consegue controlar isso com remédio pela boca”, implicando nesta fala a necessidade de medicamento não-oral, a insulina. A paciente, confrontada novamente com seu tabu, em tom de decisão final, diz “eu não vou tomar”. O médico diz que respeitará a decisão da paciente e não insistirá, no entanto, o embate toma outro ritmo, atribuído pelo confronto dramático de duas visões completamente opostas agora em manifesto choque.

P: Doutor

M: Sabe qual é/

P: Essa coisa aqui já foi a seiscentos

M: Sabe qual é minha função?

P: Hum?

M: Não é segurar a senhora e aplicar a insulina, não. Não é

P: Hum

M: Sabe qual é a minha função?

P: Hum

M: É tentar colocar na cabeça da senhora o que é que a senhora tá se arriscando, qual é o risco que a senhora tá correndo. A senhora sabe qual é o risco?

A paciente retoma sempre à ideia de que voltará à sua dita normalidade “por conta própria”, não que se oponha ao uso dos medicamentos orais, ao menos essa oposição não foi construída no contexto aqui analisado. Entretanto, opõe-se de maneira firme e clara contra a insulina, de forma mais intensa e explícita do que a oposição que tinha pelo ansiolítico, por exemplo. O motivo pelo qual a insulina é impensável pela paciente, não nos é dado por ela e também não é perguntado pelo profissional. A toada do discurso persuasivo se intensifica quando o médico estabelece as funções e os papéis de cada personagem presente ali; sua função

é persuadir, “colocar na cabeça da senhora o risco que a senhora tá correndo”, a função implicada nesse discurso, a de sua interlocutora, é entender quais são estes riscos e, então, aderir ao tratamento proposto pelo médico, ou seja, ser persuadida, convencida de sua importância. A persuasão, afinal, implica obediência.

P: Hum, ficar cega...

M: Que mais, vai dizendo, vai dizendo...

P: Ficar aleijada

M: Que mais? Vai dizendo, vai dizendo...

P: Ah, mas se chegar aí doutor, eu já fiz/

M: Não, vai dizendo, vai dizendo...

P: Já fiz meu/

M: Dona Inês, a senhora não disse nem o terço ainda mais a missa, **vai dizendo o resto, que mais?**

P: Eu não sei do resto

M: Não, mas tem que saber, sabe por quê? Porque é o risco que a senhora tá aceitando correr... diz aí pra mim o que que é tanto, vai, diz aí pra mim o que que o diabetes causa...

P: Ah, um monte de coisa

M: Vai dizendo, mulher, a senhora sabe tudinho

P: Mas eu não lembro, não lembro

A toada dramática do excerto acima é o início da escalada ao cume retórico do médico e clímax dramático. O médico inicia a enumeração dos riscos pela estratégia retórica de apreender a informação primeiro pela paciente, se atendo ao que ela já sabe e conhece. Embora essa estratégia, presente ao longo da consulta, tenha sido usada até então com o intuito de introduzir um novo tópico, incluir a paciente na dinâmica do jogo, entender quais informações a paciente já tinha conhecimento e construir a partir disso, neste excerto, ela busca evidenciar o desconhecimento da paciente acerca do tema, reafirmando a posição de saber (e poder) do médico – o único saber possível neste contexto. A ordem “vai dizendo” repetida por 9 vezes amplia a tensão, juntamente com “a senhora não disse nem o terço, ainda mais a missa” e “vai dizendo, mulher, a senhora sabe tudinho”, embora a paciente até ali tenha exposto dois argumentos: “ficar cega” e “ficar aleijada”, até se resignar com “eu não sei o resto”, “um monte de coisa” e, por fim, “eu não lembro, não lembro”, comprovando o teor irônico contido na fala do médico, a paciente não sabia *tudinho*.

M: Posso falar?

P: Pode

M: A senhora quer ouvir?

P: Doutor, eu vou ouvir, mas eu não vou tomar a insulina... eu vou tentar controlar isso sem insulina

M: E se não conseguir?

P: Aí eu tomo a insulina

O médico pede, então, permissão para falar sobre o que a diabetes causa, visto que a paciente não conseguiu cumprir essa missão. Ao reconfigurar a pergunta, “a senhora *quer* ouvir?” Recebe como resposta da paciente ainda a mesma opinião, no entanto, ela não se utiliza do verbo querer em sua resposta, indicando que ela não *quer* ouvir, mas *vai* ouvir. A postura da paciente reitera o seu respeito pelo *ethos* médico. Ela não nega o tratamento porque não confia no médico ou na instituição a qual ele representa, o *ethos* permanece intacto. Conforme dissemos, ela nega o tratamento por um motivo a nós desconhecido, mas que tem a ver com suas próprias crenças e experiências enquanto ser-no-mundo. Em momento posterior da consulta, já próximo ao encerramento, a paciente relata ao médico que nunca tomou vacinas – uma hipótese que justifique a recusa da paciente ao medicamento pode ser medo de agulhas, medo de medicamentos injetáveis, alguma experiência traumática envolvendo agulhas, são infinitas as possibilidades, mas que, infelizmente, não passarão, aqui, de hipóteses.

M: Quanto tempo a senhora me diz? Se conseguiu ou se não conseguiu?

P: Dois mês

M: A gente pode firmar aqui acordo, a gente tá em agosto, em outubro

P: Aham

M: Lá pelo meio de outubro

P: Aham

M: 15, 20 de outubro

P: Uhum

M: A gente pode firmar esse acordo?

P: Uhum, podemos, porque eu vou controlar isso

M: Eu acredito que a senhora vai se esforçar pra controlar e acredito que a senhora vai conseguir controlar bem melhor o seu diabetes, mas eu não sei se a senhora vai conseguir controlar cem por cento, a ponto de não precisar de insulina

P: Vou, eu vou sim, vou mostrar/

M: Então assim, eu tô querendo fazer, eu tô querendo fazer esse acordo pra dar uma chance pra senhora de controlar porque eu não sei se esses níveis de quatrocentos que eu tô vendo aqui a gente consegue. Caso não consiga, eu posso firmar esse acordo de em outubro a gente começar a usar insulina? Caso a senhora não consiga

P: Sim, caso eu não consiga, mas eu vou conseguir

M: A senhora não tá falando só da boca pra fora?

P: Não! Tô falando de verdade

M: Aperta minha mão? Tá firmado? Outubro

P: Tá firmado

M: Outubro

P: Outubro

M: Eu vou anot/ Posso anotar?

P: Pode

M: Então vamos lá

P: ((Risos))

((Médico digitando))

P: Ele é implicante, né? ((risos)).E tem outra coisa também, doutor, eu tô te falando que tá saindo tudo que é coisa ruim aqui do meu lado? Ó, eu fecho a mão/

M: Ó, pera aí, pera aí/

P: O dedo não volta/

M: Não vá fugir não, eu anotei, viu?

Um tom mais ameno é resgatado ao estabelecer um acordo, território já familiar aos atores, pois permeia todo este encontro clínico. Da perspectiva médica, a insulina é só uma questão de tempo, da perspectiva da paciente, ela conseguirá normalizar sua situação para que não tenha que tomar a insulina. O acordo sela, então, a aposta temporária no esforço da paciente para que, caso não alcance o resultado esperado, tome a insulina depois do prazo estipulado, de dois meses. A paciente demonstra uma certeza inabalável que irá conseguir reverter sua situação e irá conseguir, o médico pondera que *acredita* na paciente e no seu esforço, mas deixa registrado que não sabe se o esforço da paciente será suficiente a ponto de não precisar do remédio injetável. Sob essas duas forças contrastantes, ainda que apontando para uma mesma direção, o acordo é firmado.

Conforme apontamos no capítulo anterior, esse momento é decisivo para a paciente, pois ela já havia informado ao médico que passaria os próximos 6 meses na África com sua família. Ao selar o acordo para um retorno dali dois meses, o tom é de certa redenção, ao menos este acordo, a paciente ganhará – ainda que temporariamente.

Mesmo após o acordo estabelecido, o médico permanece na cena sobre a diabetes, retomando o que a doença causa. A perspectiva do médico aqui é de correlação direta, $A = B$, *A causa B, C, D, E, F* e não uma perspectiva do que *pode* ocorrer; essa estratégia retórica busca inculcar o medo na paciente e fazê-la, assim, ceder ao tratamento.

M: Eu fiquei de falar pra senhora o que que o diabetes causava pra uma pessoa

P: Hum

M: Posso falar?

P: Pode

M: Então vamos lá, diabetes pode deixar a pessoa cega, diabetes pode deixar a pessoa precisar fazer diálise, sabe o que é diálise?

P: Sei

M: Aquela maquininha que fica lá

P: Uhum

M: () no rim

P: É, sei

M: Que tem que ir três vezes por semana passar a tarde todinha

P: Sei

M: Sabe como é, né?

P: Uhum

M: Tá. Diabetes causa infarto

P: Uhum

M: Diabetes causa AVC derrame, que a pessoa fica sem mexer um lado do corpo. Diabetes faz com que a pessoa fique com o coração grande. **Já ouviu falar de alguém que tem o coração grande?**

São seis as complicações atribuídas pelo médico à diabetes: cegueira, necessidade de diálise, infarto, AVC, derrame e, por fim, novamente ele, o coração grande. O tom irônico da interpelação acima em destaque é imperativo notar, já que novamente aborda a condição atual do coração da paciente. Toda essa tentativa de persuasão do médico, o enumerar das complicações, por exemplo, atribui ao quadro geral da paciente e, principalmente, ao páthos que a paciente vai construindo, um peso recorrentemente aflitivo.

P: Já, várias pessoas, eu conheço várias pessoas

M: Quem que tem?

P: Eu tenho uma irmã que tá com o coração, um lado, grande

M: Quem mais tá com o coração grande?

P: Mas ela não tem diabete

M: A pressão também causa isso daí, pressão alta

P: Ela tava com a pressão ()

M: Quem mais, quem mais tem coração grande?

P: A um monte de gente...

M: A senhora, por exemplo

P: Eu ((risos)). Doutor, eu vou controlar isso, eu prometo. Isso é uma promessa

A esta altura, a paciente sabe da condição atual de seu coração, condição esta reiterada pelo médico e por ela mesma inúmeras vezes durante a consulta. Contudo, no excerto acima, a paciente opta por não implicar-se na resposta ao médico, citando primeiro a irmã e, por fim, depois do xeque-mate final do médico, “a senhora, por exemplo”, ela se implica, finalmente, entre risos, com um modesto “eu”. A paciente faz uso de uma estratégia retórica já exercida pelo médico antes: o fazer de uma promessa, “eu prometo, isso é uma promessa”, buscando encerrar a cena, só que sua tentativa de encerramento não surte o efeito desejado:

M: Deixa eu dizer mais, a missa tá na metade ainda

P: Não diga mais não, por favor

M: Não quer que eu diga mais, não?

P: Não, não

M: Tá bom, depois a gente conversa mais sobre isso

P: Depois a gente continua

M: Tá

P: Porque só vai me deixar nervosa, aí minha pressão sobe

M: Eu não quero a senhora nervosa não...

P: ((Risos))

M: Deus me livre, Deus me livre... tá

P: Que mais?

M: Tá bom, não já tá bom, não?

P: Ainda tem mais? Porque eu tô toda podre, né?

M: ((Risos)) Não tá toda podre não

P: Não existe/ não tem nada mais ((risos))

M: Tem jeito, tem jeito

P: Não tem nada mais

A paciente, por fim, externaliza a imagem final que foi construindo ao longo do encontro clínico, no excerto destacado acima. Sua própria caracterização: “eu tô toda podre”, “não tem nada mais”, esta última sendo repetida duas vezes, acomete um tom de desesperança em relação a si própria e as inúmeras comorbidades que a constituem – o grande mosaico desvelado. Embora este seja também o papel da clínica, identificar as comorbidades e tratá-las, senão para atingir a cura integralmente, para prover ao paciente o maior bem-estar possível dentro do quadro clínico próprio de cada um, o sentimento incutido é o de que não resta mais *nada* de si mesma, nada bom, senão um amontoado opressor de problemas. Ao focar exclusivamente no *logos*, apresentando as cenas temáticas, suas causas, sintomas e cursos possíveis de tratamento, o médico esquece-se do *páthos* e é por ele fundamentalmente que a relação com o paciente se constitui e é só dentro da dinâmica tríplice que a persuasão pode ser concretizada.

M: Junta também com o coração que é um pouco duro e aí dá esse problema

P: Mas e esse coração, a gente pode fazer ele ficar mole outra vez?

M: A gente consegue melhorar bastante

P: Mas nunca mais vai ser como antes...

M: Nunca mais vai ser do jeito que era antes, mas a falta de ar a gente consegue resolver.

P: Como?

M: Fazendo um monte de remédio, perdendo peso e diminuindo um pouco, é... esses níveis, é, um pouco mais esses níveis de pressão, controlando melhor o diabetes, controlando a parte do colesterol, não bebendo tanta água, a gente consegue fazer com que o seu coração trabalhe melhor

O questionamento da paciente, “a gente pode fazer ele ficar mole outra vez”, referindo-se ao seu coração duro, mostra-nos a impressão final registrada em si sobre si mesma. Questionando o médico se ainda há esperança, a esperança da vida, a questão primeira colocada na clínica: quanto de vida haverá até a morte? E que vida será essa? Podemos adaptar tais questões tão fundamentais, em concordância com Wilkinson (2018, p. 352) para a própria resolução do enigma que o herói trágico busca incansavelmente, pois a sanção é posta de pronto pela esfinge “decifra-me ou te devoro”. O enigma posto para Édipo: qual animal tem quatro patas pela manhã, duas pela tarde e à noite três patas? foi solucionado facilmente pelo herói grego, “o homem”. Para a nossa própria tragédia da clínica, também vemos que é, dentro das complexidades de cada caso, algo fácil ao médico decifrar os enigmas que surgem em seu

caminho. Resta-nos saber se é possível decifrar os homens eles próprios, o material humano como se mostra para além de suas comorbidades.

Para tratar das estratégias retórico-discursivas do médico com a paciente, essa exposição nos basta quanto à abordagem das estratégias retórico-discursivas do médico que evocaram para si, nesta consulta, a máscara do tirano. A imagem do tirano emerge do discurso, pois, na busca de convencer a paciente a aderir ao tratamento, o médico faz uso de uma retórica de autoridade, em maior ou menor intensidade, a depender do grau de resistência da paciente em aceitar os jogos retóricos propostos pelo médico; o clímax sendo, sem dúvidas, a tentativa de persuadi-la ao uso da insulina.

O conceito de personagem tirano que utilizamos aqui, como já tecemos anteriormente, é o de significação restrita à sua atuação política na Grécia antiga, especialmente aos moldes do tirano Creonte da tragédia *Antígona*, de Sófocles (1989).

No início do capítulo, ao revisar a literatura da Retórica de Aristóteles (2013), já tratamos brevemente da diferença estabelecida entre lei comum, não escrita e de cunho mais geral de senso-comum relacionada à natureza dos homens e valores básicos que regem essa humanidade, e lei escrita, que atende a certo rigor, pelo próprio teor trazido pela fixidez da escrita, que, no entanto, muda a depender de quem a rege. Nessa dinâmica, o tirano atende, principalmente, às leis escritas – aquelas que melhor regem, da perspectiva dos homens, os seus próprios interesses e conformações, sendo estas leis muito provavelmente escritas pelo próprio poder.

Começemos pelas leis e vejamos como podem ser usadas na persuasão e dissuasão, na acusação e na defesa. É evidente que a lei escrita coloca-se contra o nosso caso, é necessário recorrer à lei comum e à equidade como sendo mais justas. É preciso dizer que julgar “segundo a própria consciência” não significa recorrer a todo o rigor da letra da lei escrita. É necessário insistir que os princípios da equidade são permanentes e inalteráveis, que a lei comum igualmente não muda – pois se conforma à natureza – ao passo que as leis escritas mudam frequentemente. Daí as palavras encontradas na *Antígona* de Sófocles: Antígona defende-se declarando que ao sepultar Polinices transgrediu a lei de Creonte, mas não a lei não escrita [...] *Pois essa lei não data de hoje, nem de ontem. Razão porque não devia eu recear a ira de qualquer homem [...].* Diremos, outrossim, que o justo consiste no verdadeiro e no útil. (ARISTÓTELES, 2013, p 111).

Retomaremos abaixo um recorte de Sófocles (1989) do enredo da tragédia de *Antígona*, especialmente para revigorar a perspectiva do tirano que consideramos em nossa análise. Depois da morte do pai, Édipo, os filhos Etéocles, Polinice, Antígona e Ismênia concordaram com um revezamento do poder a cada ano. Etéocles, no entanto, ao fim de seu mandato, recusa-se a passar o poder ao seu irmão, Polinice. Em duelo pelo trono, os irmãos acabam se matando e o poder fica na mão do tio, Creonte, irmão da falecida Jocasta. O então rei decidiu que Polinice

não teria as honrarias formais de um funeral, pois havia lutado contra a sua própria pátria, ao contrário do irmão Etéocles que recebeu todas as honrarias as quais tinha direito. A pena para quem desobedece a Creonte era a morte. Entretanto, Antígona se coloca contra a decisão de Creonte, pois a sua deliberação não respeitava a lei comum, as leis divinas, as tradições, as crenças, ou seja, toda a metafísica que reveste o mundo do mito grego. Antígona desobedece a lei escrita de Creonte ao promover um justo sepultamento a Polinice e, assim, faz valer a lei comum, ao exigir uma cerimônia de enterro justo a todos os homens, a fim de evitar que as suas almas vagem eternamente. A atitude de desobediência de Antígona significa a sua própria sentença de morte.

A tragédia de Sófocles (1989) se desenrola, mas a título de exemplo sobre as leis comuns e as leis escritas, esse recorte nos é suficiente. Retomamos brevemente Newton Bignotto (2009), em sua obra “O tirano e a cidade”, já mencionada no capítulo primeiro, sobre o papel da tirania em *Antígona* e como este se configura. O recorte que nos interessa se delinea, primordialmente, em torno de um dos eixos duplos constituintes da tragédia: as leis da cidade (leis escritas) e as leis comuns (leis divinas). Dentro deste conflito em que a tragédia se desenrola, Creonte evoca a tirania, “ele professa uma religião da cidade, um culto dos defensores da pólis.” (BIGNOTTO, 2009, p. 65).

Creonte em sua primeira fala pretende esposar um ponto de vista humano por excelência, o lugar da política e das leis criadas pelos homens. Por isso seu primeiro discurso é inteiramente voltado para uma lógica que a cidade democrática do século V a.C. conhece e adota. Num primeiro momento, ele mostra **que ocupa o poder de maneira legítima** - "O poder soberano me foi concedido por ser o parente mais próximo" (Ant., 170) -, evitando com isso que seu mando seja imediatamente caracterizado como tirânico. Em segundo lugar, **procura opor os atos rebeldes à necessidade de conservação da cidade**: "E quem prefere um ser querido à sua pátria é como se não existisse para mim. Que Zeus saiba, ele que lê nos corações: **não sou homem a me calar, quando vejo a desordem de um só pôr em perigo a sorte de todos**" (ibidem, 180-5). Como observa Lanza, trata-se de um programa político, de um discurso de investidura (Lanza 1977, P. 157). Mas não podemos por isso negar-lhe a eficácia. É verdade que os outros personagens não parecem convencidos da sinceridade de suas palavras. O guarda, quando tem de reportar o acontecido teme por sua vida, treme diante do governante, como se treme diante de uma fera. No entanto, **se Creonte escolhe esse discurso, e não outro, é porque vê nele o discurso capaz de captar a simpatia da cidade, vê nele o que se espera de um governante; em outras palavras, procura falar a linguagem de seu tempo, identificar-se com as categorias de pensamento que determinam a identidade das cidades livres.** (BIGNOTTO, 1998, p. 60 – grifo nosso)

Especialmente os trechos destacados nos colocam frente à uma agenda de Creonte que era, em primeira instância, uma agenda política cujo discurso *fala a linguagem de seu tempo*, buscando a simpatia – pelo convencimento – de seu público, a cidade. Os argumentos escolhidos por Creonte representam *um ponto de vista humano por excelência*, que se instaura como tal pois, no âmbito do discurso, guarda em suas melhores intenções o bem desse coletivo

que agora representa. Esse coletivo que ele próprio configura e delinea.

A luta desenvolve-se entre o tirano e a heroína devotada à causa familiar. O que devemos perceber, no entanto, é que, se partíssemos de uma imagem preconcebida do tirano, acabaríamos por esvaziar o significado de sua aparição. Supondo uma concepção negativa de tirania, que parece não precisar de nenhuma outra explicação para revelar toda sua essência, a acusação de Antígona transforma-se num ato banal, repetido por todos os defensores da democracia. Mas o que ela diz não tem relação com a cidade. Ela não opõe uma defesa das instituições democráticas à tirania, seu discurso é político na medida em que sua defesa da religião o é, mas não a ponto de responder às questões de uma cidade que se perguntava pela natureza de suas leis, e pela relação de suas invenções com o mundo dos deuses. (BIGNOTTO, 1998, p. 64).

A ação de Antígona se constitui somente como ação política na medida em que o é a sua defesa da religião, pois não responde à problemática e não soluciona o conflito, mas, por seu caráter trágico, o revela. “Isso só é possível porque defende um ponto de vista que não é diretamente político, porque opõe um dever religioso a um poder que em qualquer circunstância é impotente contra as leis divinas que regem o Hades” (BIGNOTTO, 1998, p. 64). O que Antígona reivindica ultrapassa o diretamente político, porque é a estrutura maior que rege todas as coisas; no mundo grego, a onipotência das leis divinas que permeia o mundo da vida.

Creonte configura a oposição de Antígona como o estabelecimento da desordem dentro da ordem que ele próprio delinea.

O perigo maior para a cidade, o oposto da disciplina: a anarquia. "A anarquia é o pior dos males; ela arruína as cidades, destrói os lares, rompe as linhas de combate, semeia o pânico, enquanto a disciplina salva a maior parte dos que permanecem em seus postos" (Ant., 662). (BIGNOTTO, 1998, p. 66).

Assim, age a partir deste eixo que estabelece como dogma:

Creonte conhece apenas o que poderíamos chamar de logicidade restrita de seus próprios atos. A partir de um ponto inicial – um dogma: seus próprios decretos - ele é capaz de agir de uma maneira que acredita coerente. Havendo decidido pela interdição dos funerais, deve punir a todos os que se negam a obedecer. O uso que faz da razão é a negação de sua dimensão coletiva, de sua intersubjetividade. (BIGNOTTO, 1998, p. 67).

Creonte age em prol do que configura/entende o coletivo, retirando do termo a sua essência: a intersubjetividade. No esforço por fazer a lei, apaga o outro que se contrapõe a sua ação. Nesta recusa do outro que se opõe, “nada pode ser dito pelo coro, em contradição com suas ideias, que soe como verdadeiro” (BIGNOTTO, 1998, p. 68). Tendo delimitado o que acredita como verdadeiro, nenhuma interferência corromperá (ou usurpará) (d)essa totalidade estabelecida. “O racionalismo de Creonte é na verdade uma redução do mundo ao visível, ao

imediatamente, ao que pode ser alcançado pelo que acredita ser os limites de seu poder.” (BIGNOTTO, 1998, p. 67). Da perspectiva do personagem, sua ação não se baseia somente na adequação e na pertinência, mas na defesa do que se constitui como uma verdade maior e mais importante e que, assim, justifique os meios que fazem valer o fim.

Ora, os atos de Creonte não são todos baseados em uma concepção errada da vida na cidade. Se ele erra, é sobretudo porque se transforma em tirano não porque escolhe defender os interesses da “pólis” contra os interesses das antigas famílias. Como já dissemos, a descoberta da tirania de Creonte é um processo que não modifica a trajetória trágica de sua sobrinha, mas traz para a cena uma visão diferente e inquietante da natureza das leis humanas. (BIGNOTTO, 1998, p. 72).

Nossa definição de tirano é, portanto, aquele que fala a partir das leis escritas, da totalidade que delinea como verdade, do que se configura como um coletivo, de uma classe de poder. Em nome de sua profissão, o médico age linguisticamente fazendo *jus* a sua lei: convencer para um bem maior, o bem-estar de seu paciente. A via que usa representa a fixidez da máscara pela qual atua: a lei escrita, científica, lógica, protocolar – uma atuação catalizadora dessas vias que se utiliza em seu ser-médico. Não há maneira de o personagem-médico retirar sua máscara e revelar-se em sua existência humana, frágil e vulnerável. A máscara é não só um contrato, mas uma maneira de tornar possível a atuação do profissional frente à morte. Seu agir se desdobra por meio do ritmo possível, o ritmo possível para que exponha seu *logos*, o saber-médico que o reveste.

Como Creonte, o médico que analisamos também se deixa agir pela lei escrita, seu único objetivo é convencer a paciente a aderir ao tratamento que pode – e muito provavelmente irá – melhorar a sua saúde. A lei escrita do médico é o seu saber, seu conhecimento baseado na ciência (e na arte) do corpo. A lei comum da paciente são as suas crenças, as suas experiências, as suas histórias e o seu próprio corpo. Esse choque entre crenças, o embate dramático, faz emergir novos personagens e novas máscaras.

Neste, o médico-tirano, aquele que convence a paciente pela reiteração de sua fragilidade, incute sentimentos de medo e de vulnerabilidade na paciente: “M: Pro resto da vida, dona Inês, senão, bem, a senhora tem filho? P: Tenho M: Tem neto, que eu já li aqui que tem, quer ver esse netinho crescer? P: Ish ((risos))”. As estratégias que o médico toma mão, analisadas anteriormente, – estabelecer acordos, fazer promessas, estipular prazos para a melhora, utilizar do discurso provocativo e intimidador, de metáforas duras, subestimar o saber da paciente, evocá-la por um enumerado de problemas e incluir a família na dinâmica de um tratamento-vida em detrimento de um não-tratamento-morte – deixa, por fim, a paciente em

terra arrasada pelo conflito poder-saber. “Não tem mais nada”, como Dona Inês mesmo configurou.

[A tragédia] tem sua base no próprio homem: que ser é esse que a tragédia qualifica de *deinós*, monstro incompreensível e desnorteante, agente e paciente ao mesmo tempo, culpado e inocente, lúcido e cego, senhora de toda a natureza através de seu espírito industrioso, mas incapaz de governar-se a si mesmo? Quais são as relações desse homem com os atos sobre os quais o vemos deliberar em cena, cuja iniciativa e responsabilidade ele assume, mas cujo sentido verdadeiro o ultrapassa e a ele escapa, de tal sorte que não é tanto o agente que explica o ato, quanto o ato que, revelando imediatamente sua significação autêntica, volta-se contra o agente, descobre quem ele é e o que ele realmente fez sem o saber? Qual é, enfim, o lugar desse homem num universo social, natural, divino, ambíguo, dilacerado por contradições, onde nenhuma regra aparece como definitivamente estabelecida, onde um deus luta contra um deus, um direito contra um direito, onde a justiça, no próprio decorrer da ação se desloca, gira sobre si mesma e se transforma em seu contrário? (VERNANT e VIDAL-NAQUET, 2014, p.10)

Fazer emergir um personagem radical como o do tirano não só uma análise literária da tragédia da clínica, como também uma estratégia retórica para chamar atenção aos modos de agir que não só devem partir do princípio de como as coisas são – leis escritas –, mas de quem somos nós e quem são os outros com os quais nos relacionamos, tendo na base da análise o próprio homem e sua ação, levando em conta a sua complexidade humana monumental – como exposto no excerto acima. Para além do demonstrar um saber e exercer um poder, qual é o sentimento que incutimos àqueles com os quais nos relacionamos?

Vejamos a ação da máscara a seguir, a do cômico.

O BUFÃO

O próximo personagem médico a ser analisado é o Dr. Daniel, que atuou na consulta do senhor João, aos 58 anos de idade. O paciente compareceu ao Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e apresentou uma queixa de dor crônica na região frontal acima do olho esquerdo. Uma dor pontual e aguda, naquele ponto específico, em nenhum lugar a mais, nem a menos. A dor se instalara ali e intensificara-se. Como a visita ao pronto socorro, o remédio aplicado na veia amenizou, mas não resolveu sua dor. O senhor João fora, então, encaminhado ao AGD em busca da resolução do seu problema e de alívio permanente.

Em sua primeira consulta no AGD, atendido pelo médico residente D., já de início o avisou sobre a sua condição de hipoacusia, mais conhecido como déficit auditivo: “*eu não ouço muito bem*”. O médico busca aumentar seu tom de voz, porém, é importante salientar que não sustenta o tom elevado durante toda a consulta, deixando o paciente, por vezes, sem entender comandos e informações; sua compreensão integral dos acontecimentos é, portanto,

comprometida. O paciente, por outro lado, não pede confirmação ou repetição dos comandos sempre que não compreende, deixando o não-entendimento visível somente pela sua confusão e pela expressão facial de dúvida, identificáveis somente a um observador no momento da ação e, agora, no momento da leitura, a atenção às pausas e silêncios, entre outros elementos extralinguísticos que corroboram a essa afirmação.

Ignorar a importância do escutar é retirar do outro a possibilidade de participar daquele contexto e daquela decisão. É retirar do outro o direito ao próprio processo de cura. Embora em ambos os momentos a insatisfação do paciente seja clara – tanto com o trabalho de repetir as informações, como com a dificuldade de entender partes da consulta – ele não a expressa ao médico. É importante ressaltar a postura passiva da maioria dos pacientes – inclusive do retratado aqui – no contexto de poder que envolve um interlocutor médico, uma relação verticalizada pela natureza dos saberes e poderes intrínsecos ao gênero no contexto da clínica médica, em especial da saúde pública brasileira.

O silêncio do paciente perante seu descontentamento é a expressão da relação de poder que se estabelece no encontro clínico. Por vezes, não como algo que é explicitado ou verbalizado, mas, sim, por algo que se constitui como fenômeno inerente ao processo, mostrando inegavelmente sua natureza já enraizada e por meio da qual as relações são propulsionadas.

A perspectiva apresentada neste capítulo, na análise da retórica médica que segue, será a partir do tom mais cômico e jocoso que parte de ambas as partes, médico e paciente, por meio da ação em cena: provocam o riso aproximando-se um do outro, quebrando a barreira de tensão desconfortante imposta pela dor do paciente. A comicidade da situação, ainda que comicidade trágica, pois está sempre acompanhada da dor aguda manifestada, se dá pela interação entre os personagens envolvidos na ação, incluindo o médico assistente, que auxilia o médico residente no diagnóstico. O tom tragicômico parte, principalmente, dos desafios impostos pela dificuldade auditiva do paciente e da dificuldade do médico em manter o tom da voz elevado consistentemente ao longo da consulta. Por vezes, a condição do paciente se torna uma barreira que confere, a nós leitores, uma leitura mais cômica da situação: uma aleatoriedade discursiva, ou seja, perguntas sem as respostas devidas, respostas sem as perguntas devidas, e um desencontro discursivo que faz emergir da sua trama trágica, o cômico.

Outros fatores também corroboram para a riso. A irritabilidade e impaciência do paciente com dor aguda na região frontal esquerda, logo acima do olho, reiterando inúmeras vezes que a dor “é uma dor aqui ó”, não deixando o médico trata-la como cefaleia, ou dor de cabeça, termos precisos da perspectiva médica, mas não satisfatórios da perspectiva do paciente

– como apontado anteriormente. Essa teimosia do paciente promove quase como uma inversão dos papéis – os médicos se acomodando à terminologia imposta, “essa dor do senhor”, não utilizando o jargão médico para não contradizer o paciente, não irritando-o.

Todo o conjunto da obra configura, então, a figura do bufão, um médico que toma sua parte no cômico, que provoca e abraça o riso como caminho possível dentro da tragédia da clínica. O riso, entretanto, se realiza em conjunto com o paciente, na interação. É o *rir com* o paciente e não o *rir do* paciente – posições aqui antagônicas. Construiremos seu sentido abaixo, analisando os trechos pertinentes a esta perspectiva.

M: Meu nome é Daniel e eu que vou atender o senhor hoje, tudo bem? O senhor foi atendido no pronto-socorro hoje, é isso mesmo?

(Silêncio)

M: Não, dia 24... faz dois dias, é isso?

P: (...) Escuta, doutor...

M: Fala

P: Eu não ouço muito bem

M: Ah é? Não, tudo bem. Eu falo mais alto, tudo bem? O senhor foi atendido no pronto-socorro faz dois dias, é isso?

No início da consulta, há dois silêncios que sucedem a duas perguntas introdutórias do médico. Depois do segundo silêncio, o paciente expõe a sua condição de baixa auditiva, o que faz com que o médico aumente o tom de sua voz para se fazer entender e continuar com as perguntas praxes do prontuário, dando andamento a consulta.

M: Tá joia. Por que que o senhor foi no pronto-socorro?

P: Por motivo da dor aqui ó

M: Dor de cabeça?

P: Não, é uma dor aqui, nesse osso aqui, doutor, insuportável

M: Hum

P: E só

M: E o que que fizeram com o senhor lá no pronto-socorro?

P: Só me deram uma injeção/um negócio lá, não sei que que foi, lá na veia lá

M: Melhorou?

P: Deu uma melhorada...

M: Entendi... Há quanto tempo que o senhor tá com essa dor?

P: Desde terça-feira à tarde, aí foi agravando

(Silêncio)

O paciente, encaminhado do pronto-socorro por não ter a sua dor cessada, ao ser questionado pelo médico do porquê havia ido ao pronto-socorro traz consigo a objetividade (e pressa) da dor: “por motivo da dor aqui ó” concluído categoricamente com um expresso “e só”. Ou seja, o que busca é sanar *só* essa dor, sem necessidade de desviar o caminho por outras

veredas, para outras questões. Estabelece-se, então, a sua objetividade já nos primeiros momentos da consulta, um ritmo acelerado de quem busca alívio imediato. Essa objetividade do paciente na demonstração da sua dor exprime a pressa dessa dor que lhe é insuportável e que anseia por ser cessada. É a dor que fala e age com objetividade, não há história na fala do paciente, ele é categórico ao querer falar somente do local onde dói para que o médico resolva este enigma. No momento da dor, não há espaço para longas narrativas. Ao longo da consulta veremos que, para identificar essa dor, o paciente usa de demonstrativos referenciais: “essa dor”, “uma dor aqui”, “essa dor aqui ó” – ele sabe onde a dor está localizada, mas não sabe o que é, sabe que não é uma dor de cabeça, como o médico insistirá em definir, mas não sabe, de fato, o que é. Não há no entanto a necessidade de definição, o que ele busca incessantemente é que a dor passe. O paciente guiado pela dor crônica, entra no embate dramático, pois sabe a dor que sente, ou melhor, porque *sente* a dor que sente.

M: Fecha um pouquinho os olhos de novo, por favor... (silêncio) aqui dói?

P: Não

M: Nada? Aqui dói!

P: Mais pra cá, aqui, é aqui ó!

M: Assim dói?

P: Isso, aí, daí pra cima, daí pra cima, até aqui... aí não/

M: De apertar o olho aqui, dói?

P: Isso, essa cova aí pra cima

M: Tá bom

Esse movimento do trecho acima, essa dança da dor, é a busca do médico, por meio do toque e da palpação, de achar o ponto exato da dor do paciente – um ponto que só ele sabe onde está e só a ele pertence, o não-visível dizível. O médico vai, assim, Tateando na busca pelo tesouro secreto, o paciente é quem possui o mapa. A consulta segue com a retomada do percurso que levou o senhor João até ali, um histórico da dor. O médico reconstrói esse trajeto buscando definir o que foi feito e traçar os seus próximos passos.

M: E o que que fizeram com o senhor lá no pronto-socorro?

P: Só me deram uma injeção/um negócio lá, não sei que que foi, lá na veia lá

M: Melhorou?

P: Deu uma melhorada...

M: Entendi... Há quanto tempo que o senhor tá com essa dor?

P: Desde terça-feira à tarde, aí foi agravando

(Silêncio)

M: Já tinha tido essa dor antes?/

P: Sexta não deu nem pra trabalhar quase no dia, aí no sábado de manhã eu vim

M: Tá jóia...é... e já tinha tido essa dor antes?

P: Já.. tive aqui uns dois anos mais ou menos

(Silêncio)

M: Hum

P: **Aí a doutora me examinou aí disse que parece que é a pressão**, não sei, aí me deu... me deu esse remédio aqui pra mim tomar... aí, aí atacou agora, eu alembrei do remédio e comprei

M: Tendi

P: Aí eu tô tomando...

M: Tendi... E o senhor acha/

P: O médico/

M: E o senhor acha que melhorou alguma coisa?/

P: O médico, o médico me deu esse aqui ... mas só que eu não comprei (silêncio) porque eu falei de repente se você me dá outra receita, aí...

M: Tendi

O questionamento inicial do médico acerca da queixa do paciente se desdobra até o exposto na interação acima. O trecho destacado nos mostra uma informação importantíssima dada pelo paciente, ainda que lacunosa e incerta, que será resgatada posteriormente, em análise mais detalhada. A informação “disse que parece que é a *pressão*” leva o médico para um caminho de investigação, o da pressão arterial. Retornaremos a essa cena em momento posterior.

Em certos trechos da consulta, constataremos as repetições necessárias para as perguntas do médico obterem as respostas do paciente, como visto acima. O médico utiliza de expressões como “tá jóia” e “(en)tendi” como forma de reconhecer e confirmar o que o paciente diz, ainda que impertinente à prévia pergunta.

A partir desse momento, o médico redireciona o questionamento para informações sobre o paciente, uma anamnese baseada no prontuário do hospital, e não mais sobre sua dor. No início de todas as consultas, no primeiro ato, é protocolar que o médico faça perguntas ao paciente, checando seu histórico e prontuário, caso o paciente já tenha um. Sendo essa, pelo menos, a segunda visita do senhor João ao hospital, todas as suas informações básicas já estavam registradas no sistema, no entanto, devido a uma falha de conexão no momento da consulta, o médico não teve acesso às tais informações, tendo que repetir todo o processo com o paciente à mão em bloco de folhas improvisado.

M: Entendi, pode deixar aqui (...) tá jóia... O senhor tem 58 anos, é isso?

P: 59

M: 59?

P: É, vou fazer, né?! 58

M: O senhor nasceu aonde?

P: Paraná

M: Paraná? Aonde no Paraná?

P: Primeiro de maio

M: Oi?

P: Primeiro de Maio
 M: Primeiro de Maio? E mora em São Paulo?
 P: É, Cotia... minha ficha já tem aí
 M: É que eu não consigo ver porque a o sistema caiu
 P: Ah

Em meio as suas respostas, o paciente abre lugar para demonstrar a sua impaciência – a pressa da dor - em repetir informações que, ao seu ver, não são pertinentes. Naquele momento, estabelece-se já uma ruptura entre a lógica médica e a lógica do paciente, ou mais que a lógica, entre o tempo do médico e o tempo do paciente, esse último é guiado pela dor pujante. O primeiro, um raciocínio guiado por questões institucionais e burocráticas, como o preenchimento do sistema a cada paciente, uma necessidade válida e aqui vale ressaltar sua obrigatoriedade, e o segundo guiado por questões subjetivas, nesse caso, a dor *insuportável*.

As perguntas feitas pelo médico buscam exatidão e precisão na resposta.

M: Né, aí eu tenho que perguntar tudo (risos). O senhor é casado?
 P: Mais ou menos, nem casado, nem solteiro, eu vivo com a pessoa, mas/
 M: Tá jóia. O que que o senhor faz?
 P: Na firma eu sou motorista e sou marceneiro
 M: Motorista e marceneiro?
 P: É...
M: Tem filhos?
P: Seis, três com uma mulher e três com outra
M: Aí dá dor de cabeça, né?
P: Ah, não dá mais
M: (Risos)
P: Que o mais novo já tem 22 anos já
M: É, aí dá menos, né? (Risos)... Tá jóia... é... o senhor disse que começou na quinta-feira, né?
 P: Terça
 M: Terça-feira?
 P: É
 M: Tá, faz quase uma semana, então
 P: Começou, eu achei que era resfriado, né? E coisa e tal, daí o negócio aí, não teve jeito... Na sexta eu trabalhei até umas duas, três horas, aí eu falei, lascou, né? Aí/
 M: É só desse lado aqui que dói?

A primeira abertura para o humor se dá no trecho destacado acima. Ao questionar o paciente sobre filhos, o paciente responde que tem seis filhos e obtém do médico a primeira entrada cômica: “aí dá dor de cabeça, né?”, seguido de risos que estabelecem e sustentam o tom de distração e a aproximação bem-humorada do médico com este paciente. O riso e a piada, até aqui, são uma abertura que propõe uma via de mão dupla, abre para que o interlocutor haja da

mesma forma, adotando o mesmo tom, convida o interlocutor a partilhar do riso e do fazer-humor, mesmo que por meio de um tema unilateral, ou seja, o paciente como tema. O humor acontece em graus diferentes, ora mais ora menos, mas majoritariamente nos momentos que se intercalam com o relato da dor, que sempre se desenvolve com seriedade e dramaticidade. O humor é aqui, nesta consulta, uma via paralela à trágica, com pontos de contato, caminha em direção ao mesmo objetivo de modo distinto, uma forma que mais aproxima os interlocutores desta ação. É a máscara do bufão se constituindo dentro da tragédia da clínica.

Os trechos sublinhados na passagem acima e o símbolo indicativo de corte (/) pelo interlocutor, o médico, apontam espaço limitado à expressão da subjetividade do paciente, ainda que mínima, sendo imperativa a organização médica no plano primeiro, afinal, é ela o fio de Ariadne de que toma mão o nosso herói trágico. Nesta consulta, uma estratégia linguística do médico para marcar o redirecionamento do seu discurso é o uso de “tá joia”, indicando encerramento de determinado assunto para seguir para o próximo. Há restrito interesse no “mas...”, adendo a sua história que o paciente oferece. Por vezes, há espaço dado pelo médico, o uso de humor, uma brincadeira ou um riso, mas é dado e tirado para que não se mergulhe e nem se caminhe por essas sub-histórias episódicas e irrelevantes do ponto de vista protocolar. Contudo, são nessas interações mais acessórias, que não falam diretamente sobre a dor do paciente, que os momentos mais jocosos acontecem. O humor é visivelmente uma estratégia retórica que engaja o paciente, pois aparece margeando a dor, no riso e no uso de piadas, na demonstração de interesse, se agarrando nas ramificações do discurso científico.

M: É só de um lado que dói?

P: É só de um lado esquerdo. Esse lado aqui já foi feita cirurgia nessa vista desse lado aqui mesmo... catarata... uns dez anos atrás mais ou menos

M: E desde que começou a dor... tá doendo sem parar ou ela vai e volta?

P: Vai direto...aí depois que ele me deu o negócio lá na veia lá, aí deu uma melhorada, chega a sair água dos olhos

M: O que que a dor de cabeça parece? Parece que tem um negócio pesado/

P: Mas não é dor de cabeça, doutor/

M: Sim, essa dor...

P: É só isso aqui ó, só isso aqui ó (indica região frontal, acima do olho esquerdo), isso aqui, não é a cabeça

M: Entendi, o senhor acha que tem uma sensação de ficar pesado, que fica cutucando com uma agulha, como é que é?

P: Eu não posso nem abaixar assim ó, aqui cê bate aqui assim ó, não tem nada a ver (indicando outras regiões da cabeça), mas encostou aqui nesse lado esquerdo, rapaz

Um frequente embate entre os personagens neste encontro clínico é em relação a como se referir a *essa dor* que o paciente sente. O paciente a caracteriza por meio de referentes de “essa dor aqui ó” e sua descrição é enfática, quase que ilustrada pelo uso das mãos, mostrando o local *exato* em que a dor está localizada, ele oferece ao médico, então, o mapa. No entanto, do lado oposto da mesa, temos o médico que se refere à dor como “dor de cabeça” ou, posteriormente, em termo mais formal, “cefaleia”. Essa diferença em nomear reafirma os diferentes construtos acessados na hora da consulta. Por parte do médico, o construto vem do saber científico, anatômico, o paciente de fato aponta para sua cabeça, tem a dor localizada na região da cabeça, então para o médico aquela dor é uma cefaleia, ou seja, a parte onde dói é expressa na cabeça, independentemente de qual seja a origem da dor. Já para o paciente, seu construto de dor de cabeça parte de algo diferente daquela dor a que se refere no momento da consulta. Provavelmente já tivera outras dores de cabeça em sua vida – todas dores de cabeça – porém, que nada se assemelhavam àquela dor que sentia naquele momento em cena. Acessa um saber não científico, mas o da experiência da dor ou das dores, do que conhece ser dor de cabeça, pois a *sentiu*, e a da dor presente que não é aquela dor ou aquelas dores, é essa dor de *agora*, diferente.

No excerto acima, o humor provém não do riso e nem da piada explícita, mas da inversão de papéis e da quebra de expectativa que se desvela. O paciente é quem determina sua dor, como ela é caracterizada e como deve ser chamada, ou melhor, como *não* deve ser chamada, dor de cabeça: “é só isso aqui só [...] isso aqui, não é a cabeça”, ao que o médico responde resignadamente, “entendi”, mantendo seu questionamento sobre a sensação provocada por *essa dor*, mas respeitando os limites de caracterização e nomenclaturas impostos pelo seu interlocutor, o dono da dor. Também há uma quebra de expectativa com a caracterização dos sentidos provocados pela dor, o médico se utiliza das metáforas indicando que uma sensação de “ficar pesado” ou “fica cutucando com uma agulha”, para o que o paciente responde: “não posso abaixar assim ó”, demonstrando abaixar a cabeça em direção ao peito, e “cê bate aqui assim ó, não tem nada a ver”, demonstrando bater nas laterais e na parte de trás da cabeça, finalmente chegando ao núcleo da dor “mas encostou aqui nesse lado esquerdo, rapaz”, alcançando o clímax da sua sensação de dor por meio de via não-metafórica – oposta à proposta pelo médico. A via tomada pelo paciente indica a *demonstração* de sua dor, por meio dos gestos e também pela expressão da sua corporeidade – abaixar, bater, encostar. A dor do paciente não é metafórica, ainda que a tentativa do médico em usar metáforas seja para melhor explicá-la, o modo como o paciente encontrou para expressá-la é *palpável*, literal.

O riso possível provocado pela quebra de expectativa do leitor ao ver o paciente liderar, em certo grau, a sua experiência da dor, levando o médico a se referir à essa dor do modo estabelecido pelo paciente, nos diz muito sobre como a consulta clínica se desenrola no imaginário coletivo. O lugar-comum da clínica, uma experiência comum a todos, leva-nos a uma expectativa de um encontro clínico de mais seriedade, que muito dificilmente contemplaria tal adaptação da parte do médico, sendo mais facilmente visto o jogo contrário – o paciente sendo guiado, e se adaptando ao enredo, principalmente aos jargões médicos, referindo-se à própria dor e doença por meio de termos mais científicos e utilizando estratégias, principalmente linguísticas, para se aproximar do médico e pertencer mais inteiramente à performance. Em resumo, buscamos falar a mesma língua que o profissional para que, enquanto paciente, consigamos ser escutados. Nesta consulta, essa expectativa se rompe – o paciente não aceita o termo atribuído pelo médico, a cefaleia se torna, então, *essa dor*, assim como a sua descrição não-metafórica. A expectativa rompida, a quebra do teor trágico, revela um humor subjacente. Abordaremos brevemente a cena sobre pressão alta aqui e retomá-la-emos posteriormente.

P: Descobri sábado, nunca medi a pressão, aí um dia aí mediu... a mulher falou tá mais ou menos, né, mas tá um pouquinho alta, aí agora a outra aí falou que tá um pouco alta e tá mesmo

(Silêncio)

P: É que esses dias eu não tô bebendo, né, mas eu tomo um pouco...

M: É... quanto que tava a pressão do senhor quando mediu no pronto-socorro, o senhor lembra?

P: Ah, acho que 18, 17 ou 18 por, sei lá, 12... ou 11, ela falou, um negócio assim

(Silêncio)

Nesse ponto da consulta, o paciente traz um dado importante sobre os seus hábitos em relação ao consumo de bebida alcoólica, no entanto, o médico, nesse momento, continua pelo fio condutor que havia estipulado previamente: o da pressão alta. Os dados sobre a bebida alcoólica são agora, neste momento específico, impertinentes; não pela natureza do conteúdo, já que a informação é, de fato, importante e relevante ao quadro do paciente, mas pela lógica do médico que ainda não estipulou, ali, a bebida alcoólica como cena temática. Enquanto uma cena regida pelo herói trágico estiver em *ação*, não haverá espaço para que outra cena seja estabelecida enquanto parte da mesma racionalidade, não há possibilidade de coexistência temáticas na organização médica. Lógica compreensível do ponto de vista organizacional, ou

seja, uma forma eficaz de coletar informações, no entanto, o paciente do outro lado da mesa não faz parte deste processo organizacional, pois parte de outro modo de agir no mundo.

O paciente entra no encontro clínico como a personificação do caos, a justaposição de tempos: a dor se inicia num passado, é latente no presente e busca seu apagamento no futuro (próximo); de saberes, o saber da experiência da dor e da doença, tal qual a vulnerabilidade do não-saber o que é essa dor e doença do ponto de vista biológico; de crenças, quaisquer sejam os tipos de fé que habitem o sujeito e que naquele momento subjazem à crença científica; de língua, já que o uso de jargões médicos interfere no entendimento que o paciente faz de si próprio e de sua condição durante o encontro clínico; e ainda o caos do desconhecido, do estranho e peculiar. Tudo isso para ambos. Esse choque entre dois corpos advindos e constituídos de racionalidades tão distintas cria um ruído dentro do qual informações serão perdidas e/ou desconsideradas, pois os ouvidos estão treinados e preparados para ouvir informações específicas estipuladas a depender do lado da mesa que você se encontre.

Seguindo com a anamnese, momentos depois, estabelece-se uma nova cena sobre a ingestão de bebida alcoólica. Agora sim, cria-se um novo fio condutor, com ouvidos abertos e atentos para o que segue:

M: Tá joia... o senhor bebe?

P: Eu bebo

M: Com que frequência? /

P: Mas eu bebo socialmente, não exageradamente/

M: Com que frequência? /

P: Eu bebo só pro gasto

M: Com que frequência?

P: Ah, uma pinguinha na hora do almoço, né? À noite tomo uma pinguinha também, mas só... agora no fim de semana daí... é uma pingona

M: (Risos) mas todo dia o senhor bebe pelo menos uma dose?

P: Todo dia, daí não tem jeito, mas só isso mesmo, né, nada de encher a cara, só pra almoçar, pra jantar

(Silêncio)

Ao questionar o paciente sobre a sua ingestão de álcool por meio da pergunta “o senhor bebe?” O paciente se alonga para definir a frequência, sendo necessária a repetição da pergunta “com que frequência?” Por três vezes. A resposta, após algumas evasivas, se concretiza-se com o jogo entre “pinguinha” e “pingona” como forma de medida. Nos dias de semana, na hora do almoço e da janta, uma *pinguinha*. Aos finais de semana, uma *pingona*. Esse jogo léxico, utilizando os sufixos indicativos de diminutivo, -inha, e de aumentativo, -ona, responde à pergunta do médico sem precisar a quantidade, causando riso e a reformulação da pergunta para confirmação da informação, “mas todo dia o senhor bebe pelo menos uma dose?” Sendo confirmada pelo paciente novamente com uma justificativa “mas só isso mesmo, nada de encher

a cara”. O paciente, novamente, se utiliza de sua própria medida, de suas próprias referências e repertório, para preencher a lacuna do prontuário trazida pelo médico. Suas evasivas também podem indicar certa expectativa e incerteza em revelar completamente seus hábitos ao médico, temendo não passar pelo crivo médico da boa saúde.

M: Beleza... o senhor acha que tá perdendo peso?

P: Tô perdendo peso nenhum, do contrário, se eu não começar a trabalhar logo, eu vou é explodir que eu já tô, já engordei dois quilos já

M: Tá joia... é... como é que tá o xixi? E o cocô? Mudou alguma coisa?

P: (Não)

M: Fora a pressão e a dor que o senhor sente aqui, tem alguma outra coisa que incomoda o senhor?

P: Só o dinheiro...

M: (Risos) É, isso eu não posso ajudar o senhor (silêncio) Tá ok... (silêncio) Dá licença, só um segundinho, viu? Deixa eu examinar o senhor? Aonde que dói? Mostra aqui pra mim...

P: Só isso aqui, ó, onde eu tô pegando aqui, ó...

Ao ser contestado sobre uma possível perda de peso, o paciente aceita a via aberta pelo humor médico já no início da consulta, e utiliza-se agora do humor consigo próprio como tema. Nos trechos destacados, o primeiro exemplo, utilizando da metáfora que relaciona o ganho do peso à imagem do explodir – com relação aos dois quilos recém-adquiridos; e o segundo exemplo, ao ser questionado se alguma outra coisa o incomodava, o paciente responde “só o dinheiro”, causando riso no médico que compartilha da máscara do bufão, adicionando “isso eu não posso ajudar o senhor”, antes de prosseguir com o questionamento.

O tom da consulta é duplo. Tanto o paciente quanto o médico transitam de um tom mais sério e objetivo – trágico – para um tom mais bem-humorado de piadas e quebra na formalidade – cômico. As racionalidades operantes na consulta médica são, quase sempre, cambiantes, afinal, as máscaras vestidas ali são várias e operam concomitantemente – o trágico e o humorado, a seriedade e o riso, o formal e o informal, a ciência e a experiência.

Ambas as perguntas feitas pelo médico, e o prontuário traz em si essa característica, são bastante objetivas, não há em suas estruturas nada que indique ao paciente a necessidade de justificar sua resposta, ao menos não sem a sinalização do médico. Para estas, 1) o senhor acha que está perdendo peso? E 2) tem alguma outra coisa que incomode o senhor? Um simples “sim” ou “não” bastaria, o suficiente para construir novas e outras perguntas, se fosse o caso. Contudo, o paciente se utiliza dessas oportunidades para expressar-se com mais humor, ou com possibilidades de fazer humor, adicionando argumentos próprios que despertam o riso. Nos ater à liberdade do paciente não só de poder fazer humor neste contexto clínico, em meio a dor

intensa, mas de ter a reciprocidade do médico é nos ater também ao *páthos* estabelecido. O médico, nesta consulta, parte de um lugar de não-saber, de uma construção em conjunto, permitindo ao paciente a coautoria da performance em cena, em momentos determinados por ele enquanto herói trágico condutor da ação.

M: Beleza... Fecha um pouquinho os olhos de novo, por favor... (silêncio) aqui dói?

P: Não

M: Nada? Aqui dói!

P: Mais pra cá, aqui, é aqui ó!

M: Assim dói?

P: Isso, aí, daí pra cima, daí pra cima, até aqui... aí não/

M: De apertar o olho aqui, dói?

P: Isso, essa cova aí pra cima

A perspectiva em que o paciente guia e mostra ao médico onde e como dói, diminui a verticalidade da relação e exprime um *logos* advindo de ambos os interlocutores: o paciente tem o conhecimento sobre a sua dor, o médico tem o conhecimento sobre como apaziguá-la, unem-se, então, construindo, até aqui, um *páthos* de sucesso. E a via utilizada para que a retórica da melhor saúde se concretizasse, neste caso, é a via do humor; esse argumento é corroborado pela tragédia que também permeia e estrutura a clínica. Não há só a via trágica, a da dor, e nem há só a via humorística. Para os atores aqui em ação, as duas vias são utilizadas e a elas são conferidas mesmo peso.

O intercambiar entre as tonalidades dramáticas e humorísticas evidenciadas com mais clareza ao observarmos o discurso do paciente, pois recorre ao tom mais cômico e jocoso para tudo que não diz respeito à sua dor, como uma quebra na seriedade da consulta, uma quebra na temporalidade da própria dor, as piadas servem quase como um consolo, um oásis. Contudo, quando o assunto é a dor que sente, retoma rapidamente a seriedade e reassume o tom quase desesperado, a tonalidade do algo *insuportável*. O oásis desaparece e permanece a aridez da doença. Seguindo na anamnese, no questionamento referente à visão do paciente, o médico busca exatidão nas palavras, o uso de antônimos bem/ruim, normal/ruim. Mostra escolher caminhos objetivos e não explicação subjetiva, guia o paciente pelas palavras que necessita naquele momento para entendê-lo melhor e completar a sua avaliação.

M: É? E como é que tá pra enxergar?

P: Tá bom, do jeito que quando eu/

M: Normal?

P: É... quer dizer, normal, normal, não, né? Mas em vista do que tava... uns 70, 80%... de quando operou até hoje. Por exemplo, não enxergo lá, lá... ler...

M: Pra ler, como é que tá?

P: Pra ler normal, né

M: Com óculos, normal?

P: Normal

M: Beleza...

Muito se fala sobre a necessidade de que o paciente conte a sua história no momento da consulta médica, para que haja espaço à sua subjetividade. Tal necessidade é legítima, indubitavelmente. Por meio da narrativa de si o paciente abre o seu mundo e conduz para formas próprias de manifestações do seu estado físico, emocional, suas convicções, suas dores, possibilidades que agregam e podem, sem dúvidas, ajudar na construção de seu diagnóstico, ou ao menos no cuidado necessário, ao considerar a vulnerabilidade na qual ele se encontra se encontra, com as suas feridas expostas. No entanto, é necessário ao médico saber *ler* a subjetividade do paciente e extrair dela o que necessita, transformar talvez a subjetividade do paciente na objetividade que necessita. O que vemos, no analisar das consultas, é, além de pouco espaço para o narrar que tanto se clama necessário, quando o ato narrativo acontece, não há compreensão, por parte do médico, dessa subjetividade expressa. A história do paciente não alimenta a necessidade do médico – que é objetiva em sua natureza. A comunicação do encontro clínico é como dois idiomas estrangeiros em conflito, buscando compreensão, mas sempre em tensão. Na tensão que se estabelece, a busca incessante por termos objetivos que garantam ao médico estar no caminho correto, o paciente se encolhe, se torna menor, se adapta, cede – abre mão de si ou ao menos de partes de si que são trazidas à tona ali na consulta. Aprofundaremos a perspectiva do personagem paciente com mais afinco no capítulo seguinte.

M: Queria fazer um teste pra vista do senhor, tudo bem?

P: Teste?

M: Isso, é rápido.

P: Teste do quê?

M: Pra ver como é que tá a vista

P: A vista?

M: Isso

P: Mas não é o problema da vista, doutor

M: Não, mas eu acho que pode ter relação

P: Ué... eu quero, eu quero é sarar disso aqui, ó!

M: Sim, sim, mas eu acho que pode ser do olho

P: Mas é isso daqui que tá me afetando um olho, não é um olho que tá afetando/

M: Eu não tenho tanta certeza

P: O senhor pode fazer o que o senhor quiser, o que eu quero é que o senhor me dê um remédio pra mim tomar pra passar essa dor pelo amor de Deus/

M: Sim, eu vou dar um remédio pra dor, pode ficar tranquilo..., mas posso só fazer o teste/

P: Pode, pode fazer o que o senhor quiser

No excerto acima, o médico traz a hipótese de que a dor crônica que o paciente sente tenha a ver com a vista, com a saúde dos olhos, e pede permissão ao paciente para fazer o teste de vista. A resposta imediata do paciente é questionar o curso da anamnese, “mas não é o problema da vista, doutor”, e o médico coloca, pacientemente, o seu *logos* relacionando a dor à vista, o argumento que utiliza para convencer o paciente de que há uma linha de raciocínio e investigação a ser seguida. Ao obter o consentimento árduo e condescendente do paciente, “pode, pode fazer o que o senhor quiser”, o médico parte, então, para o exame de visão.

O exame de vista de João é o clímax desta tragicomédia, o ponto em que as duas vias se cruzam e se sobrepõem. A razão é que o exame, de fato, não se concretiza, a cena é quase um faz-de-conta, o que confere à consulta um tom cômico frente à absurdez do episódio. É de grande valia para a compreensão da cena a descrição do *setting* que segue. Durante o Ato II, o tribunal, ou seja, a discussão de caso entre médico residente e médico assistente, ambos retornaram ao consultório para realizarem, juntos, o exame de fundo de olho do senhor João. Normalmente, o médico residente retorna à terceira e última parte da consulta sozinho, com as instruções discutidas em momento anterior com o médico assistente, salvo casos nos quais o médico assistente perceba que o médico residente pode usufruir de sua ajuda e de seu olhar mais experiente. Neste caso, como explicitou antes: “eu faço com você junto o fundo de olho, tudo, a gente dá uma olhada, só pra ver e aí a gente vê essa parte mais oftalmológica só pra descartar alguma coisa mais urgente”. O exame é realizado no corredor, pois a imagem que o paciente deverá ler – os vários E’s como na imagem abaixo – estava afixada sem possibilidade de movê-la para dentro do consultório. À ação transcrita a seguir, há de se adicionar os dificultadores da compreensão: os ruídos presentes durante a realização do exame, já que o corredor acarreta grande fluxo entre as outras salas médicas e a sala dos assistentes.



As instruções foram dadas em tom de voz alto, porém não suficientemente para que o paciente compreendesse, conforme evidenciado no início do excerto abaixo, o paciente deduz e é a partir dessa dessincronização que a performance acontece. Ainda que não se traduza em sentido para o médico, afinal não houve efetivamente um resultado, ele coloca a João seu diagnóstico de que “não tá ruim da vista não, viu”, o que se traduz em vitória para o paciente, “o problema é o que eu tô falando, né”, o clímax, então, se encerra, em risos.

M: Isso, e olha pra aquela porta, um pouco mais pra trás... Isso.... Vou pedir pro senhor fechar o olho direito com a mão de novo, tá bom?... O senhor consegue ler o que está escrito aqui?

P: E... M

M: Oi?

P: L, L

M: Me diz pra que lado que está apontando o E... se é pra cima, pra baixo, pra direita ou pra esquerda... tá bom? (silêncio) E esse aqui?

P: L

A: Não, não é pro senhor falar a letra, tá vendo que aqui é a letra E? Essa aqui é a letra E ó. O E tá pra cima, não tá?

P: O E de ponta cabeça

M: Isso

A: Isso

M: O senhor só diz pra que lado que o E tá apontando, tá bom?

A: Se tá pra cima

P: Apontando, a tá

M: Se tá apontando pra cima, se tá apontando pra direita... beleza?

P: E de ponta cabeça/

M: Esse aqui é o quê?

P: Parece um três, mas é um E também...E de ponta/ E... E... E...M... E... E... [conforme médico aponta para os diferentes E's, o paciente só repete E], aí agora vai complicando... E... é U?

M: Agora eu quero que o senhor troque de olho.... e fecha o esquerdo, isso, esse daqui é o quê? Esse daqui é o quê?

P: E?

M: E esse daqui?

P: Mas agora eu fiquei com esse daqui tampado, né, agora... E... E... E...

M: E aqui? E esse daqui? (silêncio) beleza, beleza... é, não tá ruim da vista, não, viu, senta ali de novo

P: O problema é o que eu tô te falando, né

M: (Risos)

P: Na vista eu não tenho quase problema

M: Tudo bem, a gente pode resolver a dor do senhor agora

Notamos novamente um saber unilateral que não é dividido com o paciente. Pela impossibilidade de seguir as instruções do médico, ficam claras algumas possíveis dificuldades do paciente: 1) não ter escutado as instruções com clareza devido ao seu déficit auditivo e o ruído predominante no local; 2) não estar familiarizado com o exame de forma geral, não saber como realizá-lo; 3) ter alguma dificuldade cognitiva com letras e números; outras dificuldades talvez se evidenciem a cada leitor, hipóteses e suposições, talvez todas as três, talvez nenhuma delas. No entanto, o que há de concreto no que acabamos de ler é a impossibilidade, independente de motivo x ou y, do senhor João realizar o exame conforme proposto pelo médico. Todavia, ao final do exame, que é um fracasso perceptível, o médico residente afirma que a visão do paciente não está ruim, um diagnóstico positivo. O questionamento que acompanha leitura minuciosa dessa ação é: como é possível ter de fato um diagnóstico positivo,

ou mesmo um diagnóstico qualquer, examinado a vista do paciente com o exame do modo como se deu? Como se pode afirmar, a partir de tal evidência, que a vista de fato não seja um problema, a causa da dor ou ao menos um dos reforçadores? O assistente encorajará o médico a encaminhar o paciente ao oftalmologista de qualquer forma, no entanto, para a clínica médica, esse exame pode ser considerado satisfeito? Notamos também que o médico só seguirá para “a dor do senhor” depois de satisfeitos seus critérios, a ordem já estabelecida anteriormente. Tal ação – mesmo que inconclusa no que tange a sua eficácia – possibilita o acesso ao próximo desafio, dá ao paciente a reapropriação de sua história – *“o problema é o que eu tô te falando, né”*.

A situação desperta o riso, despertou nos agentes da ação no momento em que se deu – de forma discreta, embora evidente – e desperta, em geral, no leitor que a lê, por se tratar de ações que carregam algo de absurdez, um quê de irrealidade. Trágico devido não somente a seriedade do assunto, mas também porque o riso é unilateral, a situação do risível não é compartilhada e o sujeito a quem o riso é direcionado não é consciente que ele seja o objeto do riso. O riso não é compartilhado e, portanto, não é validado enquanto situação puramente cômica – em duas vias. O humor permeia esta consulta médica, tom que é proeminente quando o assunto não é a dor, como já dito. Quando o assunto é a dor, o tom volta ao dramático. Rimos sem saber ao certo de que, pois os tons oscilam, a ação é trágica, mas a falta de escuta – por ambas as partes, um por seu déficit auditivo, o outro por seleção do que é válido na escuta – causa o riso e também a estranheza. É o movimento entre as duas esferas que nos embala, deixando que ora o trágico nos guie, ora o riso, não esperando decerto nem um nem outro, identificamos os dois coexistindo a passos largos e falhos em dança cambaleante.

Após o encerramento, permanece a sensação da falta de uma lógica que encaixasse as duas vozes que performam na cena. Elas existem, agem, tem turnos de fala, mas estão desconexas, desvinculadas, uma não se correlaciona e nem satisfaz a outra. Para o leitor/espectador, a cena provoca o riso, despertado pelos dois personagens em ação em dissonância profunda, mas insistindo (e acreditando) em suas atuações, convencendo um ao outro. Quem não é convencido é o leitor, o olhar de fora alcança a possibilidade de enxergar a problemática que subjaz a ação decorrida: um enredo da vida real que poderia se pretender ficcional tal a sua comicidade desajustada e aparente jogo jocoso.

Retomaremos agora a cena sobre “pressão” que dispomos no início desta consulta. Naquele momento, o paciente jogara ao ar uma primeira hipótese passada a ele pela doutora que na época investigou sua dor: “P: Aí a doutora me examinou aí disse que parece que é a pressão, não sei, aí me deu... me deu esse remédio aqui pra mim tomar... aí, aí atacou agora, eu

alembrei do remédio e comprei”. A frase “disse que parece que é a *pressão*”, o termo “*pressão*” levou o residente a examinar a pressão arterial do paciente no excerto que segue:

M: Tá joia... e... quando que o senhor descobriu que tem pressão alta?

P: Descobri sábado, nunca medi a pressão, aí um dia aí mediu... a mulher falou tá mais ou menos, né, mas tá um pouquinho alta, aí agora a outra aí falou que tá um pouco alta e tá mesmo

(Silêncio)

P: É que esses dias eu não tô bebendo, né, mas eu tomo um pouco...

M: É... quanto que tava a pressão do senhor quando mediu no pronto-socorro, o senhor lembra?

P: Ah, acho que 18, 17 ou 18 por, sei lá, 12... ou 11, ela falou, um negócio assim

(Silêncio)

M: Ok, tá joia. O senhor sabe me dizer se alguém na família do senhor tem pressão alta?

P: Eu não posso te falar não porque...

(Silêncio)

[...]

M: Uhum... tá ok... deixa eu só medir a pressão do senhor rapidinho, tá? Levanta um pouquinho o braço

P: Pra medir a pressão?

M: Isso... pode deixar o braço encostado aqui na mesa (silêncio / som do medidor de pressão) É... tá 18 por 12, tá bem alta mesmo

P: Tá boa?

M: Não, tá muito (ruim), tá muito alta

P: 18 por 12?

M: Isso, a gente quer que fique abaixo de 14 por 9 (silêncio). Tudo bem, o senhor tá com dor, isso tá dificultando um pouco, aumenta a pressão por causa da dor, mas não devia aumentar tanto assim. Eu acho que, tudo bem, a gente vai dar um remédio pra dor do senhor, não tem problema, mas eu acho que também vale a pena também tratar a pressão alta, tá bom, pra prevenir que a pressão alta/

P: Tomar remédio pra baixar?

M: Isso..., mas não é tipo só agora, tomar remédio pra baixar o tempo todo, entendeu?

P: Bem...

(Silêncio)

P: Então, toma um mês daí ela baixa, daí tem que tomar direto?

M: Tem que tomar direto

P: Aí se abaixar e ficar normal?

M: Não, mas a intenção é ela ficar normal, só que ficar normal com o remédio

P: Normal é quanto?

M: Até 14 por 9

P: 14 por 9, 14 por 10

M: Não, abaixo de 14 por 9... tá bom? Porque se deixar a pressão alta, pode levar problema no coração, levar problema no olho, aumenta as chances de ter derrame, é péssimo, tá bom? A longo prazo isso, né, não é que o fato do senhor tá com pressão agora quer dizer que pode ter um infarto agora, não é isso, mas ao longo de vários anos se deixar a pressão alta, isso pode prejudicar a saúde do senhor

Ao medir a pressão arterial de João, o médico constata a pressão bastante elevada em 18 por 12. Ao término da medição, o paciente pergunta, “tá boa?” Ao que o médico responde “não, tá muito (ruim), tá muito alta” e a interação sobre o tema se desenrola desmitificando o que o paciente entendia por pressão alta e a medicação referente. Da perspectiva do paciente, o remédio seria como um remédio para dor de cabeça, você toma e findada a dor, cessa o uso do medicamento. Contudo, o médico explica que “tem que tomar direto” e “a intenção é ela (a pressão) ficar normal, só que normal com o remédio”. Vemos que o médico expõe ao paciente um *logos* imprescindível: a hipertensão como condição patológica e a importância do remédio contínuo.

Em sua exposição final sobre o tema, trecho destacado, o médico expõe ao paciente os três possíveis desdobramentos de um quadro de pressão alta, diz: “pode levar problema no coração, levar problema no olho, aumenta as chances de ter derrame”. O uso do modal “poder”, implica possibilidade, pode ou não acontecer. E continua, “a longo prazo isso, né? [...] ao longo de vários anos, se deixar a pressão alta, isso pode prejudicar a saúde do senhor”, ao estabelecer que os problemas descritos estão algo longe da realidade presente, o médico distancia o paciente da tragédia e dá espaço para outros, possíveis e talvez melhores, desfechos.

Já no encaminhamento para o final da consulta, o paciente concede uma nova informação ao residente:

P: Sabe o que me falaram da outra vez? É pressão

M: Pode ser... pode ser... De qualquer jeito, a gente vai tratar a pressão do senhor/

P: Pressão aqui né/

M: De qualquer jeito a gente vai tratar a pressão do senhor, mas a gente tá procurando porque que tá doendo, porque se for só resolver com remédio pra dor/

Neste momento, o paciente se referia a uma hipótese anterior de pressão do olho e evidenciava sua hipótese com seu já usual gesto referente: *aqui né* [indicando os olhos] – não percebido pelo médico, que entende a queixa como sendo sobre a pressão arterial, hipótese já em curso, também verdadeira. Nuances do discurso que passam despercebidas. Em momento posterior, em conversa com o médico assistente que auxilia o residente no encerramento da consulta, o paciente novamente menciona a hipótese:

M: Deixa o Dr. R dar uma olhadinha no olho do senhor

A: Prazer, Dr. R, deixa eu só dar uma examinadinha aqui no senhor (silêncio) olha pra mim, um pouquinho só... fecha o olho um pouquinho só/fecha, fecha o olho, deixa fechado. Dói aqui? Aqui dói? Quando aperta, não? Mais em

cima... aqui que que aconteceu com o senhor já tem cicatriz? Que que aconteceu com o senhor aqui no passado?

P: Ah, isso aí foi muito tempo

A: Que que o senhor teve?

P: Foi batida

A: Faz anos já isso?

P: Agora... esse problema foi mais depois da cirurgia que aconteceu isso aí, da catarata, que já é a segunda vez que volta essa dor, que aí o médico falou que era pressão que tinha lá dentro, não sei

A: Mas não pressão do olho?

P: Pressão do olho, no osso lá

A: Eu já volto, então

P: Que aqui, ó, cê cê cê bate aqui assim ó, é uma dor insuportável, só aqui. Aqui não tem nada, cabeça não tem nada, agora quando dói demais aqui, daí dói a cabeça

A: A gente deixa medicação pra ele... A gente já vai, vai só acabar de discutir e já volta, dar uns remedinhos pra controlar a pressão do senhor que tá muito **alta e alguns remédios pra dor de cabeça também**

P: Pra dor de cabeça? Mas minha cabeça não tá doendo/

M: Não, essa dor que o senhor tem

A: Essa dor

P: Ah, essa dor

A: Essa dor, tá pra ajudar essa dorzinha também

M: Fazer a receita do senhor, eu já volto, tá bom?

Neste momento com o médico assistente, ao ser questionado sobre uma cicatriz, o paciente rememora a cirurgia da catarata, a qual foi submetido no passado, dizendo que a dor está se fazendo presente pela segunda vez e que “o médico falou que era pressão que tinha lá dentro, não sei”. Diferentemente do residente, o termo “pressão”, em conjunto com o complemento “lá dentro”, leva o médico assistente a considerar a hipótese de pressão do olho e não (somente) a pressão arterial, encaminhando-o posteriormente a um oftalmologista sob a suspeita de glaucoma. Não podemos nesta análise desconsiderar a inexperiência do médico resistente, motivo, afinal, de haver um médico assistente que oriente e valide a hipótese e o curso do tratamento proposto, mas ressaltaremos que o paciente, ao início da consulta disse, “Aí a doutora me examinou aí disse que parece que é a pressão, não sei”, já havia posto, ainda que algo quebradiço e desarticulado pela falta desse *logos*, um dado importante sobre a sua própria condição. Se naquele momento primeiro o léxico pressão tivesse outras correspondências para além de “arterial”, como, por exemplo, “ocular”, ou seja, uma possível bifurcação nas hipóteses, pressão arterial e ocular, provavelmente o tempo da consulta seria reduzido e também o tempo disposto para a própria interação e anamnese.

O tom de humor oferecido ao espectador é retomado ao final da interação, no trecho destacado. O médico assistente se refere à dor como dor de cabeça, sendo corrigido pelo paciente, tal qual foi o médico residente ao longo da consulta. Depois da intervenção

terminológica do paciente e o auxílio rápido do médico residente, “essa dor que o senhor tem”, o médico assistente também encerra resignadamente, “essa dor, pra ajudar essa dorzinha também”.

Os encaminhamentos finais para o paciente é um encaminhamento ao oftalmologista em uma consulta de rotina, ou seja, para descartar algo mais sério, alguma complicação oriunda da cirurgia de catarata de anos atrás que poderia estar influenciando em sua dor. Algo mais *agudo* é descartado, o que seria motivo de encaminhamento direto ao pronto-socorro da oftalmologia. Portanto, sua consulta, pela disponibilidade do Sistema Público de Saúde, aconteceria em torno de 30 a 45 dias daquele momento. Importante ressaltar que no retorno, um mês depois, o paciente ainda não havia passado na consulta com o oftalmologista. Os medicamentos prescritos nesta consulta foram para o controle da pressão arterial e, por fim, “*pra cefaleia mesmo acho que analgésico comum*”.

Para o encerramento do terceiro ato, o médico residente passa todas as instruções ao paciente sobre os exames solicitados e sobre os remédios prescritos e, então, por fim, checka sua compreensão em busca de dúvidas:

M: Viu, o senhor João, o senhor ficou com alguma dúvida do que o que a gente conversou? Ficou com alguma dúvida? Tem não, né?

P: Tenho mesmo não/

M: Tá bom

P: A única dúvida é que eu ainda tô com a cabeça doendo

M: Tá bom

P: E não quero ficar

M: Então é só ir aqui no balcão

P: Aí eu vou entregar isso?/

M: Mostra toda a papelada pra eles

P: Ahn?

M: Todos, você mostra todos pra ele ali e eles já vão marcar o retorno do senhor, tá bom?

Ao ser questionado se ainda havia dúvidas, o paciente diz que não, somente em relação a sua dor, “a única dúvida é que eu ainda tô com a cabeça doendo”. Uma importante característica desta consulta é sua circularidade. Se inicia da queixa de dor do paciente e se encerra com a mesma queixa de dor do paciente, apontando um fim inconclusivo, sua dor não foi curada e, curiosamente, ao final da consulta, o paciente se refere a ela como: “*eu ainda tô com a cabeça doendo*”, cedendo, finalmente, ao termo utilizado pelos médicos desde o início. Embora o paciente tenha sido dono de sua própria dor, seu defensor fervoroso, não foi, e nem poderia ser, o dono de seu desfecho. A consulta se encerra com o sujeito apartado de seu objeto de desejo: estar livre da dor. O desfecho, nesta consulta, não é a resolução das questões do

paciente, mas sim das do personagem médico, que finaliza seu atendimento com sucesso – da sua perspectiva de unidade de cena com início, meio e fim e não, claro, da perspectiva da dor, que pertence e permanece com o paciente.

A problemática ligada à escuta – principalmente à falta dela – deve ser evidenciada. Aqui, em dois planos: simbólico, pelo profissional que reconfigura a história do paciente de acordo com seus paradigmas e pontos de vista, ignorando muitas vezes o que é dito – ou mesmo o não dito – por não atribuir valor dessas partes no recorte que está construindo. Também quando deixa de dizer e explicar todos os processos para o paciente, deixando-o alheio ao que se desenrola diante de seus olhos, de sua própria situação; e um plano do físico, pelo paciente acometido por um déficit auditivo, de perda importante da sensibilidade auditiva, que o impede de ouvir integralmente o que está sendo dito e fazer parte do contexto onde está inserido, compreendendo-o. Em ambos os planos, as barreiras se mostram aqui intransponíveis. O que fazer, afinal, com um raciocínio eminentemente verbal num âmbito em que palavras não são compreendidas? Há o preparo para atravessar esta patologia? Para adaptar-se ao outro, fazendo-se entender? Caso a resposta para estas perguntas seja negativa, temos um grande obstáculo a transpor, nosso próprio enigma colocado, uma vez que a interlocução parte de um pressuposto “eu e tu” tornando-se “eu e o-que-eu-queiro-entender-de-tu”, uma escuta cindida, nunca se completando assim em uma totalidade discursiva e, conseqüentemente, interpelativa, interpretativa, real.

Vimos na textualidade desta consulta um jogo duplo sempre atuante. O choque entre razões, experiências, saberes, referencialidades, discursos e temporalidades (médico precisando coletar o histórico e o paciente exigindo voltar ao presente da dor, por exemplo), além do duplo que nos serviu de principal fio condutor nesta análise: o trágico e o cômico.

Em sua *Poética*, na brevíssima reflexão que faz sobre a comédia, Aristóteles tece a rígida definição sobre o gênero: “é a mimese de homens inferiores” (ARISTÓTELES, 2017, p. 67), no que estabelece ser uma distinção hierárquica entre os principais gêneros da época: comédia, menor, e tragédia, maior. Segundo o filósofo, ríriamos, portanto, de quem consideramos inferiores a nós, enquanto espectadores. Na clínica, esse riso poderia emergir de uma acentuação na verticalidade da relação, um *rir de* quando a ocasião de riso é não só unilateral, mas às custas do paciente.

Contudo, há uma outra ocasião de riso, mais positiva, possível de emergir de uma conjunção entre os personagens, um *rir com* quando ambos os agentes do discurso compartilham de uma mesma referencialidade cômica e, ao rir, se colocam em linha de igualdade discursiva, tanto quanto for possível no setting clínico. Essa perspectiva, se desvelada

pelas lentes da historiografia cultural de Robert Darnton, é a abertura para uma outra visão de mundo:

O que era sabedoria proverbial para nossos ancestrais permanece completamente opaco para nós. Abrindo quaisquer livros de provérbios do século XVIII, encontramos coisas como: “Quem é ranhento, que assoe o nariz”. Quando não conseguimos entender um provérbio, **uma piada**, um ritual ou um poema, temos a certeza de que encontramos algo. Analisando o documento onde ele é mais opaco, talvez se consiga abrir um sistema de significados estranho. O fio pode até conduzir a uma pitoresca e maravilhosa visão de mundo (DARNTON, 1986, p. 15, grifo nosso).

Se tomarmos o descobrir de um paciente como uma descoberta historiográfica, como descrita por Darnton, percebemos também ser onde há mais opacidade no discurso, onde ele se torna mais *estranho*, que se deve investir enquanto interlocutor atento, porque desse investimento poderão surgir uma *pitoresca e maravilhosa visão de mundo*, um desvelamento radical do sujeito em cena. No chiste e no jocoso, principais elementos cômicos mostrados aqui, reside a possibilidade de ruptura, ainda que efêmera, com a estrutura dramática a partir da qual a consulta se desenvolve em tom majoritário. Dessa ruptura surgiriam possibilidades outras de existência na clínica médica, a depender da ocasião de riso estabelecida pelos agentes da interlocução, se adotariam a preposição *de* ou *com*.

Em sua obra “Meta-história”, Hayden White reflete sobre a comédia como uma das formas representativas da reflexão histórica. Em sua perspectiva, a comédia é como

a esperança do temporário triunfo do homem sobre seu mundo é oferecida pela perspectiva de reconciliações ocasionais das forças em jogo nos mundos social e natural. Tais reconciliações são simbolizadas nas ocasiões festivas de que se vale tradicionalmente o autor cômico para terminar seus relatos dramáticos de mudança e transformação. [...] As reconciliações que acontecem no final da comédia são reconciliações dos homens com os homens, dos homens com seu mundo e sua sociedade. (WHITE, 1992, p. 24)

Essa reconciliação entre mundo social e natural nos parece pertinente à leitura dos agentes da clínica. O mundo social, representado pelos papéis de médico e paciente, que só existem em performance dentro do contexto social específico da ação profissional. O mundo natural, nesta comparação estabelecida por nós, representaria o relaxamento dessa ordem social, mais orgânica portanto de uma expressão mais genuína. Seria, justamente, uma proposição de quebra, ruptura: uma *desordem*. No espaço clínico, quando a reconciliação se faz possível (pois desejada), o riso se põe em direção à diminuição da verticalidade pré-estabelecida da relação clínica, possibilitando um reconciliar-se com si e com o outro, porque suspende a rigidez e diminui o afastamento estabelecidos pelo embate dramático, brandindo-o de todo.

Para ambos profissionais de saúde e pacientes, o humor pode ser uma forma de reconstrução das narrativas de vida através das quais certas estruturas emocionais trágicas são rearranjadas para estruturas humorísticas. Essa estratégia discursiva permite a produção do riso (ou ao menos o sentimento de satisfação ou de alívio) em meio a um conturbado estado das coisas. Nesse sentido, o humor pode ser visto como a conquista de um estado de equilíbrio que depende da Razão, mas não da razão lógica e consciente que está presente em pensamentos e ações diligentemente elaboradas. Por dentro do mecanismo do humor, Razão pode ser vista como uma ferramenta circunstancial “(...) para se adaptar ao momento”, [15] e para “separar o real do ideal, abrandando o criticismo e excluindo a censura”. [16] (PLAPLER & CARELLI, 2021, p. 20 – tradução nossa)

Como apontado no excerto acima, a máscara do cômico pode ser um relaxamento da lógica racional palpitante na clínica, é uma fresta como possibilidade de abertura para uma interação outra, uma via alternativa que, provavelmente, sob o crivo da reciprocidade, incutirá sentimentos positivos no paciente e torna o processo da dor algo mais palatável, ainda que somente em cena, nessas frestas por onde o humor consegue tomar forma e apaziguar momentaneamente a tragédia da clínica.

Concluimos nosso recorte sobre o humor e o riso com a figura do bufão como definida por Bakhtin na obra *Questões de literatura e estética – A Teoria do Romance*:

Um trapaceiro que veste a máscara do tolo para motivar, pela incompreensão, a deturpação reveladora e a mistura das línguas e dos nomes nobres. O bufão é uma das figuras mais antigas da literatura, e a linguagem do bufão, determinada pela sua específica posição social (os privilégios do bufão), é uma das formas mais antigas do discurso humano na arte. No romance, as funções estilísticas do bufão, como as funções do trapaceiro e do bobo, são inteiramente definidas pela relação com o plurilinguismo (com as camadas superiores): o bufão é aquele que tem o direito de falar em linguagens não reconhecidas e de deturpar maldosamente as linguagens reconhecidas. (BAKHTIN, 1988, p. 196)

A imagem do duplo se constitui também no bufão: em seu direito de transitar entre linguagens não reconhecidas e reconhecidas. *Rir com* e *rir de* são ambas ações disponíveis. A primeira, possibilita a apreensão de uma nova visão de mundo, o (re)conhecimento de um outro, é tecida no espaço aberto pela reconciliação e pela ação conjunta da reconstrução – uma ação que se constrói por ambos os interlocutores. A segunda, conserva o estado das coisas: a relação verticalizada do encontro clínico e a manutenção da opacidade da relação, não permitindo reparar as discrepâncias de poder instaurados pelo discurso.

A tonalidade humorística examinada aqui não significa ser ela a única tonalidade presente e possível, mas é a que nesta análise mais se evidencia, ainda mais quando contraposta com a tragicidade latente, também presente. Ainda que entrelaçados, os dois tons se distinguem de maneira expressiva e fazem emergir, então, a leitura desta dualidade possível num mesmo encontro. A disposição de várias máscaras possíveis – a ambos os personagens. Nesta, a

máscara do humor construiu em nosso herói trágico uma outra imagem de si também possível dentro do consultório: a imagem do bufão.

Sigamos agora para a apreciação da terceira e última máscara abordada neste trabalho: a do detetive. Vamos a ela.

A DETETIVE

A próxima personagem a ser analisada é a Dra. Camila, médica-detetive que atuou na consulta da paciente Regina de 52 anos. A paciente, tal qual Dona Inês, é paciente nova no R2 – onde atuam os residentes de segundo ano, tendo sido encaminhada do ACMG, onde os residentes de primeiro ano atuam – como na consulta do senhor João. O encaminhamento de pacientes do R1 para R2 se justifica em casos de mais complexidade, como veremos ser o caso de Regina. Suas queixas eram múltiplas, tendo sido caracterizada como poliqueixosa, jargão médico recorrente para se referir a pacientes de alta complexidade, acometidos de comorbidades várias. Regina, por exemplo, compareceu à clínica com a queixa de sudorese noturna, falta de ar, diarreia crônica e desmaios, além de um histórico proeminente em comorbidades substanciais, como câncer de mandíbula e nódulos pulmonares. Por conta do entremeado complicado, a médica fará uso da máscara que se torna disponível para sua retórica de persuasão: a de detetive. A partir dos excertos selecionados, mostraremos como essa imagem vai sendo construída retórica-textualmente, especialmente por meio da análise minuciosa dos dados da anamnese por parte da profissional de saúde.

Necessário dizer que a consulta aqui analisada foi uma das primeiras consultas a serem gravadas no Hospital das Clínicas em 2013, foi também das mais longas. Infelizmente, antes do encerramento da consulta, ainda na troca entre a médica residente e médico assistente, o celular-gravador descarregou e a gravação foi interrompida precocemente. Ainda que não tenha sido possível gravar a consulta em sua totalidade, o material coletado parcialmente tem a duração de uma hora e seis minutos, nos dando textualidade suficiente para a análise que segue. Iniciemos.

M: Vamos lá, vou confirmar alguns dados primeiro, tá bom?

P: Tá bom

M: A respeito da senhora. Você pegou meu nome, né? Eu sou Camila

P: Camila

M: Tá? Andrea, ela vai acompanhar a sua consulta

P: Tá

M: Num tem nenhum problema não, tá? Se tiver alguma coisa, você pode dizer

P: Tá bom... Eu até trouxe algumas informações () tem mais coisas ()

M: Você fez a função pulmonar já?

P: Fiz aqui (o resultado) para levar pro pneumo, né?

M: Isso, você já fez então?

P: Fiz, fiz

Nesse primeiro excerto que expõe os primeiros instantes da consulta já nos é possível notar o marcante traço detetivesco, persistente no decorrer da performance, característica que vai compondo a imagem da personagem médica. A partir de uma aproximação minuciosa dos dados e histórias da paciente, de constante checagem e o movimento de pergunta e re pergunta, buscando certificar-se da veracidade dos dados compilados no prontuário médico, a personagem médica faz emergir a máscara do detetive em sua retórica de persuasão. Ainda que seja uma persuasão de si mesma, ou seja, menos um desconfiar da paciente e mais uma necessidade de assegurar-se a si mesma sobre a veracidade de sua própria trajetória como heroína trágica desta performance que busca pela resolução do enigma.

M: Tá fumando ainda?

P: Não

M: Ou parou?

P: Parei

M: Parou

P: Desde que tô fazendo o acompanhamento

M: Isso, ótimo

P: Adesivo...

M: Perfeito, deixa eu perguntar uma coisa, então... você é ex... na verdade você tá parando de fumar

P: Estou parando

M: Você fumou por quanto tempo?

P: Eu fumei desde...desde 20 anos, eu tô com 52... 30 anos

M: 30 anos... um maço, dois maços?

P: Na época eu cuidava da minha mãe, isso foi há 13 anos/ em 2000, 2000 e/ 1999 eu cheguei a fumar dois maços. Porque ela tinha Alzheimer e era só eu e ela e aí eu fumava mais, mas depois... 1 maço por dia

M: Tá, e cê tinha, cê teve um câncer de útero, foi isso?

O trecho acima traz o questionamento à paciente sobre tabagismo. Jogaremos luz às formas de elaboração das perguntas feitas pela profissional, por exemplo, este modelo: “está fumando ainda?” Cujas respostas mais prováveis um *sim* ou um *não*, mostra-se insuficiente, já que não fornece ao médico a informação *precisa* que deseja – e alcança posteriormente após algumas tentativas.

1. Tá fumando ainda?
2. Ou parou?

A paciente responde às duas questões de forma objetiva, como imposto pela forma restritiva da pergunta. A primeira, como já vimos, exige um *sim* ou *não*, a segunda exige a repetição do verbo utilizado, “parar”, na forma afirmativa ou negativa: *parei* ou *não parei*. Por

conta própria, ou seja, sem estabelecer uma exata correspondência com as perguntas proferidas pela profissional, a paciente insere duas informações ao discurso,

1. Desde que tô fazendo o acompanhamento
2. Adesivo

O que faz a profissional reformular seu entendimento da paciente: “então... você é ex... na verdade você tá parando de fumar”, ao que a paciente responde afirmativamente, “estou parando”, o uso do gerúndio, “parando”, insere a paciente no processo de parar, com o uso de estratégias antitabagismo como o adesivo, mencionado acima, e também fazendo o acompanhamento necessário ao objetivo visado. A coleta dessas informações se encerra com duas perguntas finais, uma sobre a duração do tabagismo, “você fumou por quanto tempo”, e outra sobre a quantidade de maços, “um maço, dois maços?”.

Todas as perguntas feitas partem de uma perspectiva agudamente objetiva, não há espaço para nenhum dado (ou história) que não atenda a objetividade imposta pela forma do questionário. Esse dado se torna ainda mais evidente no encerramento desta cena temática, com a resposta da paciente, “**P: Na época eu cuidava da minha mãe, isso foi há 13 anos/ em 2000, 2000 e/ 1999 eu cheguei a fumar dois maços. Porque ela tinha Alzheimer e era só eu e ela e aí eu fumava mais**, mas depois... 1 maço por dia”, os trechos destacados mostram a história que acompanha o hábito da paciente, embora essa história não tenha sido solicitada e não tenha importância na anamnese proposta pela profissional, pois ela segue o curso do questionário, mudando a cena temática, “M: Tá, e cê tinha, cê teve um câncer de útero, foi isso?”.

Acertadamente, da perspectiva do *logos*, a história da paciente é acessória, ou seja, a fatia extra que ela inclui sem ser solicitada e que não faz parte - nem interfere - na resposta objetiva e exata esperada pelo profissional. No entanto, da perspectiva do *páthos*, como estabelecedor dos vínculos constituindo parte fundamental na engrenagem tripartida que constitui a ação retórica, a paciente busca comunicar-se,

1. Eu cuidava da minha mãe
2. Ela tinha Alzheimer
3. Era só eu e ela
4. Aí eu fumava mais

mas não encontra terreno fértil em sua interlocutora que, obstinada em entender os fenômenos que se colocam à ela como obstáculos em sua trajetória, ignora tais informações, voltando ao seu objeto primeiro: os enigmas. Sigamos.

P: De útero, de mandíbula...

M: Tá, mas o de útero você tirou

P: Tudo
M: O útero... quando que foi? Você tirou tudo?
P: Tudo, hysterectomia total
M: Mas hysterectomia total ou foi uma pan-hysterectomia?
P: Não, total
M: Você tirou o ovário/
P: O ovário
M: Tirou
P: Tudo
M: Quando que foi?
P: Foi... uns dois anos agora, dois anos e meio
M: 11
P: 11, né?
M: Julho de 2011
P: Isso, isso
M: E teve o câncer de mandíbula também
P: Também... tenho uma diarreia crônica/
M: Calma, chegaremos lá
P: ((risos)) É muita coisa né?
M: Ainda estou conhecendo a senhora... Tirou/Fez uma ressecção em 2006, né?

Vemos que a médica requer as informações da paciente e busca a precisão técnica evidenciada pela constante repetição das respostas obtidas. Ao ser questionada sobre o câncer de útero, a paciente emenda em sua resposta outro câncer que também teve, o de mandíbula. A médica retoma o fio reiterando a temática que lhe interessa no momento, “tá, mas o de útero você tirou”, ao que a paciente, consciente dos processos e procedimentos, evidencia com o uso do nome técnico da remoção integral do útero – hysterectomia total. As respostas da médica são novamente averiguações que visam alcançar a informação mais pura possível, sem quaisquer acessórios ou ruídos que obscureçam o dado objetivo,

1. Você tirou tudo?
2. Mas hysterectomia total ou foi uma pan-hysterectomia?
3. Você tirou o ovário?
4. Tirou

No trecho em que solicita o dado temporal sobre a remoção do útero, “quando que foi?”, a paciente responde de forma menos exata, “uns dois anos, dois anos e meio” (relembrando o espectador de que a consulta em questão foi gravada ao final de 2013), e a médica dá então a resposta exata: “11” e “Julho de 2011”, confirmando que suas reiteraões partem da trajetória adotada pela personagem: o exame que busca alinhar a história que a paciente conta com a exatidão impressa no prontuário (por médicos anteriores). É o trabalho do detetive, uma busca ampla e rigorosa que examina todas as pistas, averigua a história mais exata, que contém mais veracidade, que é, afinal, mais confiável. À médica são dispostas várias provas dentre elas os

exames da paciente, os relatos de outros médicos e o relato da própria paciente. É nesse trabalho investigativo pelo sulco da junção de todas as evidências que prescrua que encontrará o que julga ser a verdade do caso. Notamos que a repetição de sua investigação coloca, ainda que involuntariamente, a paciente como réu, alguém cuja história tem que ser reiteradamente confirmada para que haja a absolvição pelo juiz.

P: Isso

M: Mas por que que cê teve que reabordar em 2008?

P: Porque, é, na primeira, depois eu comecei a sentir a dor, né, no rosto **no lado esquerdo** e aí precisava/

M: **Do lado esquerdo?**

P: **Lado esquerdo**, dói tudo do lado esquerdo

M: Uhum

P: (), a cabeça

M: Tá... (2008), 2006, **foi a esquerda** né?

P: **Esquerda**

M: E da parte do DPOC, acompanha na pneumo?

P: Isso

M: Aqui no HC

P: Uhum... Vou começar a passar na infectologista

M: Pela suspeita de tuberculose, é isso?

P: Isso

M: Que não se confirmou até agora

P: É... eu tô fazendo/

M: E cê fez/

P: Tô repetindo os exames/

M: Eu vi... e você fez/

P: Falta uma amostra também

M: De urina né?

P: É

M: Ahn... você fez em julho de 2005 a funduplicatura

P: Isso

M: Depois disso melhorou? O refluxo

P: O refluxo melhorou. Agora assim, eu venho sentindo muita (pressão na região do baço, embaixo dos baços), assim, mas muita dor. Da histerectomia, doutora, esse meu corte eu não tenho dor, mas aqui no umbigo, dói muito a barriga

Até aqui, a cronologia da paciente foi sendo (re)construída, verbalizada pela médica, a partir da dinâmica já apontada de checagem de dados pré-existentes no sistema vs. a história contada pela própria paciente, com atenção cirúrgica aos detalhes, como apontado, principalmente, nos trechos destacados acima – a atenção ao lado esquerdo, por exemplo, ao tratar da ressecção do câncer de mandíbula.

Importante salientar que a análise aqui construída não condena a checagem de informações ou a necessidade de alinhar diferentes versões sobre um mesmo fenômeno, pela responsabilidade posta sobre a profissional. O objetivo sempre reiterado desta tese é apontar os

personagens que vão se desenhando no fazer, na ação, no *modo* como a consulta é conduzida, identificando o tom predominante e refletir acerca dos personagens e das máscaras que emergem da performance. Jogar luz sobre esses aspectos nos torna mais conscientes do nosso papel de agentes e das (várias) imagens que constituímos de nós mesmos ao agirmos no mundo.

A partir deste momento, o fio guiado pela médica abordará múltiplas queixas e comorbidades da paciente, na busca por entendê-las e, claro, tratá-las.

M: Você tem muita dor na barriga, eu vi que você tem **diarreia crônica**?

P: Tenho

M: Tá, então aqui você tá investigando, então, a parte de uma **sudorese noturna**, piorou?

P: Piorou, bastante

M: E **falta de ar** também?

P: Falta de ar

M: Cê tava investigando também uns **desmaios**, não é?

P: Isso, (até me chamar pra) fazer o eletroencefalografia que eu vou ter que me internar

As principais queixas selecionadas para serem abordadas no presente da performance são: diarreia crônica, sudorese noturna, falta de ar e desmaios. A médica os abordará enquanto cenas temáticas e a sua ação discursiva com tonalidade mais investigativa permanecerá e se acentuará, como veremos.

M: Tá... então vamos lá, você ainda tá com **suor**?

P: Isso

M: Desde quando que começou isso?

P: Eu tinha/ um pouco antes de tirar o útero, eu já tinha um calor que é diferente o calor que eu tinha com esse suor. Esse suor começa eu (não sei como lidar) e passando mal, meu coração acelera, me dá falta de ar e, então, de de de dois anos pra cá também e só tem piorado

M: De dois anos pra cá, então?

P: É...

A característica mais marcante na conduta da personagem médica é a exatidão, um rigor na apuração das informações expressas. No excerto acima, por exemplo, que marca o início da cena temática “suor”, ao qual a falta de ar está também atrelada, a pergunta da médica, “desde quando que começou isso?”, pede por uma data, um período temporal específico. A paciente, por outro lado, entrega uma história que compreende mais dados:

1. Eu tinha um pouco antes de tirar o útero
2. Eu já tinha um calor que é diferente o calor que eu tinha com esse suor
3. Esse suor começa eu (não sei como lidar)
4. Passando mal

5. Meu coração acelera
6. Me dá falta de ar
7. De dois anos pra cá também
8. Só tem piorado

Na busca pela informação correspondente que sua pergunta buscava – o *quando* – a médica aproximará suas lentes, então, somente do trecho que preenche sua expectativa. No discurso segmentado acima, o trecho 7, que explicitamente traz uma marcação temporal, “dois anos para cá” é o selecionado pela médica. O restante do discurso da paciente é acessório à ordem de importância que as pistas selecionadas pela profissional estabelecem. Ainda que desconsiderados, o relato da paciente marca uma caracterização do suor:

1. Já existia antes de tirar o útero, ou seja, já existia antes dos “dois anos” apreendido pela médica.
2. Esse calor, sentido anteriormente à cirurgia de remoção do útero, era diferente do suor sentido agora, no entanto há uma aproximação pertinente entre os dois do ponto de vista da paciente, trazendo ambos ao relato.
3. Há outros sintomas decorrentes do suor ou concomitantes que a fazem passar mal, como coração acelerado e falta de ar.
4. De dois anos pra cá, no entanto, tem *piorado*. A utilização do verbo piorar, aqui, aponta por definição algo que já existia e foi acentuado e piorado, portanto.

Se faz necessário esmiuçar, provendo mais um exemplo da retórica detetivesca, que a precisão buscada pela médica, se satisfaz de forma automática. Quando ela coloca a pergunta “desde **quando** que começou isso?” Ela buscará, de forma automática, por referenciais explicitamente temporais: horas, dias, meses, anos. O que o sistema de reconhecimento de informações da médica detecta é “dois **anos** para cá”, ignorando um contexto também informativo. Nesse caso, a informação detectada não é de todo errada, já que os episódios de suor foram intensificados “de dois anos para cá”, mas esse modo de operar, baseado na exata correspondência entre informações. Esse ajuste de lentes acaba por desconsiderar todo o discurso que se constitui como importante da perspectiva da personagem paciente, afinal, foi selecionado e configurado verbalmente. A paciente neste movimento se constitui a si mesma nestes relatos e, se essas pílulas de subjetividade não são consideradas, também não será o sujeito que elas constituem, ainda que em parte.

M: Você acorda suada todas as noites?

P: Todas as noites

M: Quando que você começou a reparar nisso?

P: Logo depois da cirurgia mesmo (eu sentia o calor) ()
M: ()
P: ()
M: Mas não é um calor, você não sente calor?
P: Sinto um calor, (), me dá mal-estar, eu sinto falta de ar (), aí quando acalma, eu sinto um frio imenso, até porque tá com a roupa molhada tudo, aí tem que trocar ()
M: Entendi... tá, isso aqui é para investigação do seu desmaio... muitas coisas... ahn...
P: Muitas coisas...
[...]
M: É onda de calor. Quantas vezes acontece isso à noite? Durante a noite?
P: Um quatro vezes... mesmo que eu não sinta ()
M: Entendi... tá

No apontamento que fizemos anteriormente, a paciente diz “eu já tinha um calor que é diferente o calor que eu tinha com esse suor”, diferenciando o calor de antes do suor de agora. No excerto acima, respondendo às perguntas feitas pela médica, a paciente diz que acorda suada todas as noites e que começou a reparar nesse fenômeno logo depois da cirurgia de remoção de útero, que sentia “o calor”. Ao brincar com a nomenclatura, unindo-as de certa forma, tratando não mais o calor e o suor como duas coisas distintas, mas ao suor como um sintoma do calor, ela retira a médica da linha de raciocínio que esta havia estabelecido, “mas não é um calor, você não sente calor?”. Esse desconcerto se deve também a compartimentalização feita até aqui: suor é suor, calor é calor. A paciente agora reconfigura seu suor como um sintoma do calor, atrelando-os, “P: Sinto um calor [...] aí quando acalma, eu sinto um frio imenso, até porque tá com a roupa molhada”.

P: Outra coisa que eu me sinto mal é tomando banho, o vapor, tudo... me dá falta de ar, eu me sinto mal no banho
M: No banho...
P: No banho, então eu tenho que deixar a porta do banheiro aberta que o vapor acaba me dando falta de ar
M: O vapor te dá falta de ar...
P: É... () já cheguei a tomar banho com o ventilador ligado
M: Não é o calor, é o vapor
P: O vapor... é o vapor que me dá falta de ar, mal-estar e já vem a onda do calor
M: Tá
((silêncio – médica digitando))

A paciente segue enumerando as situações que a fazem sentir-se mal, uma delas “o banho, o vapor, tudo”, ao que a médica responde com o movimento de repetição-espelhamento para confirmar reafirmando as informações:

P1: [...] Eu me sinto mal no banho

M1: No banho

P2: [...] O vapor acaba me dando falta de ar

M2: O vapor te dá falta de ar...

M2.1: Não é o calor, é o vapor (ênfase na entonação da palavra final, vapor.)

Essa repetição é o eco que permite à própria médica não só checar as informações com a paciente, mas organizar e reorganizar todo o conjunto que recebe. Neste sentido que sua ação detetivesca é também uma maneira de persuadir a si mesma, convencer-se. As provas que verifica amplamente buscando aniquilar quaisquer ambivalências servem também a si mesma. Nesta retórica de convencimento, as provas que passaram pelo crivo convencem também a médica que desconfia de tudo que antecede a sua performance. Quanto mais exatas forem as informações, mais próxima a heroína trágica estará do que julga ser a verdade.

((silêncio – médica digitando))

M: E além disso, cê tava **desmaiando**, é isso?

P: Isso, eu tenho... essa noite mesmo eu fui no banheiro (umas duas horas, que eu tava com calorão) fui no banheiro por conta da diarreia também e aí assim eu apaguei... às vezes eu sinto (quando eu vou apagar), mas dessa vez, não. (Nessa) hora que eu levantei, fiquei uma hora sentada na bacia, aí as pernas adormeceram e eu tava com a cabeça no joelho e não ()

M: Quem que viu você apagar?

P: Ninguém

M: Como você sabe que você ficou quanto tempo você ficou apagada?

P: Porque já/ até porque já aconteceu de eu cair no banheiro, tudo, quando eu vou, eu sempre olho o horário, então eu levantei dez para as duas da manhã e eu voltei pra cama três horas. Eu levantei, eu senti a perna adormecer, mas eu fiquei sentada, dessa vez eu não caí

M: Dez para as duas e...

P: E três horas

M: Tá...

P: Já/

O excerto acima é o clímax da construção da imagem detetivesca da profissional de saúde. Ao mudar a cena temática da sudorese noturna e falta de ar para os desmaios com a interpelação investigativa inicial “cê tava desmaiando, é isso?” Então, a médica recebe da paciente um relato sobre seu “apagão” ocorrido na noite anterior. Imediatamente, após o relato, a reação da médica é de averiguação sobre o relato fornecido: “quem que viu você apagar?”, ao que a paciente responde “ninguém”, a médica estabelece, então, o xeque-mate do detetive que observa o furo na história: “Como você sabe que você ficou quanto tempo você ficou apagada?” Ao que a paciente responde calmamente, uma tranquilidade de quem experimentou a sua própria história.

Essa desconfiança por parte da médica reafirma o quanto a prática do profissional de

saúde está enraizada no *logos*, na razão, o que aparece em grau mais ou menos dramático a depender do personagem médico em cena, mas que é sempre o fio de Ariadne do profissional de saúde. É a razão médica que guia o herói trágico na tragédia da clínica.

O que a profissional estava buscando com os questionamentos são evidências.

1. Quem viu você apagar?
2. Como você sabe que você ficou quanto tempo você ficou apagada?

Pela primeira pergunta, busca-se a evidência de um testemunho, alguém que confirmasse que a história sendo narrada era verídica. Não havendo ninguém, pela segunda pergunta busca-se, então, qualquer outra evidência que confirmasse que a história narrada era verídica. O questionamento “se ninguém viu, como você sabe?” coloca a paciente sob a mira do veredicto baseado em evidências, sob o olhar arrasador da desconfiança e do tom acusatório.

No diálogo que continua abaixo, a médica tenta mudar para a outra cena temática, sobre a diarreia, no entanto, a paciente traz outra história, ainda sobre o “apagão”. Aqui, claro, nos resta supor que a insistência da paciente em provar o seu ponto de vista vem da necessidade de reafirmar continuamente a sua verdade.

M: Continua com a **diarreia?**

P: Isso, **até em pé às vezes eu tenho esse apagão**, () eu cortei o dedo lavando louça, em pé e aí comecei/ não percebi também, caiu a louça da minha mão e cortei os dedos

M: Você não percebeu?

P: Não percebi, tava lavando a louça, o pirex, e só senti/ quando eu senti a dor é que eu vi que tinha caído

M: O pirex

P: O pirex quebrado e o vidro tava na minha mão

M: Você não sentiu nada disso... não caiu?

P: Não cheguei a cair

M: Você ficou acordada, tava em pé/

P: Tava em pé, encostada na pia

((silêncio – médica digitando))

M: Como se você entrasse num transe, é isso?

P: Isso

M: Você nem chegou a cair? Porque desmaiar geralmente você perde...

DESMAIO

P: Não

M: Todo desmaio é acompanhado do que a gente chama de desmaio é acompanhado de uma perda de tons, então, não existe desmaio se a pessoa (não) desfalecer...

P: Sim, não

M: Você tava de PÉ, você não CAIU...

P: Não cáí, agora/

M: Você simplesmente apagou

Pela continuação do diálogo, em um novo relato da paciente sobre os seus episódios de

“apagão”, a médica novamente preza pelo alinhamento dos termos médicos. Até então, os “apagões”, como a paciente traz, são dados pelo prontuário e pela médica como episódios de desmaios. No entanto, a partir deste episódio específico narrado em cena pela paciente, como a médica explica, o termo desmaio implica perda de tônus muscular, ou seja, não há como a pessoa desmaiar e continuar em pé – como foi o caso no relato da paciente, sendo qualificada, então, como uma espécie de “transe” ou reiterando o termo já usado “apagão”, com o adendo dessa nova observação, esse saber que se colocou disponível para a melhor compreensão dos fatos, “você simplesmente apagou”.

P: Eu já caí da cadeira, já teve episódios que eu caí realmente da cadeira e no banheiro também

M: Você sabe me **dizer se alguma vez/ alguma dessas vezes foi presenciada** e você fica meio aérea depois que isso acontece? Por exemplo, você teve isso, aí alguém chegar logo em seguida que você teve e falar com você, você não reconhecer, cê não saber muito tempo onde tá e ir voltando aos pouquinhos

P: Ah, reconhecer sim, mas ir voltando aos pouquinhos... eu tenho uma amiga que conta que eu tenho que me concentrar muito, vamos supor, a gente tá conversando, assim, é... ela até sabe, ela sempre presencia esses apagões, eu caio na mesa, ela vai, levanta e me ajuda. Ela percebe bem isso... ela sempre vê esses () conversando/

M: E ela fala assim, fala o quê?

P: Eu não lembro depois

M: Tipo assim, cê tá conversando, cê para/ então, eu sei que cê não lembra, é normal você não se lembrar, mas eu quero saber o que que ela te fala, entendeu? Porque você fala que cê tá conversando com ela, aí você apaga, quanto tempo você leva pra voltar, é isso que eu quero saber, entendeu? Que você não lembra, isso tudo bem, isso é normal. Mas que você/ o que eu precisava era saber/

P: Não lembro o que nós estávamos conversando também/

M: Eu sei, o que eu precisava saber é se você, logo em seguida você acorda, você já sabe onde tá, já sabe quem é, já sabe tudo ou se você fica um período/

P: Fico um período assim

M: Que fica aérea

P: Fico

M: Quanto tempo mais ou menos?

P: A cabeça, igual eu falo pra ela, parece que fica vazia

M: Isso, quanto tempo mais ou menos isso demora?

P: Ai... mais de meia hora, quarenta minutos. Se a senhora quiser eu posso ligar pra ela...

M: Agora não, pode deixar pro próximo, tá bom?

Compreender os episódios da paciente é tarefa hercúlea. A médica busca entender a natureza dos eventos para melhor tratá-los e, para tanto, busca, como já apontado anteriormente, um olhar terceiro, um testemunho que pudesse corroborar com a história da paciente, torná-la mais crível. No trecho destacado acima, novamente a médica pede por alguém que possa ter presenciado esses episódios. A paciente, então, traz à narrativa uma outra personagem, uma

amiga-testemunha que foi caracterizada pela paciente da seguinte forma:

1. Ela até sabe
2. Ela sempre presencia esses apagões
3. Ela vai, levanta e me ajuda
4. Ela percebe bem isso
5. Ela sempre vê esses ()

A médica, então, inicia sua averiguação sobre esta testemunha posta em cena, a amiga. “E ela fala assim, fala o quê?”, e obtém como resposta “eu não lembro depois”, pois a paciente ainda está na esfera narrativa, em outro tempo, no tempo da ação acontecida (passado) e não no tempo da ação narrada (presente). As interpelações da médica são sobre a perspectiva da amiga *sobre* esses episódios (presente) e não sua ação *durante* os episódios (passado), já que a última a paciente claramente não se recordaria, como continuamente afirma. Para a médica se fazer entender e alcançar a informação desejada, utiliza-se do argumento repetido abaixo,

M: Tipo assim, cê tá conversando, cê para/ então, eu sei que cê não lembra, é normal você não se lembrar, **mas eu quero saber o que que ela te fala, entendeu?** Porque você fala que cê tá conversando com ela, aí você apaga, **quanto tempo você leva pra voltar, é isso que eu quero saber, entendeu?** Que você não lembra, isso tudo bem, isso é normal. Mas que você/ o que eu precisava era saber/

O que a médica precisa afinal saber da paciente são 1) o que a amiga fala para ela *sobre* os episódios, como ela os descreve e 2) quanto tempo os episódios duram, em quanto tempo a paciente “volta” do apagão. A médica torna necessária a informação advinda do testemunho para corroborar com a história da paciente. Tais interpelações, formuladas e em destaque no excerto acima, são respondidas com: “eu não lembro depois”, “não lembro o que nós estávamos conversando também”, pois o que a paciente entende da pergunta é 1) o que a sua amiga está falando com você *antes, durante e depois* do apagão, ou seja, no decorrer do “transe”. Isso, a paciente, claro, não se lembra. A relação com a linguagem, para completar seu ciclo, ou seja, atingir seu interlocutor obtendo respostas alinhadas com as intenções expressas na pergunta, precisam ser palatáveis ao paciente, como nas tentativas que se seguiram e repetimos abaixo:

M: Eu sei, o que eu precisava saber é se você, **logo em seguida você acorda, você já sabe onde tá, já sabe quem é, já sabe tudo ou se você fica um período/**

P: Fico um período assim

M: Que fica aérea

P: Fico

A informação posta e destacada acima marca agora explicitamente o recorte temporal que é exigido da paciente: “logo em seguida você acorda, 1) você já sabe onde tá? 2) já sabe quem é? 3) já sabe tudo ou...”, também a via alternativa a todas as opções enumeradas anteriormente, marcada pela conjunção coordenativa indicando exclusão, *ou* 4) fica um período [...] que fica aérea”, a paciente optando afirmativamente pela última opção, “fico”. A paciente, agora localizada na mesma temporalidade da médica, é ajudada pelo termo proposto para caracterizar seu estado pós-apagão, “aérea”. Com esse enquadramento, ambas alinhadas pelo mesmo referente, a mesma terminologia, a médica vai atrás, então, da exatidão sobre a duração:

M: Quanto tempo mais ou menos?

P: A cabeça, igual eu falo pra ela, parece que fica vazia

M: Isso, quanto tempo mais ou menos isso demora?

P: Ai... mais de meia hora, quarenta minutos

A estimativa da paciente, “mais de meia hora, quarenta minutos” precede a insistência por um termo exato continuada no excerto a seguir:

P: Sabe que inclusive ela até foi embora, chegou e eu não a vi indo embora, nada. Algumas vezes ela disse que eu até conversei com ela assim, mas não falo coisa com coisa

((silêncio – médica digitando))

M: **Então, da outra vez foi mais ou menos uma hora, né, que você ficou... uma hora e dez mais ou menos, né?**

((silêncio – médica digitando))

P: [...] eu voltei com bastante tontura/

M: Só um pouquinho, só um pouquinho

P: Mas nada de/ tá

M: Você já guarda essa história

P: Tá

((silêncio – médica digitando))

M: **Quando você fica quanto tempo mais ou menos aérea? 30 minutos?**

P: **30, 40 minutos, até 50... às vezes até um pouco mais, mas não passa de uma hora**

M: Cê fica meio aérea, né?

P: É, como se tivesse a cabeça vazia

((silêncio – médica digitando))

A concordância em relação à caracterização da sensação pós-episódio como “cabeça vazia” e “aérea”, já está consolidada. A duração, no entanto, ainda está no processo da busca por um número que sintetize a experiência, não uma faixa de tempo, mas um número só, referente, que carregue em si toda a verdade. Os trechos destacados acima evidenciam a busca por parte da personagem médica. O primeiro episódio narrado pela paciente, ocorrido no

banheiro, teve a duração de uma hora e dez, os próximos e vários episódios descritos têm a média de duração de “30, 40 minutos, até 50... às vezes até um pouco mais, mas não passa de uma hora”.

No trecho acima, também notamos a tentativa da paciente de inserir uma nova temática às já estabelecidas pela médica, “(...) eu voltei com bastante *tontura*”, ao que a médica interrompe, como forma de manter o padrão organizacional já previamente selecionado, “só um pouquinho, só um pouquinho / você já guarda essa história”. Ao terminar o registro de todos os dados coletados sobre o desmaio (ou apagão, como foi posteriormente adotado), a médica retoma o fio da história iniciada pela paciente:

M: Ok... tá, cê ia me contar... uma história
 P: É... quando eu voltei hoje, né, que eu acordei no banheiro, eu acordei com bastante tontura, mas não é uma tontura de rodar, é zozza...
 M: É uma coisa de cabeça vazia, parece que tá fora da cabeça
 P: Isso, muito estranho
 M: Tá
 P: Muito estranho
 M: Entendi... isso tem acontecido mais frequente?
 P: Acontece sempre
 [...]
 M: É... cê já percebeu se isso acontece mais quando você está muito cansada? Quando você se agita muito? Quando você come uma coisa que agita muito ou...ou... um filme que é muito agitado, faz uma atividade que seja muito agitada...
 P: (Quando eu fico nervosa)/
 M: Ou um dia muito cansativo, quando você fica nervosa, entendeu
 P: Nervosa com um acontecimento, uma preocupação, então, isso acontece mais
 M: Entendi, e cê tem suado bastante, né?
 P: Isso
 M: Tá, bom, essa eu acho que eu... já entendi ((risos))
 P: ((risos))

Contudo, o termo “tontura” trazido pela paciente e caracterizado mais especificamente como “não é uma tontura de rodar, é zozza”, é posto pela médica ainda como parte do sentimento de “cabeça vazia”, a caracterização concordada e decretada no momento anterior. É interessante observar como o modo de operar detetivesco busca sempre chegar a um denominador comum. Os termos, cabeça vazia, tontura, zozza, distintos entre si, ainda que próprios para representar fenômenos semelhantes, não se agrupam, mas se amalgamam e, neste caso, acham todos um mesmo abrigo no primeiro termo já estabelecido pela médica.

A última cena temática é sobre diarreia.

M: E além disso você tem uma queixa de **diarreia**, é isso?

P: Isso
 M: Como que é essa diarreia?
 P: Que nem, pra mim vir pra cá/
 M: Faz quanto tempo primeiro? Pera, faz quanto tempo primeiro?

Essa primeira aproximação ao tema acontece por meio de uma pergunta ampla por parte da médica, “como que é essa diarreia?”. A paciente, então, toma o impulso para narrar a sua experiência, “Que nem, pra mim vir pra cá”, iniciando pelas dificuldades de locomoção que a diarreia impõe, mais especificamente para chegar até ali, um episódio selecionado da perspectiva do contexto geográfico comum às duas personagens; mas ela é logo interrompida pela médica que percebe o impulso narrativo que poderia atrasar as informações *precisas* que ela necessita. A médica, então, reformula a sua pergunta: “faz quanto tempo primeiro?”. A partir dessa pergunta, mais fechada e restrita, a paciente precisa agora necessariamente responder à informação solicitada, não mais sobre “como que é essa diarreia”, uma pergunta aberta que poderia ter várias aproximações narrativas, vários percursos narrativos a serem tomados visando responde-la, mas, sim, uma pergunta sobre a duração, novamente buscando um denominador comum, uma data ou, como visto abaixo, um evento que funciona como marcação temporal: a cirurgia da funduplicatura.

P: Desde a cirurgia da funduplicatura, do/do refluxo
 M: Desde 2005
 P: Desde 2005, eu não tinha diarreia antes
 M: Diarreia quantas vezes por dia?
 P: Dependendo do que eu como até 15 a 20 episódios
 M: Todos os dias? ((tom de espanto))
 P: Todos os dias
 M: O mínimo é 15?
 P: 15
 M: Mínimo?
 P: É
 M: E alguma vez tem sangue?
 P: Tem, algumas vezes quando tá muito forte, assim só líquido mesmo, aí... é... eu tenho sangramento
 M: Mas é aquele sangramento vivo ou o sangramento parece/
 P: Vivo
 M: borra de café?
 P: Vivo
 M: E fica no papel?
 P: Fica no papel... fica inflamado ()/
 M: Mas misturado às fezes não?
 P: Eu fiz um exame e deu, né, sangue (), mas eu não chego a ver
 M: Você não chega a ver misturado?
 P: Não, eu vejo uma gordura, né, assim
 M: Cê vê gordura?
 P: Isso
 M: Você vê na água?

P: Como se tivesse, como se (na água) tivesse um óleo

M: Tá, desculpa, eu te cortei, que que cê ia falar?

P: () porque eu esqueço (como eu falo o que aconteceu comigo se eu esqueço)

M: Eu também esqueci, tudo bem, não tem problema. Você vê gordura na água, né?

P: Ah, sim, da borra de café. O que tem acontecido, não é a menstruação, não é nada, mas tem manchado minha calcinha como se fosse um início de menstruação, aquela sujeirinha. Já aconteceu umas cinco vezes

M: Você acha que é das fezes ou cê acha que é da menstruação?

P: Não, não é das fezes, porque é na frente mesmo da calcinha... eu até tirei uma foto

M: Tá

P: Porque pra mostrar, né ()

M: É bom, é bom

A cena sobre diarreia traz espanto à personagem médica devido à sua ocorrência relatada pela paciente, 15 a 20 episódios diários, e as perguntas que seguem por parte da profissional trazem a característica do eco já apontada anteriormente. Suas perguntas são objetivas e fragmentadas, buscando informações específicas para compreender o fenômeno. A motivação continua sendo o requerimento primeiro expresso pela médica, “como que é essa diarreia”, só que agora com o controle retomado, quem dá o fio que organiza os fragmentos narrativos da paciente é a médica.

Agora nos encaminhamos para o final da primeira parte da consulta. Única parte que compõe o recorte pretendido por este capítulo, mais próximo do discurso do médico e de sua retórica geradora de máscaras. Neste ponto veremos que a médica dá à paciente e a si mesma, como forma de organizar e organizar-se, um resumo da consulta, estabelecendo um panorama geral das cenas que compõe a performance até ali. Neste resumo, ela fala sobre as quatro cenas temáticas selecionadas: sudorese, falta de ar, desmaio e diarreia, e dá as suas primeiras impressões e hipóteses à paciente antes de sair e discutir o caso com o médico assistente que a ajudará a fechar o prognóstico.

Este resumo, uma seleção do que foi abordado e investigado durante a consulta, não é de praxe de todos os médicos observados e analisados neste trabalho. Normalmente, o resumo é feito já na companhia do médico assistente, retomando os principais pontos relatados pelo paciente e já relatando as próprias hipóteses pensadas pelo profissional responsável pela consulta médica. O referido movimento corrobora, portanto, com a nossa análise de que tal organização da heroína faz parte do seu agir-detetive que viemos destacando ao longo da análise. Ou seja, uma forma não só de reiterar as informações coletadas com a paciente, sua testemunha nesta consulta, reabordando alguns tópicos e constatando que as histórias permanecem alinhadas, são também uma forma da profissional se organizar dentro do caos que

se coloca como natureza do contexto clínico. O caos do inesperado somado à responsabilidade de se proferir um diagnóstico. A médica, em sua investigação pelo dado mais justo, torna imperativo que as provas também a convençam do diagnóstico que já concebe, ainda que incipiente. Só assim conseguirá convencer sua interlocutora paciente, se ela própria acreditar nessa verdade que constrói com afincos nesta performance.

M: Ó, deu pra eu entender mais ou menos o que tá acontecendo com você, então, tem os **suores**, que são principalmente à noite, mas durante o dia também tem

P: Tem

M: Principalmente durante o banho, mas durante o dia também normal você tem

P: Tem, tem

M: Então não é só noturno, é sudorese, tá, então vou primeiro mudar isso daqui, porque me passaram como sudorese noturna e, não sendo noturna, muda um pouco as coisas. Por quê? Porque você tem todos os hormônios, provavelmente porque você tirou ovário, tirou tudo, você não tá produzindo esses hormônios. Isso daí pode fazer uma menopausa. Você tem sintomas de menopausa. Todos esses calores, esse suor que você tá tendo pode ser decorrente de uma menopausa.

P: Sim

A atenção aos detalhes mais uma vez se faz presente na exatidão dos termos e na perspectiva mais assertiva. De início, o suor registrado no prontuário e trazido pela médica foi caracterizado como sudorese noturna. No entanto, conforme apontado acima pela médica e relatado pela própria paciente, os suores não estão restritos ao período da noite, invalidando a nomenclatura anteriormente utilizada. Mais uma vez a repetição da médica torna claro o processo do *logos* em ação, uma constante construção e reconstrução das conexões lógicas e da razão que constituem suas determinadas correspondências dentro do saber médico, 1) “mas durante o dia também tem”, 2) “mas durante o dia também normal você tem”. Uma colheita de informações na qual cada pedaço constitui uma conexão com um repertório específico da profissional. Por exemplo, sudorese noturna acessaria determinado repertório acarretando uma determinada conduta; só sudorese acessa outro repertório e acarreta outra determinada conduta. Essa dinâmica não diz respeito à nomenclatura como uma obstinação supérflua apegada aos termos corretos e exatos, mas ao alinhamento de conceitos para melhor apreender o fenômeno, beneficiando, finalmente, a paciente.

M: Entendeu? É que, assim, é pensar que você tem 52 anos, normalmente você já seria menopausada, mas além disso você também não tem útero, então, assim, esse suor, a princípio, pra mim, já foi investigado assim que a gente pensa em tuberculose, mas já tá sendo bem investigado e não parece ser, né, então, pra começar aí. A **falta de ar** pode ser também componente psicológico,

porque imagina você do nada começa a sentir calor, parece que é uma sensação de falta de ar também, mas, além disso, você fuma. Faz muito tempo e talvez você tenha uma doença pulmonar aí na jogada. Pode estar te dando muita falta de ar.

P: Eu tenho enfisema pulmonar (né, doutora)

M: Você tem imagem de enfisema na tomografia, isso não significa que você tenha enfisema mesmo, é... a clínica

P: Certo

M: Você tem a imagem.

Ao abordar a falta de ar e apontar as suas hipóteses, a primeira sobre a falta de ar como concluinte psicológico decorrente do calor que a paciente sente, a segunda sobre uma possível “doença pulmonar aí na jogada” decorrente do tabagismo, a médica impõe a incerteza e o peso do não-saber na paciente já que a distância entre um concluinte psicológico e uma doença pulmonar é um abismo profundo e duplamente desconsolador. Na ação de evidenciar o *logos*, a médica perde a possibilidade de instaurar um páthos apropriado a sua interlocutora. Tanto a primeira possibilidade diagnóstica quanto a segunda acometeriam decerto uma subjetividade, testemunha ali de suas próprias sentenças – ainda que não decretadas. A paciente, na tentativa de tornar essa informação familiar a si mesma, agarra-se ao que sabe, “eu tenho enfisema pulmonar”, mas é novamente arrancada da familiaridade e devolvida ao não-saber, “você tem imagem de enfisema na tomografia, isso não significa que você tenha enfisema mesmo, é... a clínica [...] você tem a imagem”. O porquê da diferença não foi explicado, restando o “certo” à resignada personagem.

Explicamos aqui, com o apoio conceitual do clínico e pneumologista Prof. Dr. Carlos Eduardo Pompilio, a diferença entre ter a imagem de enfisema pulmonar e a enfisema pulmonar clínica. Pompilio (2021) aponta para análises diagnósticas a partir do ponto de vista de uma peça cirúrgica e, também, de uma imagem radiológica (informação verbal¹⁸).

Enfisema pulmonar é um diagnóstico anatomopatológico, ou seja, significa que você deve fazer uma biópsia ou então olhar uma peça cirúrgica retirada em procedimento ou autópsia. Nesses casos, você examina a evidência e comprova: isto é um enfisema – definido pela ruptura dos septos alveolares. Existe, contudo, um quadro de enfisema que é um quadro radiológico caracterizado pelo aumento dos espaços aéreos do pulmão. O raio x fica, nesse caso, empretecido, pois, ao atravessar mais raio, a imagem se torna mais escura na radiografia. Portanto, o que a médica pode ter querido expressar é que a paciente tinha um quadro de enfisema do ponto de vista radiológico, na imagem, mas não tinha alguns sintomas da doença pulmonar obstrutiva crônica, entre eles, a falta de ar.

A paciente, todavia, apresenta o sintoma considerado principal no caso de enfisema

¹⁸ Entrevista concedida em julho de 2021.

pulmonar, a falta de ar, mas no presente da performance o sintoma foi instituído como “concluente psicológico”, afinal. As tecnicidades dos termos e suas significações encontram-se neste trabalho com o objetivo de esclarecer a linguagem médica ao leitor não-médico, principalmente conceitos que permanecem sem explicação durante a consulta, visando melhor compreender os fenômenos nomeados dentro da performance. Contudo, o que nos diz respeito enquanto análise é a ausência de explicação entre “enfisema na tomografia” e “enfisema mesmo, a clínica”, já que entender a diferença estabelecida parece ser fundamental para a construção de significado sobre o seu próprio estado de saúde, o seu próprio estar no mundo. Quando recebemos a informação sobre o estado de coisas que há no mundo, especialmente o estado das coisas em nós mesmos, configuramos a partir do que acabamos de receber, *ipsis litteris*, em conjunção com o nosso próprio repertório pessoal. Afinal, narramos. A falta de uma possibilidade narrativa sobre enfisema pulmonar deixa o sujeito sem a possibilidade de configurá-la para si mesmo, pensá-la, organizá-la, colocá-la em ação, atribuir desfecho (s), pois não há informações suficientes para que a paciente possa alcançar uma assimilação de seu quadro clínico. Este fio da história da paciente permanece solto, com suas pontas não amarradas, um “certo” condescendente que aceita para si a impossibilidade de compreendê-la e, com isso, compreender também a si mesma.

Retomamos a consulta com o resumo sobre os desmaios no excerto a seguir.

M: É, outra coisa é esses **desmaios**. Esses desmaios, pra mim, não parecem ser é... desmaio cardíaco. Pela história que você tá me contando, e você tem inclusive um eletroencéfalo que veio alterado, não vou falar nada, mas é um eletroencéfalo que tem uma atividade com (), isso daí esse exame que você fez não tinha epilepsia. Não tinha convulsão, mas esses desmaios, do jeito que você me conta, parece mais uma coisa neurológica do que uma causa cardíaca.

P: Tá

M: Tá? Apesar de algumas vezes ter um desmaio que você sente um mal-estar e tudo mais, mas tem esses que você sente esse mal-estar e desmaia, né, que você falou

P: Isso

M: E tem uns que você não percebe

P: Tem uns que eu não percebo, hoje mesmo essa noite eu não percebi

M: Isso, e esses que você percebe, o que que você sente? Sente escurecer a vista?

P: Algumas vezes, sim, né, () parece que os olhos tão mexendo

M: Ahn...

P: Mexendo e...

M: Cê sente o olho mexer?

P: Mexer

M: É o olho, a mão, a boca?

P: Não, o olho, o olho

M: O olho. Parece que ele tá o olho tá mexendo ou parece que tá saltando?

P: Tá rodando, parece que tá rodando

M: Tá

P: Essa minha amiga, ela percebe, ela fala: “cê tá sentindo mal?” porque ela diz que meu olho muda, ela percebe que eu não tô bem

M: Tá... pelo olho

P: Isso

M: Pergunta pra ela exatamente o que que é que ela vê no seu olho, se ela vê seu olho mexer, se ela ver seu olho ficar... é... se ela vê seu olho parar, ficar parado... se...

P: Tá

M: O que que exatamente é, porque seria bom a gente presenciar, mas do jeito que você me conta, pode ser um tipo de epilepsia

P: Certo

M: Que dá desmaio ao invés de dar aquelas convulsões, assim, só apaga e aí a pessoa volta. Tanto é que quando você volta, cê volta, né, meio...

P: É, até voltar

M: Sonolenta, né, demora

P: É...

M: Isso aí pode ser uma crise epiléptica...

Na cena sobre os desmaios, a médica também estabelece uma diferença entre a primeira hipótese, desmaios de causa cardíaca, representado pelo exame de eletroencefalograma alterado, e a sua hipótese, desmaios de causa neurológica, formado a partir da narrativa da paciente, de sua descrição dos episódios, adicionado agora o mexer do olho, “mas do jeito que você me conta, pode ser um tipo de epilepsia”.

A atenção aos detalhes da médica que fomos apontando ao longo da análise determina a sua leitura, o seu modo de ler e agir sobre o quadro da paciente, a postura detetivesca de considerar tudo que é posto à mesa: exames, história(s), testemunhos advindos do círculo da paciente, testemunhos de outros médicos expressos no prontuário, e até mesmo o seu próprio processo de organização e síntese, tudo é considerado no percurso em busca da resolução do enigma, do diagnóstico. Claro que toda leitura, análise e hipótese do profissional de saúde passam pelo crivo lógico, o *logos*, inerente ao agir da clínica, sem o qual ação médica nenhuma seria possível.

Por fim, a última temática enumerada em seu resumo: a da diarreia.

M: Outra coisa que eu queria saber é dessa **diarreia**, toda intervenção que a gente mexe na barriga pode, sim, dar uma alteração. Não teve gordura nas fezes no exame que você fez, mas cê tem absorção ruim, né, que cê não tem, cê tem deficiência de vitamina b12, então talvez...

P: Vitamina D também

M: Vitamina D, vitamina D não é absorvido pelo trato gastrointestinal

P: Ah é?

M: Não/

P: ()

M: Vitamina D não tem a ver com absorção, vitamina D tem a ver com sol

P: Tá, porque eu tô repondo

M: A principal fonte de vitamina D é sol, não tem a ver com isso e vitamina D também não influencia n' osteoartrose
P: Tá
M: O que influencia, a vitamina D influencia na osteoporose
P: (Entendi)
M: Que aí é outra coisa
P: (Eu tenho osteoporose)
M: Que osteoporose/ então, osteoporose não dói
P: E essas dores?
M: O que dói é a osteoartrose
P: Ah tá
M: A osteoartrose dói
P: ()
M: A osteoporose é só uma rarefação do osso, o osso fica fraco, o osso fica fraco não dói, cê só predispõe você a ter uma fratura
P: Certo
M: A fratura dói, bastante ((risos))
P: Sim, porque eu já/
M: Mas a osteoporose ela não dói
P: Tá
M: Então é a osteoartrose ou a osteoporose que teve uma fratura
P: Então é isso que tá me () me dói todas as juntas, todas, todas
M: Pode ser, pode ser
P: Tá
M: É... dói as mãos, é isso?
P: As mãos, eu não consigo torcer, não tenho mais força nada pra abrir uma garrafa
M: É principalmente as mãos?
P: () mas dói muito os pés, as pernas, o corpo todo, todas as juntas
M: Tá... bom, vou deixar aqui que a gente resolve isso em uma outra...
P: Tá bom
M: São muitas coisas
P: É muita coisa

A hipótese da profissional em relação aos episódios de diarreia da paciente é de uma suposta alteração decorrente da histerectomia total realizada anos antes causando uma “absorção ruim”, mencionando como dado corroborante a deficiência de vitamina B12. Neste momento, a paciente diz que também tem deficiência de Vitamina D, provavelmente pensando este ser um dado relevante à matemática da médica – deficiências de vitaminas. A partir daí, o diálogo se desenvolve com a exposição do logos da médica, demonstrando a paciente que 1) “vitamina D não é absorvida pelo trato gastrointestinal”, ou seja, não tem influência nos episódios de diarreia, e 2) “vitamina D não influencia na osteoartrose [...] a vitamina D influencia na osteoporose”. Ao dizer “osteoporose”, a paciente adiciona a patologia à sua lista de condições dizendo “eu tenho osteoporose”, o que leva a médica a estabelecer a diferença entre osteoporose e osteoartrose, acertando e alinhando, mais uma vez, os termos e seus significados, esclarecendo os equívocos trazidos pela paciente sobre a sua própria condição,

pois acreditava a osteoporose ser a responsável por suas dores nas juntas. Quanto à tentativa da paciente de incluir uma nova temática, “dói muito os pés, as pernas, o corpo todo, todas as juntas”, restou a médica adiá-lo, “bom, vou deixar aqui que a gente resolve isso em uma outra [...] são muitas coisas”.

Um último ponto adicionado pela médica, que se encontra fora das cenas temáticas anteriormente estabelecidas e fielmente abordadas, é sobre a perda de peso. Neste breve excerto, alguns elementos de linguagem tornam-se interessantes para a presente análise.

M: E tinha uma história que cê tava perdendo peso, é verdade?
 P: É, é verdade
 M: Mas não perdeu mais, né?
 P: Não
 M: Cê tava com 58, até ganhou peso
 P: É... eu estou sentindo que eu tô retendo muito líquido, tô me sentindo ()
 M: Bom, mas pelo menos cê não tá perdendo peso
 P: Sim, não ()
 M: Era 58 e 8 e foi pra 61 e 7, então não tá perdendo, né, menos mal
 P: E inchaço, doutora? Todo dia eu levanto passo a mão nos pés e tá inchado, eu sinto inchado, durante o dia/
M: Mas você sente ou está inchado?
 P: Incha, inchado
 M: Deixa eu ver, está inchado seu pé agora?
 P: Não, não é toda hora... ele incha, ele desincha, mas eu sinto... e a mão também

A aproximação a este novo tema acontece quase aos moldes dos contos de fadas e seu característico “era uma vez”. Ao abrir a chave temática com “e tinha uma história que cê tava perdendo peso, é verdade?”, a médica insere a paciente numa tonalidade quase de rumores, um algo de ficção, permitindo, inclusive, que a paciente defenda a veracidade da história ouvida (ou lida) no “dizem por aí”, que em realidade é o prontuário médico. Ao abordar o registro no prontuário médico – o pináculo do *logos* da clínica, o sumo – a médica devolve à paciente a autonomia de narrar sua própria história – ainda que *somente* afirmando se ela é verdadeira ou falsa e corroborará ou não com a hipótese posta por outrem. Ainda sobre o excerto acima, a paciente relata um incômodo sobre o seu inchaço nos pés, concatenando sua narrativa da seguinte forma:

1. Todo dia eu levanto
2. Passo as mãos nos pés
3. E tá inchado
4. Eu sinto inchado

A resposta imediata da médica foi buscar a diferença entre os verbos usados pela paciente, primeiro, estar (tá inchado) e, segundo, sentir (eu sinto inchado): “Mas você sente ou está inchado?”. A concepção do verbo estar está aqui conectada com um fato, um estado presente, ainda que temporário, mas visível aos olhos, ou seja, passíveis de serem *comprovados*. O verbo sentir, por outro lado, expressa algo do subjetivo da paciente, não sendo possível comprovar, pois por vezes não é visível, um presente oculto na percepção do próprio indivíduo, o qual somente é possível ser *narrado*. A diferença entre os dois, a pergunta estabelecida pela médica, é, portanto, se os pés inchados da paciente se encontram no âmbito do real (está), ou da história (sentir) – talvez ainda na chave dos contos de fadas, uma ficção, um algo que requer o convencimento de algo não explícito aos olhos. A médica, então, pede mais uma prova no seu constante agir-detetive: “deixa eu ver, está inchado o seu pé agora?” que toma o logos, tal qual visto na análise dos outros profissionais, como força propulsora do discurso retórico da clínica.

Em 1851, o poeta Edgar Allan Poe publicou o que se tornaria a primeira narrativa policial, o conto “Os Assassinos da Rua Morgue”, que traz como personagem principal Auguste Dupin, considerado o primeiro detetive da ficção. Seu contexto de criação, “no século XIX também se destaca o desenvolvimento da ciência, reflexo do Iluminismo, com a prevalência do positivismo como escola filosófica” (NEBIAS, 2017, p. 184-185). Uma época quando “o conhecimento científico é considerado a única forma de conhecimento verdadeiro, e em que o criminoso é visto como um inimigo social, surge uma espécie de literatura que sintetiza todo esse espírito: a policial.” (NEBIAS, 2017, p. 185). O inimigo encontra-se, portanto, fora do círculo delineado pelo detetive, delimitado pelo que configura como verdade. O retrato ficcional do detetive Dupin surge como resposta às problemáticas trazidas por um contexto social que lhe foi fértil e próprio e que, todavia, nos permite uma aproximação pela ação detetivesca da clínica que, comprometida com uma verdade e implicando-se com ela, sendo verdade ela mesma, caminha sempre em sua busca e defesa.

As faculdades do espírito definidas pelo termo *analíticas* são, em si, pouco suscetíveis de análise. Apreciamos-las apenas pelos seus resultados. O que dela sabemos, entre outras coisas, é que são para quem as possui em grau extraordinário fonte de prazeres dos mais vivos. Assim como o homem forte se rejubila com a aptidão física e se compraz nos exercícios que compelem os músculos à ação, **assim também o analista se orgulha da atividade espiritual cuja função é desemaranhar**. Encontra prazer até nas mais triviais ocasiões que lhe desafiam o talento. **Gosta de enigmas, de rébus, de hieróglifos, e revela em cada uma das soluções um poder de perspicácia que, na opinião vulgar, assume caráter sobrenatural**. Os resultados, habilmente deduzidos pela própria alma e essência do seu método, possuem, na realidade, todo o aspecto de uma intuição (POE, 1961, p. 01). O narrador nos expõe o método analítico de Dupin, que irá influenciar os detetives posteriores, “cuja função é desemaranhar”.

Como vimos, a narrativa de Poe está inserida em um contexto que induz a essa ênfase no raciocínio e na lógica, colocando a investigação científica em primeiro plano. Dupin é representante do bem e da ordem, e estes só prevalecem quando a verdade é atingida, como apregoa o detetive: “O meu objetivo final é a verdade”. (POE, 1961, p. 26, apud NEBIAS, 2017, p. 185 – grifo nosso)

Aos excertos destacados é onde atribuímos maior aproximação com a personagem-médica representada nesta consulta. A função de desemaranhar é própria ao herói-trágico que soluciona os enigmas que se opõem ao seu trajeto. Este desenovelar da clínica tem como método o analítico tal qual descrito pela autora sobre o método utilizado por Dupin: *ênfase no raciocínio e na lógica*. Nesta consulta, a personagem-médica arrebatada a máscara retórica do detetive, instituindo-a como opção possível à sua investigação científica que é, assim, elevada ao grau máximo da referencialidade e da equivalência entre o corpus da medicina e o sintoma do corpo da paciente. A exata correspondência configura, neste modo de agir, a verdade incansavelmente buscada.

EPÍLOGO

Ao dispomos das três máscaras apresentadas, tirano, bufão e detetive, buscamos encontrar pontos convergentes da perspectiva retórica dos personagens médicos atuantes neste contexto clínico. Voltemos brevemente aos conceitos retóricos aristotélicos de *ethos*, *páthos* e *logos*.

Sobre o *ethos*, há, inegavelmente, um posto em ação e também um pré-estabelecido. Em realidade, há uma multiplicidade de *ethos* que instituem uma pré-credibilidade de qualquer profissional atuante ali. Primeiramente, o *ethos* da Medicina, a credibilidade do saber médico, sempre guiado pela ética da melhor saúde e do cuidado. Depois, o *ethos* da instituição ou instituições, neste caso três, o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que carregam prestígio histórico em si e nos profissionais que lá se formam e que lá atuam. Por fim, o *ethos* do profissional médico enquanto “produto” de seu meio, dos *ethos* descritos anteriormente. Nesse sentido, o médico, o estetoscópio e o jaleco branco são os signos máximos da semiótica do sujeito médico, símbolos que atribuem e associam sentidos de credibilidade convencionais.

Sobre o *logos*, está presente em todas as consultas médicas devidamente elaborado e expresso pelo personagem médico. Em realidade, é sobre o próprio *logos* que se estrutura a consulta médica. Sem o *logos*, não há medicina, uma vez que o *logos* é a concretização dela – e a forma concreta do monumento medicina emerge pela linguagem. O *logos* médico, seus argumentos baseados em seu saber científico, está intrínseco nas perguntas do profissional para

o paciente, no prontuário preenchido, nas hipóteses do médico, no diagnóstico, no prognóstico, enfim, permeia toda a conduta do profissional. O *logos* atua em toda a intenção e ação médica em busca da melhor saúde.

Sobre o *páthos*, nos demoraremos mais. Por meio da ação discursiva, de forma consciente ou não, os seres humanos possuem a habilidade – e a possibilidade – de desenvolver e estabelecer um *páthos*, ou seja, suscitar, inculcar um sentimento em seu interlocutor por meio do seu agir-falando que busca persuadir. É o apelo emocional, a materialização desta emoção na forma do outro, receptor da tentativa de convencimento. Num esforço para sintetizar sua definição, dizemos que é o sentimento que manifestamos num outro que buscamos convencer, a partir da nossa ação discursiva que expressa a intenção de nosso ser no mundo.

Em uma interação humana, ambos os lados da comunicação discursiva envolvem uma subjetividade complexa por definição. Portanto, é impossível afirmar em métrica precisa como determinado discurso, proferido de determinada forma, será recebido, uma vez que isso recai sobre a esfera de um *outro* indivíduo, contingências que a nós não cabe querer controlar. Contudo, há um certo senso comum ou uma compreensão de generalidade e universalidade que nos permite atribuir à determinada via de convencimento escolhida, expressa pelo meu agir verbal, um resultado provável, um destino comum, recorrente, habitual para essa via escolhida, ou seja, prever, ainda que em certa medida, o sentimento inculcado em meu interlocutor. Por exemplo, ao escolher a via do discurso amedrontador, o orador expõe que seu objetivo é instaurar o medo em seu interlocutor e, por meio deste sentimento propulsor, guiá-lo para determinada ação e postura que seja desejável ao orador que convence. Nesse cenário, o orador parte do princípio que o medo servirá como força propulsora para aquela determinada ação para a qual convence seu interlocutor, beneficiando-se a si próprio e/ou ao outro, a depender da intenção primeira do orador. No entanto, ao tratarmos de subjetividades, uma ideia norteadora de pressupostos tão exatos, de que $x = y$, ou seja, medo = determinada ação, poderá falhar, pois traz em si uma métrica universal para medir individualidades. A consciência da ação retórica nos proporciona agir a partir de meu interlocutor e não apesar dele.

Inculcar um sentimento apropriado é o cerne das relações de confiança. No caso da clínica, de forma geral, os sentimentos mais apropriados parecem ser segurança, confiança, esperança, suporte, cuidado e, embora saibamos que, muito provavelmente, o médico que fez uso da máscara do tirano não desejava inculcar sentimentos negativos na paciente, todavia o fez. Tal qual o herói trágico característico das tragédias gregas, o herói da tragédia da clínica também alcança resultados de infortúnio ainda que não tenha sido essa a sua intenção. A máscara tirânica permitiu o uso do discurso amedrontador, com argumentos gerados a partir da

iminência da finitude para convencer a paciente a aceitar o tratamento proposto. Para a dona Inês, o medo não foi a força propulsora. Talvez para algum outro interlocutor, a estratégia retórica do medo funcione, e com certeza, eventualmente, funcionará. Mas, balizar todos os pacientes com a mesma estratégia retórica é fulminar o processo que desagua no deprender um sentido verdadeiro do outro, tanto quanto seja possível.

Lembremos que *logos*, *ethos* e *páthos* funcionam concomitantemente como os mecanismos principais da retórica aristotélica, sua grande engenharia; e, na clínica, *logos* e *ethos* são, de forma generalizante, bem expressos e constituídos. Contudo, no tocante à compreensão do fenômeno humano, o que nos leva ao *páthos*, resta-nos ainda alguma reflexão. Tudo isso pois esta reflexão nos coloca no cerne do labirinto, do mais misterioso e próprio do humano, seus sentimentos: os que suscitamos no outro, o que os outros fazem suscitar em nós a partir da relação dialógica. Acreditamos aqui ser o *páthos* a mola propulsora do conceito de fusão de horizontes do filósofo Gadamer, que apontamos brevemente abaixo a partir da belíssima tessitura do Prof. Dr. José Ricardo Ayres que reproduzimos abaixo:

Evidentemente não nos referimos aqui ao diálogo como mero recurso para obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, forma de produzir uma narrativa estruturada segundo esse interesse, que é o modelo típico da anamnese clássica. O sentido forte de diálogo na perspectiva hermenêutica é o de fusão de horizontes (GADAMER, 2004), isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados. (AYRES, 2007, p 58)

Numa relação dialógica verticalizada, pode haver entendimento, pela via do *logos*, mas não há compreensão, que implica “ouvir o outro que demanda o cuidado”. A comunicação acontece com os bons argumentos que comprovam a credibilidade do orador, mas ao entendimento do *logos* não está sempre atrelado o estabelecimento do *páthos*, pois para tal é necessário fundar um espaço comum na comunicação, onde caibam ambos reciprocamente, encontrando-se numa verdade compartilhada. O grande objetivo da retórica é persuadir um outro de algo que o orador traz como verdade e deseja que seu interlocutor compartilhe dessa verdade – algo compartilhado de verossimilhança, tomado como verdadeiro por ambos.

O personagem médico tem ainda sua caracterização bastante fundamentada em um *logos* e em um *ethos*, mas que se mostra mais lacunosa sobre como ajustar o seu *logos* à sua audiência, ação incontornável para uma retórica ser bem sucedida: utilizar-se dos argumentos próprios ao convencimento da audiência que você tem à sua frente. Um discurso por vezes

entendível, que concatena ideias e traz bons argumentos médicos, mas que em sua maioria não torna possível ser tomado como *verdade* crível. Assim, a via do *páthos* escolhida pelo médico-orador para incutir um sentimento que contribuísse para a persuasão não se funde com o paciente-interlocutor. As vias do *logos* e do *ethos* alcançam o seu objetivo, mas sem o *páthos* a compreensão não se completa inteiramente. A falta, ou o desenvolvimento incompleto do *páthos*, torna a persuasão do profissional restrita ao informacional, sem possibilitar de fato o contato com as camadas mais profundamente constitutivas da outra subjetividade com quem ele se depara.

Talvez a lacuna apontada seja a impossibilidade de trabalhar os mecanismos emocionais que possibilitariam um encontro clínico empírico em sua natureza mais selvagem. A hipervalorização do *logos* e do *ethos*, embora igualmente essenciais e incontestáveis para o agir persuasivo, mas dessincronizados da importância atribuída ao *páthos*, que é radicalmente uma importância atribuída ao outro, torna a exposição da retórica verbalizações mecânicas de uma teoria posta em aplicação de forma igual a todos, pretendida universal em todas as suas camadas. Ler o sujeito-interlocutor se faz necessário para escolher, da forma mais consciente quanto seja possível, a via do *páthos* que mais trará sucesso em combinação com o *logos* e o *ethos* da ação retórica-discursiva.

Cabe-nos perguntar se são essas lacunas as fissuras do encontro clínico? Seja por não retornarem à segunda consulta, seja por mostrarem-se insatisfeitos com a conduta médica – ainda que de forma não-verbal – seja pelos silêncios expressos e prolongados, acatando silenciosamente pela impossibilidade de questionar, dada a estrutura de poder que se pré-impõe dentro da clínica pelas relações verticais acentuadas, e por outros motivos ainda por desvelarem-se. Pensar essa problemática a partir dos meios de persuasão dependentes da arte, ou seja, do que acontece durante a consulta, na ação, *logos*, *ethos* e *páthos* nos dão uma possível interpretação. Se os anseios e os medos, entre outras questões trazidas à consulta pelo paciente não são apreendidos e expressos em linguagem a ele palatável, que se faça entender (*logos*) somada à compreensão de mundo do paciente, se não houver confiança no médico ou no tratamento que ele propõe (*ethos*); se a ação não suscitar uma emoção traduzida em *sentido* para aquela consulta (*páthos*), as lacunas provavelmente se tornarão intransponíveis e as fissuras irremediáveis.

A retórica não pode ser esgotada em uma disciplina puramente argumentativa, pois está voltada para o ouvinte, e não pode, portanto, deixar de considerar o caráter do falante e a disposição da audiência; em poucas palavras, ela permanece na dimensão intersubjetiva e dialogal do uso público do discurso, donde resulta que a consideração das emoções, das paixões, dos hábitos e das crenças continua a ser competência da retórica, mesmo que ela não deva suplantar a prioridade do argumento verossímil,

pois o argumento propriamente retórico dá conta ao mesmo tempo do grau de verossimilhança relativo à matéria discutida e do valor persuasivo relativo à qualidade do falante e do ouvinte. (RICOEUR, 2000, p 53)

É imperativo suturar de volta a parte amputada da estrutura tríplice da retórica da clínica: o *páthos*. Faremos isso ao implicarmos o outro, o paciente, como subjetividade de possível existência na performance clínica. É urgente refletir acerca da linguagem proferida, como a ação das palavras é concretizada no outro, como a linguagem construirá a ponte que unirá o melhor tratamento sugerido pelo médico e a vontade de curar-se pertencente a ambos. Para que tal ponte seja construída é imprescindível romper com a relação sujeito-objeto por meio de uma consciência linguística do profissional de saúde, consciência essa que se constrói para além do prontuário e do emaranhado de doenças que se constitui como saber monolítico. É a consciência de uma fragilidade que pertence ao território humano, é o terreno incerto que se encontra ao migrar os olhos do prontuário para o paciente e, afinal, vê-lo.

Não se trata de encontrar os meios adequados aos fins almejados, mas de decidir, a partir de possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem-viver e de um modo conveniente de buscar realizá-las na nossa vida em comum. Trata-se, assim, não de construir objetos/objetividade, mas de configurar sujeitos/intersubjetividades (AYRES, 2007, p 50).

Incutir um sentimento exige reconhecimento da responsabilidade e o interesse pelo interlocutor. Não se propõe aqui conhecer profundamente a individualidade do paciente, pois levamos em conta as dificuldades históricas, sociais, econômicas e culturais implicadas nessa proposição, especialmente dentro do contexto clínico brasileiro contemporâneo com suas próprias exigências sistêmicas. Contudo, propomos a abertura para novas possíveis configurações da ação clínica, especialmente acerca da reflexão sobre como a nossa ação discursiva toma corpo e faz emergir novas máscaras possíveis ao herói trágico, figurando novas imagens e personagens em cena, e sobre como a ação dessa retórica acende sentimentos algo imprevisíveis em nosso interlocutor. Quanto mais atento à linguagem e aos modos de ação no mundo sobre si e sobre o outro, mais fácil se tornará, conscientes das inúmeras máscaras disponíveis, saber dispor da apropriada àquela ação presente.

Avistamos, afinal, o trajeto remanescente que nos conduzirá ao cerne do nosso labirinto da clínica. Sigamos resolutos, atentos ao fio que se desemaranha em nossas mãos.

CAMINHO III – CARACTERES

PRÓLOGO NARRATIVO 3/3

Dona Inês estava satisfeita com o médico que lhe atendia. Médico jovem, cheio de vida, cuidadoso. Diferente dos médicos que havia conhecido pelo convênio. Mas algo ali não a deixava em paz. Um sentimento de abismal inquietude. Seu coração grande logo ficaria grande demais para o peito que tinha. Logo pararia de bater. Sentiu uma urgência em sair daquele consultório e deixar para trás todas as palavras proferidas. Embarcaria na viagem para África já programada, faltava pouco. Quem sabe lá seu coração não havia de diminuir de tamanho. Comia melhor, se exercitava. Lá não carregava essa ansiedade que se fazia constantemente presente. Nem essa solidão de estar longe da família. Toda família tem questões, claro, pensava, mas, com esse coração que tinha agora, todo minuto poderia ser o último. Para que parar de fumar? De que adianta estar ali procurando um tratamento antitabagismo? É inútil. O que procurava era outra coisa. Era tempo. O coração duro martelava, concreto, em sua cabeça. Como um coração duro ainda bate? Que tamanho um coração duro tem? Será que tão duro quanto pedra? Vai endurecendo dia a dia ou mês a mês ou segundo a segundo? Tantas perguntas que tomavam forma em sua mente agora, atrapalhando todo trânsito, gritando em uníssono uma única verdade que tirava daquela consulta toda: morreria. A qualquer momento. Sabia que não voltaria à consulta, estaria viajando. Mas não corrigiria o médico. Deixaria que sua ausência se confirmasse. Essa decisão já era uma maneira de ela própria se acostumar com sua morte iminente. Uma hora não viria mais à consulta de qualquer forma, se não for por África, é por morte morrida. Se eu tenho que me acostumar com esse breu, que comece já. Ouvia uma voz distante ao fundo, o médico, sentado à frente, insistia em passar a ela todas as recomendações que ela não seguiria. Sentia-se mal de tê-lo assim, tão empenhado, em um caso perdido. Ele mesmo sabia que era um caso perdido, afinal, devia saber. Era médico, havia dito sobre o estado de seu coração. Tantas medicações, tantas promessas. Baixa isso, controla aquilo. Remédio para a pressão, nem pensar. Insulina, então, só por cima do meu cadáver. Ai, que metáfora de mal gosto, bate discretamente três vezes na madeira por baixo da mesa do consultório. Mas é apropriada pra esse coração fracassado, pensava. Dizia seus “tá bons” e “ahans” automáticos para que o médico não percebesse que já estava bem longe dali. Se percebesse, me faria repetir tudo, pensava. Esse médico é atento e sabido, está de olho em mim. Sentia raiva. Raiva que sabia ser tristeza. Tristeza sem fim. Pensava em seus netos e sentia as lágrimas se formarem num comboio. Saiu do consultório antes que desabrochassem olho a fora. “Tchau, fica com Deus”, ouviu do médico, por fim. “Tchau, obrigada”, disse, irrompendo

para fora da sala, respirando pelo que parecia ser a primeira vez em muito tempo. Muito tempo, mesmo. Tomara que esse coração gigante aguentasse mais um pouco, pensou enquanto caminhava, ofegante, em direção ao ponto de ônibus.

OS PERSONAGENS DA CLÍNICA

Percorrido o caminho que se abriu até aqui, já vislumbramos o centro do labirinto, seu âmago. O alcançaremos em breve, ainda com as mãos firmes no restante de fio que se desenrola para nós.

Experimentamos a sua moldura maior, a que sustenta todo o labirinto, que o circunda e o estrutura: a tragédia. Nos atentamos a essa estrutura dramática pela qual ambos personagens, médico e paciente, atravessam agindo juntos, em embate, em performance, em ação. Mais adentro, ponderamos sobre a camada intermediária para olhar mais proximamente para um dos personagens atuantes em cena, o médico, com sua retórica que põe disponíveis máscaras para que outras imagens de si mesmo atuem dentro de uma mesma performance. Retórica que também é ação, que surte efeitos, que implica o interlocutor em sua reação ao discurso. Por fim, agora mais ao cerne, nos demoraremos no outro personagem da ação clínica: o paciente e suas histórias que são a (re)configuração de seu autêntico ser-no-mundo.

Os discursos dos pacientes são constituídos, em sua parte maior parte, de fragmentos narrativos e descritivos, especialmente sobre a doença, a história da doença e seus sintomas. Todos os fragmentos narrativos não totalizam o seu discurso na clínica, mas, definitivamente, constroem mundos totalizantes¹⁹ para o paciente, ainda que em sua fragmentariedade do estar em um entrelugar. Susan Sontag cria, na introdução de seu livro, “Doença como metáfora”, a seguinte imagem do ser doente:

A doença é o lado sombrio da vida, uma espécie de cidadania mais onerosa. Todas as pessoas vivas têm dupla cidadania, uma no reino da saúde e outra no reino da doença. Embora todos prefiram usar somente o bom passaporte, mais cedo ou mais tarde cada um de nós será obrigado, pelo menos por um curto período, a identificar-se como cidadão do outro país. (SONTAG, 1984, p 3)

Esse entrelugar seria, então, onde se encontra o personagem paciente da consulta médica, cindido entre dois reinos: o da saúde e o da doença. Essa cisão, no entanto, busca sua

¹⁹ Retomaremos esta reflexão, baseada no excerto de “Teoria do Romance”, de Georg Lukács “não há mais uma totalidade espontânea do ser” (LUKÁCS, 2009, p.14) mais adiante no capítulo.

costura linguisticamente na relação com o outro. Exprime, nessa empreitada, mundos para além das doenças e dos estados que o acometem.

Há uma diferença essencial entre o que chamamos de mundo totalizante para o personagem paciente e de mundo totalizante para o personagem médico, nosso herói trágico. O médico, enquanto herói da performance, ou seja, quem realizará as escolhas que moverão a ação, tem como mundo totalizante não a sua constituição subjetiva, ao contrário, age segundo um norte que é sua ação profissional, a ação médica. Para o médico, portanto, na performance clínica, é a Medicina sua unidade de medida de todas as coisas, seu grande parâmetro para suas ações. Já o paciente tem como unidade de medida a subjetividade, ou seja, a sua experiência, o seu sentir expresso em palavras e exames clínicos. Nesse sentido, para o paciente, seu mundo totalizante é ele mesmo e as histórias que ele conta, as descrições que ele faz de forma a constituir-se um todo, o todo daquela performance.

Partimos de noções do termo totalizante, tendo como aporte teórico o livro “A Teoria do Romance”, de Georg Lukács, que explica o mundo homogêneo grego – que inspira a leitura do nosso herói trágico – em contraposição ao mundo estilhaçado sem a harmonia e totalidade gregas que se desdobrou depois, consolidando-se na forma do Romance.

Tais fronteiras encerram necessariamente um mundo perfeito e acabado. Embora poderes ameaçadores e incompreensíveis se façam sentir além do círculo que as constelações do sentido presente traçam ao redor do cosmos a ser vivenciado e formado, eles não são capazes de desalojar a presença do sentido; podem eles aniquilar a vida, mas jamais confundir o ser; podem lançar sombras negras sobre o mundo formado, mas também elas serão incorporadas pelas formas, como contrastes cuja nitidez é tanto mais salientada. O círculo em que vivem metafisicamente os gregos é menor do que o nosso: eis por que jamais seríamos capazes de nos imaginar nele com vida; ou melhor, o círculo cuja completude constitui a essência transcendental de suas vidas rompeu-se para nós; não podemos mais respirar num mundo fechado. Inventamos a produtividade do espírito: eis por que, para nós, os arquétipos perderam inapelavelmente sua obviedade objetiva e nosso pensamento trilha um caminho infinito da aproximação jamais inteiramente concluída. Inventamos a configuração: eis por que falta sempre o último arremate a tudo que nossas mãos, cansadas e sem esperança, largam pelo caminho. Descobrimos em nós a única substância verdadeira: eis por que tivemos de cavar abismos intransponíveis entre conhecer e fazer, entre alma e estrutura, entre eu e mundo, e permitir que, na outra margem do abismo, toda a substancialidade se dissipasse em reflexão; eis por que nossa essência teve de converter-se, para nós, em postulado e cavar um abismo tanto mais profundo e ameaçador entre nós e nós mesmos. Nosso mundo tornou-se infinitamente grande e, em cada recanto, mais rico em dádivas e perigos que o grego, mas essa riqueza suprime o sentido positivo e depositário de suas vidas: a totalidade. Pois totalidade, como *prius* formador de todo fenômeno individual, significa que algo fechado pode ser perfeito; perfeito porque nele tudo ocorre, nada é excluído e nada remete a algo exterior mais elevado; perfeito porque nele tudo amadurece até a própria perfeição e, alcançando-se, submete-se ao vínculo. Totalidade de ser só é possível quando tudo já é homogêneo, antes de ser envolvido pelas formas; quando as formas não são uma coerção, mas somente a conscientização, a vinda à tona de tudo quanto dormitava como vaga aspiração no interior daquilo a que se devia dar forma; quando o saber é

virtude e a virtude, felicidade; quando a beleza põe em evidencia o sentido do mundo. (LUKÁCS, 2009, págs. 30-31)

A longa citação se faz necessária para já estabelecermos o que mais para frente será analisado: a diferença entre os dois universos conflitantes existentes dentro da clínica. É na existência desse conflito que nasce o embate dramático entre médico e paciente. Porém, não só esse embate, advindo de duas racionalidades, ou formas distintas, mas também o embate entre médico e doença, necessário para o desvendar do enigma, chegando a um diagnóstico, e, ainda, entre paciente e doença, um embate do ser com a finitude que o assola, despertada pelo estar doente.

O mundo do médico, orientado pela razão médica, tem seu contorno estabelecido pela Medicina enquanto ciência norteadora (e delimitadora) da ação clínica. A ação médica atravessa a medicina que é, para o profissional, a fronteira desse mundo completo, acabado, homogêneo – ainda que em constante evolução, movimento e expansão. Completo não porque seja perfeito, afinal, os embates médicos tratam da dramática fronteira entre vida e morte, mas porque “nele tudo ocorre”. Todos os conhecimentos agrupados, repassados, aprendidos e consolidados pelo médico determinam um *tudo* necessário para que haja ação clínica. A busca por uma unidade é fundamental ao médico que precisa, também, de um fio de Ariadne que o guie no labirinto da clínica e o faça sair, aos moldes de Teseu, são e salvo. Tudo o que pode acontecer está, então, delimitado dentro das correspondências aprendidas durante a sua formação do profissional e é esperado que esse saber tome vida e forma nos interlocutores pacientes que adentram os consultórios diariamente. Uma vez em contato com o paciente, a ação se inicia, os enigmas são postos em cena, o herói trágico inicia sua jornada em busca de resolvê-los. Na busca pela dissolução dos enigmas, o médico age dentro dos parâmetros aprendidos, aqueles que, para ele, estabelecem os limites da ação clínica.

O paciente, desconhecedor desse contorno e posto fora desse território, pode acessá-lo apenas com um código temático que o torna parte integrante da ação do herói trágico: a doença. O paciente é o caos que toma a forma dada pelo médico, uma forma que se pretende homogênea para que lhe seja atribuído sentido – um diagnóstico. Dentro dessa tentativa de contenção do caos pelo percurso adotado pelo herói trágico, muito do configurado pelo personagem paciente é perdido de vista.

A arte, a realidade visionária do mundo que nos é adequado, tornou-se assim independente: ela não é mais uma cópia, pois todos os modelos desapareceram; é uma totalidade criada, pois a unidade natural das esferas metafísicas foi rompida para sempre. (Ibidem, p. 34)

Dentro do setting clínico, estabelecer um modelo do que é o ser médico, ou seja, um modelo de ação, exemplos a serem seguidos. Parte da formação médica consiste na observação de modelos de performance. Não só saberes sendo transmitidos, mas modos de agir, modelos de ação clínica. Esses modelos apreendidos, muito provavelmente, permearão, em maior ou menor medida, a ação clínica dos médicos em formação. Dentro desses parâmetros estabelecidos por um modelo, não nos é possível, contudo, estabelecer um modelo de paciente, mas, sim, de doença(s). Buscaremos, então, enxergá-lo como uma totalidade criada – ou que busca incansavelmente criar-se para reivindicar uma existência autônoma e possível dentro da clínica.

Retomaremos e aprofundaremos a discussão que segue alguns dos caminhos interpretativos sugeridos nessa primeira reflexão. Olharemos para o personagem paciente e sua ação mais narrativa, que rega o chão fértil sobre o qual suas histórias germinam, florescem em direção, na busca constante, de fazer sentido de sua própria existência, por causa da doença e apesar dela. Busca, no processo, entender o médico, a doença e, assim, entender a si mesmo. Busca, enfim, atravessar o labirinto da clínica em sua inteireza e encontrar o Minotauro, como faremos agora.

“OS “CARACTERES” (ÉTHĒ), O QUE NOS PERMITE DIZER QUE AS PERSONAGENS EM AÇÃO POSSUEM TAL OU TAL QUALIDADE”²⁰

Os caracteres que compõem o terceiro elemento constitutivo da tragédia aristotélica, modelo que adotamos neste trabalho, fecham a tríade com os dois primeiros elementos: mito/enredo, abarcados no primeiro capítulo, e pensamento/retórica, no segundo.

Aristóteles (2017) utiliza o termo caracteres como característica do personagem, seu traço moral. Ou seja, o caráter configura o personagem a partir da sua ação dentro da tragédia, não antes, uma vez que essas atribuições são construídas com a performance, no desenrolar da ação, e não estabelecidas *a priori*. É a ação que desvela o caráter e, portanto, o personagem, caracterizando-o. É a partir da ação em performance que enxergamos quem são os personagens e podemos, assim, atribuir-lhes caráter, compô-lo com o que sua ação nos oferece ao longo da breve unidade trágica. O mito-enredo importa mais à estrutura trágica que os agentes; não porque a ação eles sejam desimportantes, mas porque é o mito a força que evoca o personagem, que desvela os agentes e não o contrário.

²⁰ ARISTÓTELES, 2017, p. 77

Tal noção aristotélica é muito preciosa para a tragédia da clínica: os traços de caracterização vão sendo desvelados pela ação em cena, ou seja, um personagem que vai se compondo aos nossos olhos dos espectadores à medida que age. Abordaremos o elemento como posto por Aristóteles.

Portanto, o enredo é o princípio, como que a alma, da tragédia; em segundo lugar estão os caracteres (de fato, algo semelhante se passa com a pintura: pois se um pintor aplicasse aleatoriamente as mais belas cores a uma superfície, o resultado não teria o mesmo encanto de uma imagem delineada em preto e branco). A tragédia é a mimese de uma ação e, sobretudo por causa da ação, a mimese de homens que agem. (ARISTÓTELES, 2017, p 83-84)

A nota 79 do tradutor traz ainda:

É apenas por aproximação que se chega aqui à imagem de um desenho delineado em preto e branco, isto é, com grande nitidez. O termo usado por Aristóteles remete à ideia de uma imagem delineada apenas em branco sobre um fundo escuro (leucografia), como era corrente na pintura dos vasos gregos antigos. A tradução por “em preto e branco” visa tornar mais clara a compreensão em português. De fato, o que importa é a comparação ao que se passa entre a construção do mito trágico e a constituição dos caracteres: o mito em primeiro lugar, os caracteres em segundo. A analogia é simples: o mito está para a leucografia assim como a pintura com cores está para a formação dos caracteres. Aristóteles enfatiza, portanto, a importância do enredo sobre a caracterização das personagens. No caso da tragédia, a opinião do autor é clara: o enredo toma a vez do traçado, em “preto e branco”, por onde o colorido dos caracteres se orienta ou mesmo se manifesta. A composição desse “quadro” não remete de forma alguma a uma crítica às tonalidades do colorido, mas à falta de adequação entre as cores e o traçado do desenho. (Ibidem, N do T, p. 83-85)

A belíssima metáfora construída acima por Aristóteles, cujo sentido foi elucidado pelo tradutor da edição, Paulo Pinheiro, é agora aplicada à clínica. A aproximação que fazemos aqui é a de que o enredo da clínica orienta o paciente, que traz a aleatoriedade das cores, na ação clínica, enredo esse traçado pelo médico enquanto herói trágico, em branco e preto, bem delineado, com seus contornos bem definidos. A orientação vinda do médico obedece a uma lógica outra, mais pragmática da ciência médica, portanto, muito do colorido que o paciente leva à cena se perde na inadequação dos tons e, por tal inadequação sempre provocar os limites e buscar ultrapassar as margens que estipulam a geografia da fala, ele é relegado à posição de herói caído, destituído do posto de interlocutor enquanto subjetividade instaurada. Considera-se do paciente o que cabe à adequação estipulada pelos contornos delineados pelo médico; o que extrapola à lógica posta, torna-se episódio marginalizado da ação.

A medicina é a lei e os personagens em cena obedecem ao seu delineado, especialmente o herói trágico, seu agente mais implicado, quem dá corpo à medicina, tanto como seu

representante, sua personificação, como atribuindo ao seu conhecimento formas no corpo do outro, o paciente. O herói trágico é, portanto, quem realiza escolha(s) qualificada(s) e escolhe o rumo da ação. “Caráter” é a modalidade de pronunciamento em que se pode manifestar uma escolha qualificada – eis por que não há caráter em discursos nos quais não se manifesta absolutamente uma escolha ou que escapa a tal tarefa” (ARISTÓTELES, 2017, p 85-86), ao pronunciar uma escolha qualificada, o caráter do personagem se manifesta em cena. As boas escolhas são sempre desejadas pelo herói trágico, afinal, não há o desejo pelo infortúnio. Se passarmos à clínica, veremos que o médico, tal qual o herói trágico grego, também não escapa à tarefa de escolher, uma vez que toda a sua prática é concebida a partir das tomadas de decisões, entre elas: estabelecer uma linha de raciocínio por meio das perguntas certas, definir qual curso de tratamento, quais medicamentos prescrever, calcular as dosagens, pensar nas alergias trazidas pelo paciente, nas medicações conflitantes, em como explicar (e traduzir) ao paciente a sua situação, quais imagens usar, quais máscaras vestir, dentre muitas outras decisões a serem tomadas pelo profissional de saúde em sua ação clínica. Toda ação é uma escolha, inclusive e evidentemente, a ação discursiva.

A ação trágica por excelência seria aquela que comporta uma atitude nobre por parte do herói, que, no entanto, está suscetível à desmedida, vítima, muitas vezes de um conjunto de ações anteriores que lhe determinam a condição e a ação. [...] Não se trata, pois, do agente que determina a ação, mas, ao contrário, da ação que evoca e equivoca o agente. (Ibidem, N do T, p 85).

O herói trágico busca sempre a escolha mais nobre, mas está suscetível à desmedida, ao erro que irrompe mesmo indesejado, sua *hybris*, como já abordado no capítulo primeiro. A reflexão de que a ação tanto evoca o agente quanto o equivoca, elucidada pelo tradutor Paulo Pinheiro, reitera o caráter paradoxal do herói trágico: incorrer em más escolhas, ainda que pensasse serem boas quando agiu na tomada de decisão. A imprevisibilidade do desfecho se coloca aqui na própria natureza paradoxal da tomada de decisão, pois, ainda que sempre haja a intenção na direção do desfecho desejado, ele nunca está dado, mostra-se apenas pelo desenrolar da ação.

Com sua atitude tipicamente taxonômica, Aristóteles atribuiu aos caracteres quatro características que devem ser almejadas:

Quanto aos caracteres, quatro são os pontos que devem ser visados. O primeiro, e o principal, é que sejam bons. Como dissemos, terá caráter se sua palavra ou seu ato tornarem manifesta uma escolha; e o caráter será bom se a escolha for boa. [...] O segundo ponto a se visar é a conveniência; [...] O terceiro ponto é a semelhança; [...] em quarto lugar vem a coerência; pois, ainda que a caracterização da personagem seja

incoerente em suas ações miméticas, é necessário, ainda assim, ser incoerente coerentemente. (ARISTÓTELES, 2017, p 125-127)

Pontos elencados aqui: 1) Fazer uma boa escolha; 2) Conveniência ou inconveniência ao realizar certas atribuições de traços a determinados personagens, tornando uma caracterização própria ou imprópria; 3) Semelhança, que a nota 143 do tradutor (Ibidem N do T, p. 127) aproxima de empatia, definindo como “capacidade de sentir-se de tal modo semelhante às personagens em cena que possa ser afetado pelo pavor e pela compaixão”; 4) Coerência, ainda que na incoerência de suas ações, ainda que o herói trágico erre, sua vontade primeira foi a de acertar.

Esses quatro pontos são todos pertinentes a uma caracterização de certa forma fixa do nosso personagem médico – pois o caráter do profissional, guiado por uma ética concretizada sob juramento, é coerente por definição, balizado pelas boas escolhas que representam o melhor para o seu paciente, a boa fortuna, na medida do possível. Todos os pontos estabelecidos por Aristóteles vestem bem como traços característicos do nosso herói trágico, o personagem médico.

No entanto, se todos os aspectos do herói trágico da trama são mais facilmente perceptíveis ao personagem médico, por quais lentes enxergar o paciente? Quais são as lentes que devemos vestir para melhor alcançá-lo, dando conta do fenômeno que acontece do outro lado da mesa, o lado mais caótico e de desordem, porque mais acometido e transpassado por processos de dor e doença. Ajustaremos o nosso foco crítico aos discursos produzidos pelos pacientes, especialmente aos fragmentos narrativos, enxergando os sujeitos que os configuram instituindo-os, dessa forma, (n) o processo clínico. Eis o nosso foco de análise primordial até o centro do labirinto: os personagens, seus delineados em preto e branco e, especialmente, as cores aleatórias que trazem à cena.

Recapitularemos a seguir os personagens da tragédia da clínica, médico e paciente, examinando os papéis desempenhados na performance à luz de novos aportes teóricos, que expandam a visão tecida sobre o assunto até aqui.

Nos capítulos anteriores, já abordamos com mais profundidade o personagem médico. Contudo, neste capítulo, ao abordar o paciente com mais detalhe, torna-se incontornável voltarmos o olhar para o personagem médico mais uma vez em sua estrutura orientadora, a dramática, e seu papel mais preponderante em cena, o de herói trágico. Ao apreendermos o encontro clínico pelo viés dramático, o médico, a partir de sua ação verbal, cria muitas imagens de si e veste, assim, as muitas máscaras disponíveis. Em sua ação verbal, o personagem médico

se constitui como herói trágico, em suas várias faces e, em menor escala, um personagem que também exprime suas subjetividades enquanto ser-no-mundo, um relaxamento da lógica profissional, ainda que tal relaxamento seja integralmente impossível dado o contexto dentro do qual uma ação profissional se desenvolve, a consulta clínica.

A estrutura clínica aqui analisada, enquanto estrutura trágica, não confere a possibilidade de protagonismo a nenhum outro personagem presente em cena. A centralidade que o personagem médico ocupa no curso da ação, não deixa espaço, ainda que o espaço exista em temporalidade transcorrida, para que o outro personagem, paciente, mova a ação e possa reger os verbos. As características arquetípicas do herói trágico estão:

tipicamente no topo da roda da fortuna, a meio caminho entre a sociedade humana sobre a terra e algo maior no céu. [...] Os heróis trágicos são de tal forma os pontos mais elevados em seu panorama humano, que parecem os condutores inevitáveis do poder à sua volta. (FRYE, 2014, p. 350).

No contexto clínico, é claro que a atuação do médico pressupõe definição à presença de um paciente, contudo o paciente atua como fornecedor de dados para que o quadro da doença seja configurado, apreendido e solucionado. Os dados emancipam-se do paciente servindo mais ao médico, considerando o preenchimento do prontuário e o encaminhamento para a consulta. A cena serve ao médico provendo-o com as informações necessárias para a solução do enigma da dor e doença que se coloca como problemática principal. A resolução do enigma servirá ao paciente enquanto receptáculo, mas toda a ação é movida pela figura central, pelo herói trágico, o médico. As figuras retóricas apontadas no segundo capítulo, como por exemplo a do tirano, seriam, então, um outro lado da mesma moeda do herói, os meios que justificariam o fim desejado: a melhor saúde do paciente. Isso se dá porque “o vilão é, como frequentemente é, uma parte do próprio herói.” (Ibidem, p.351), utilizando-se dos artifícios retóricos para o convencimento, que é o seu principal objetivo. O médico age na consulta para que a roda da fortuna não vire e decaia, afinal, a fortuna do herói é a fortuna de toda a composição clínica.

A esfinge da clínica, tal qual a de Édipo, indaga o herói trágico, fazendo a pergunta pelo ser: “qual é o animal que de manhã anda com quatro pés, à tarde com dois e à noite com três?”. O herói da tragédia da clínica também responde à pergunta em sua ação profissional: o enigma é o humano, que é também a sua solução. Resta-nos ir adiante e buscar saber, então, quem é esse ser que é colocado ali, aleatoriamente, à frente do herói trágico, como obstáculo e, também, como solução dos enigmas, por ser ele o próprio enigma.

Na edição portuguesa de seu livro intitulado “O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina”, o filósofo Hans-Georg Gadamer busca rever não os sentidos de doença, mas os de saúde, que está “sempre dentro de um horizonte de perturbações e de ameaças.” (GADAMER, 2009, p. 127), a saúde é sempre um terreno posto em prova pela fragilidade da natureza humana. O filósofo continua: “cada doença individual tem um contexto particular, pois em cada uma intervêm todas as fontes de erro peculiares dos seres pensantes. Não nos sentimos bem; imaginamos algo.” (Ibidem, p. 127). Como lidar, organizar e atribuir um sentido para um poder imaginativo que já entra consolidado em seu próprio caos no consultório clínico, impondo ao profissional a dissolução do estranhamento imposto também ao próprio ser doente? Um dos caminhos propostos nesta reflexão é a conversação:

O que torna necessário o tratamento médico é a perturbação da saúde. A conversação faz parte desse tratamento; domina a dimensão decisiva de toda a acção médica, e não apenas na psiquiatria. A conversação humaniza a relação entre dois indivíduos que são fundamentalmente diferentes, o médico e o paciente. O estabelecimento destas relações desiguais é uma das tarefas mais difíceis entre os homens. O pai e o filho, a mãe e a filha, o professor, o jurista, o sacerdote, em suma, o profissional – todos sabemos, sem dúvida, como é difícil entendermo-nos. (Ibidem, p. 128)

Na análise dos excertos clínicos, retomaremos a discussão acerca da conversação posta por Gadamer (2009), quando falarmos, especialmente, dos fragmentos narrativos trazidos pelo paciente. Conectaremos o conceito ao que Aristóteles, em sua “Poética”, chama de episódio, diferenciando esses fragmentos da unidade proposta pela tragédia da clínica.

É necessário que haja mimese de um único evento, como ocorre com o enredo, que é a mimese de uma acção, ou seja, de uma acção única e que forma um todo; desse modo, as partes, que constituem os acontecimentos ocorridos, devem ser compostas de tal modo que a reunião ou a exclusão de uma delas diferencie e modifique a ordem do todo. De fato, aquilo que é acrescido ou suprimido sem que se produza qualquer consequência apreensível não é parte do todo. (ARISTÓTELES, 2017, p 95)

Se tomamos o médico como herói trágico que dirige a performance, a unidade da tragédia da clínica girará em torno da unidade de medida que o interessa mais: a doença, tentando abarcar o fenômeno e tornando-o uno: começo, meio e fim; apreensível, portanto. A acção do médico busca dar contorno, ou encaixar os dados em um contorno dado *a priori*, e compreender o fenômeno da(s) doença(s), que são os enigmas postos em sua trajetória ao longo da acção clínica. Para o médico, a resposta pelo ser, na clínica, é a resposta à doença, ou seja, o diagnóstico, a cura, a resolução da cena.

Dos enredos e ações simples ou piores são aqueles compostos em episódios. Entendo por enredos “episódicos” aqueles em que a sucessão de episódios não é determinada nem pela verossimilhança nem pela necessidade. (ARISTÓTELES, 2017, p 101)

Em nota, encontramos:

Como esclarece Magnien, Aristóteles entende aqui o “episódio” como uma aventura secundária reunida à ação central com o objetivo de amplificar ou ornamentar, mas sem necessidade interna. (MAGNIEN apud PINHEIRO, 2017, N do T, p 101).

Com essa exposição de Aristóteles, identificamos que os episódios da tragédia são ações, que chamaremos aqui também de acessórias, e se localizam fora da unidade da ação da tragédia. Ora, se a unidade da tragédia, para o médico, é a doença, tudo o que foge dessa unidade estabelecida pelo julgamento do herói trágico é episódico e acessório. Fora desse delineado, como buscaremos mostrar na análise, encontram-se muitos dos fragmentos narrativos trazidos pelo paciente que são desconsiderados, porque, no julgamento clínico, encontram-se fora da unidade que busca se estabelecer por meio da apreensão da doença. Para o paciente, a unidade da doença não é a sua própria, é apenas parte do todo. A unidade da perspectiva do paciente é a sua própria vida, incluindo, evidentemente, seu relato de doença, mas não só.

Voltemos à estrutura trágica da clínica. Nela, o personagem do paciente se revela como um herói caído, cujo relato de dor e doença toma a pouca centralidade do indivíduo que cabe na performance. Da perspectiva da relação, sendo tomado enquanto objeto, na unidade da estrutura trágica, o paciente serve como preenchedor das lacunas pré-existentes que, por sua vez, servirão ao herói trágico em sua trajetória. O paciente torna-se, então, enredo principal, abandonando, em certa medida, seu posto de personagem. Tornam-se alguns aspectos dos sintomas e doenças que servirão ao herói trágico e à sua jornada, mas não se apresentam como correspondentes protagonistas ou mesmo conectados a uma subjetividade a partir da qual esses sintomas não só existem como pulsam e sangram, vivos, ao lado de outras histórias que vão empalidecendo no transcorrer da ação.

Nas ficções literárias, o enredo consiste de alguém fazendo alguma coisa. Esse alguém, se um indivíduo, é o herói, e essa alguma coisa que ele faz ou não consegue fazer é o que ele pode fazer, ou poderia ter feito, no nível dos postulados feitos sobre ele pelo autor e pelas consequentes expectativas da audiência. As ficções, portanto, podem ser classificadas não moralmente, mas pelo poder de ação do herói, que pode ser maior do que o nosso, menor ou aproximadamente o mesmo. (FRYE, 2014, p.145)

A moral está implicada na ação, pois, enquanto indivíduos, nossas identidades morais e éticas transparecem em nossas ações no mundo. Portanto, para os enigmas de saúde e doença, para citar GADAMER (2009), emergidos no encontro clínico, não há a possibilidade de falhas,

uma vez que na falha está implicada uma falha também moral (e ética) por parte do profissional. É esperado por todos os envolvidos na ação – da educação médica à atuação médica – pelo médico assistente, pelo paciente e, inclusive, por ele mesmo, o herói trágico, que não haja erros e falhas e que o processo seja permeado por traços de impecabilidade para que o enigma seja solucionado, de preferência com um desfecho positivo. Um ato heroico.

Qual papel o médico desempenha, então, nessa tragédia? A nós, atores de um tempo em que a informação e sua velocidade viral formam a tessitura do real que nos afeta, restaria reconhecer outras faces da montanha fenomenal que constitui um paciente de carne e ossos, que não apenas essa, virtualizada e instituída tecnologicamente (POMPILIO, 2008). Só assim, talvez, pudéssemos nos afastar do bufão e nos aproximar do herói. Como se não bastassem as centenas de artigos, livros e prática árdua e incessante que visam à resposta para a pergunta “o que é?”, ao médico urge, agora mais do que nunca, a indagação abissal: “quem é esse ser que sofre?” (POMPILIO, 2013, p. 13)

A infalibilidade dos processos clínicos ou, ao menos, a expectativa de completa resolatividade, é um pensamento que vem sendo fomentado ao longo dos anos, um construto coletivo quanto à consulta médica e ao profissional de saúde, uma vez que a virtualização em todos os âmbitos da vida, inclusive da medicina, coloca como expectativa aos sujeitos que dela compartilhem a prática como sendo pares igualmente precisos e exatos. O personagem médico postula, então, para si mesmo, a expectativa do que há para ser feito em cada ação posta em cena para alcançar a solução do(s) enigma(s), em seu desbravar, ele faz girar a roda da fortuna e age com afinco para mantê-la no topo.

Ao personagem paciente, portanto, resta ocupar o posto de herói caído, ocupando as lacunas informativas, parcialmente migrando de personagem a enredo com seus sintomas. O personagem torna-se história fragmentada e muitos dos fragmentos são preteridos, postos à margem, para que, da perspectiva do herói trágico, a roda da fortuna não decaia, não se perca de vista o que realmente lhe compete: as pistas expressas em sintomas que vão compondo um diagnóstico. Se temos uma moldura fixa que gera a ação, quem a preenche é, em certa medida, secundário, algo aleatório.

Nosso esforço aqui será então suspender os entornos dramáticos mais rígidos e nos aproximarmos do herói caído, posto à margem, escutando-o em sua totalidade fragmentária. Esse modo de nos aproximarmos do personagem paciente, jogando luz à “individualização das façanhas do herói” (FRYE, 2014, p.149) pouco tem a ver com a ótica do drama e da tragédia sob a qual analisamos o personagem médico enquanto herói trágico. Ajustaremos as lentes, tendo como estrutura basilar de análise a forma do romance e a constituição de personagem fruída pelo gênero, reiterando a hibridez de gêneros na textualidade da clínica.

Por exemplo, se atribuíssemos à forma da consulta uma natureza eminentemente narrativa, perderíamos de vista a sua coluna dorsal: o embate dialógico que sustenta a cena, jogando luz à toda a sua composição. Em uma estrutura mais narrativa, a objetividade clínica não acharia chão sólido para se manifestar com a clareza, o que é imperativo na busca pela exatidão. As histórias tomariam conta e como um punhado de sementes distintas entre si com variedade imprevisível: o consultório poderia ser tomado de clareza reveladora ou de uma infestação de ervas daninhas que tornariam o processo de decodificá-las não só difícil, mas também demorado e impreciso, características indesejadas no contexto clínico.

A forma narrativa como entendemos aqui é como “síntese do heterogêneo”, como atribuiu RICOEUR (2010, p. 02), “algo novo, algo ainda não dito, algo inédito surge na linguagem [...] uma nova congruência no agenciamento dos incidentes”, advindo, portanto, da espontaneidade do sujeito. Esse agenciamento ou esquematização, como intitula o autor, são, por vezes, no caso do personagem paciente da consulta clínica, fragmentos sempre desejantes de um sentido completo, pois “não há mais uma totalidade espontânea do ser” (LUKÁCS, 2009, p.14) como havia nas formas helenísticas, de contornos rígidos, especialmente metafísicos, a relação com os deuses, por exemplo, estabelecidos *a priori*.

Do mesmo modo, a forma da consulta está dada. Contudo, o recheio dessa moldura é causal quando o paciente adentra a forma trágica dialógica e responde às demandas do médico, fornecendo-lhe material – ora narrativo ora não – para suprir as lacunas já mencionadas. Quando o paciente narra espontaneamente, migra para uma fragmentariedade de si com excertos narrativos que exprimem um sentido. Ou vários. Conexos ou desconexos. Requeridos ou não. A imprecisão da desordem não abala a estrutura primeira, que tem seus artifícios para contê-la, mas traz à tona uma racionalidade outra, que buscamos jogar luz neste capítulo. “O absurdo e a desolação das vicissitudes do mundo não aumentaram desde o início dos tempos, apenas os cantos de consolação ressoam mais claros ou mais abafados” (Ibidem, p. 26). Não é o sofrimento que está maior ou menor, mas as formas de cantá-lo, ou seja, a forma de articulá-lo, dizê-lo, expressá-lo. Ao olharmos para o paciente inevitavelmente desbravaremos uma nova camada da consulta médica, seu cerne, o sujeito tal qual é, tal como se mostra, sem estrutura apriorística condicionante.

Antes, no entanto, voltaremos à estrutura dramática levantando alguns pontos que nos servirão posteriormente em análise mais comparativa entre o *modus operandi* dos personagens da ação em cena na tragédia da clínica.

A forma dramática faz emergir personagens que a coloquem em ação revigorando o brio de sua natureza inerente.

Podemos abordar aqui o segredo do helenismo, sua perfeição que nos parece impensável e a sua estranheza intransponível para nós: o grego conhece somente respostas, mas nenhuma pergunta, somente soluções (mesmo que enigmáticas), mas nenhum enigma, somente formas, mas nenhum caos. [...] Espíritos mais profundos, empenhados em coagular em aço purpúreo o sangue que lhes brota e forjá-lo em couraça, para que suas feridas permaneçam eternamente ocultas e seus gestos de heroísmo tornem-se o paradigma do verdadeiro e futuro heroísmo, a fim de que o novo heroísmo seja por ele desperto, comparam a fragmentariedade de sua figuração com a harmonia grega, e os próprios sofrimentos, de que brotaram suas formas, com os sonhados martírios que precisaram da pureza grega para ser pacificados. (LUKÁCS, 2009, p. 27-28)

Tal excerto se aproxima, em tom quase descritivo, do modo como a prática médica se configura – ao menos tendo como horizonte as consultas abordadas neste trabalho. O médico – o herói dessa jornada – busca, a partir da forma que lhe é dada, e apesar de sua própria fragmentariedade enquanto sujeito, manter a harmonia da forma, transcendê-la para o doente e, também, para si mesmo. Torna-se imperativo manter a harmonia da forma e não sucumbir ao caos – trazido pela subjetividade do ser doente – para que a consulta se realize e que saiam vitoriosos os personagens em questão, uma vez que o encaminhamento positivo da consulta beneficia a todos os seus participantes. Se sucumbida ao caos, a forma é rompida e a consulta médica torna-se outra coisa, caída em forma e, provavelmente, de impossível realização. “Toda a compreensão psicológica já pressupõe uma determinada posição dos *loci* transcendentais e funciona somente dentro da esfera destes.” (Ibidem, p.28). Para levar a consulta médica a cabo, é esperado que o médico atue dentro dos limites que a forma impõe e isso pressupõe que a sua própria expressão subjetiva seja talhada em nome de uma forma maior, que o orienta e, também, o institui naquele espaço e tempo como o herói trágico daquela ação.

Dizíamos que o grego conta com as respostas antes de formular as perguntas. [...] Significa que, na relação estrutural última, condicionante de todas as experiências e configurações, não são dadas quaisquer diferenças qualitativas, portanto insuperáveis e só transponíveis com um salto, a separar os *loci* transcendentais entre si e estes do sujeito que lhes é designado *a priori*; significa que a ascensão ao mais elevado e a descida ao mais vazio de sentido concretizam-se por caminhos de adequação, ou seja, na pior das hipóteses, por intermédio de uma escala graduada, rica em transições. Por isso, a conduta do espírito nessa pátria é o acolhimento passivo-visionário de um sentido prontamente existente. O mundo do sentido é palpável e abarcável com a vista, basta encontrar nele o *locus* destinado ao individual. O erro, aqui, é questão somente de falta ou excesso, de uma falha de medida ou percepção. Pois saber é apenas o alçar véus opacos; criar, apenas o copiar essencialidades visíveis e eternas; virtude, um conhecimento perfeito dos caminhos; e o que é estranho aos sentidos decorre somente da excessiva distância em relação ao sentido. É um mundo homogêneo, e tampouco a separação entre homem e mundo, entre eu e tu é capaz de perturbar sua homogeneidade. (Ibidem, p. 28-29)

Ora, tal perspectiva tudo tem a ver com a clínica e a moldura que demos no primeiro capítulo e que, em certa medida, retomamos aqui. Um sentido prontamente existente e pouco alterado pela subjetividade que o interpela de todo. Quem traz esse tom da individualidade não é a moldura da consulta, pré-estabelecida pelo nosso contexto social, histórico e econômico de ações que constituem não só o modo de operar da Medicina no contexto público brasileiro aqui apresentado, como também o arcabouço teórico construído pela e para a Medicina e que dispomos hoje. Se tomarmos essa moldura como o lugar a partir do qual a ação acontece, não há espaço para subjetividades – nem do médico e nem do paciente – ao menos não um lugar que seja acolhido pela forma estruturante ou que, de fato, a altere, a dinamize, a flexibilize. Notaremos tal tentativa nas narrativas de caráter espontâneo na extensão da ação, trechos rebeldes, pequenas em força, pois não alteram a forma posta. Essas narrativas, ainda que não modifiquem a estrutura maior, nos fazem encontrar um sujeito, inserido no tempo, e paradoxal: completo e ao mesmo tempo pulverizado em sua fragmentariedade. O caráter uno da clínica – e aparentemente coeso – é sustentado pela forma maior, de caráter dramático, que o localiza no tempo e no espaço do médico, o tempo e espaço da consulta clínica – a partir de outras consultas que vieram antes e continuando um modelo que permanecerá depois – um curso e desdobramento já designados *a priori*. Para a sobrevivência de todos implicados na ação clínica, o paciente subjetivo se torna um subjetivo-objeto catalogável e, assim, facilmente pertencente à moldura instituída, com isso o médico limita-se à resolução dos enigmas de doença. Tudo que foge a essa adequação e homogeneidade inerente é relegado ao espaço do não-saber fora da moldura: o caos. Essa clínica, como constituída nas consultas aqui analisadas, precisa da homogeneidade para prosseguir em sua atuação. Delimitamos aqui que é o herói trágico, juntamente com todas suas artimanhas e tudo que é abarcado pela ação da clínica médica, que determina o que é individual e subjetivo, determina quem é o paciente, e não o contrário. O personagem paciente não molda e não move a estrutura, nem mesmo chega a causar fissura em suas paredes. É a estrutura condicionante que delimita o paciente, adequando-o à forma, às cenas temáticas.

Essa forma se torna problemática uma vez que um sistema que se propõe homogêneo traz, engendrado em seus atores, o desequilíbrio da realidade da vida e do caos do sujeito doente. Para superar o caos, sem deixar que esse interfira na organicidade do processo, há que necessariamente apagar as subjetividades. Só assim a homogeneidade e a continuidade da atuação tornam-se possíveis e sustentáveis, dentro desses parâmetros. A problemática inclui, certamente, o médico, pois mina também a sua própria subjetividade, trazendo à tona, à superfície *somente* a sua voz profissional que ecoará com a razão de outras vozes profissionais

em uma cadeia mais opaca que transparente, transformando um espaço de troca profunda e subjetiva em pura aridez de objetividade e razão.

Na caracterização do personagem médico, esperam-se unidade, êxito, altivez, “um longo caminho jaz diante dele, mas dentro dele, nenhum abismo” (LUKÁCS, 2009, p.30). A realidade escancarada por uma crise da medicina, uma crise de forma, é a pressuposição do afastamento entre sujeito profissional e mundo, tratando a máscara profissional como uma suspensão do tempo da vida que não adiciona à sua matemática original o sujeito atravessado pelo mundo em que vive. Ou seja, um sujeito sem abismos, fora do curso e das intempéries do tempo. A atuação desse sujeito no mundo moderno só é possível dentro de uma estrutura que o engendre para tal.

O círculo em que vivem metafisicamente os gregos é menor do que o nosso: eis por que jamais seríamos capazes de nos imaginar nele com vida; ou melhor, o círculo cuja completude constitui a essência transcendental de suas vidas rompeu-se para nós; não podemos mais respirar num mundo fechado. (LUKÁCS, 2009, p.30)

É a necessidade de rompimento com o mundo homogêneo que nos traz aqui. A abertura ao mundo se dá por meio das novas formas de expressão, aqui narrativas, que surgem e atravessam essa constituição fechada, ampliando-a ao ampliarem-se. Essa busca pela ampliação dessa esfera fechada é o que leva o paciente a narrar(-se), “introduzindo assim no mundo das formas a fragmentariedade da estrutura do mundo.” (Ibidem, p.36). Com o fim da era helênica há a “transmutação dos pontos de orientação” (Ibidem, p.36), quer dizer, nasce a necessidade de se orientar a partir de uma outra lógica, novas e outras formas adaptadas a um novo público-alvo, que emerge de uma nova constituição social e de um novo interesse pela literatura, algo mais próximo da própria realidade dos sujeitos leitores. Um interesse mediado pela própria constituição histórica, social e econômica daquela sociedade que desejava ver-se, ou melhor, ler-se, ter-se na literatura como a imagem refletida de Narciso na fonte de água. A forma dramática não desaparece (como a épica clássica, por exemplo), mas permanece no curso da história transformada pela(s) nova(s) realidade(s), reivindicando sua permanência por entre os novos gêneros que surgiam ao longo do caminho.

Sobre essa questão, destaca-se trecho do posfácio do tradutor em que explica:

Em sua altivez, escorada na forma, entroniza o drama e a tragédia num domínio menos suscetível ao decurso do tempo, permitindo-lhe uma relativa desenvoltura no trato com a realidade alterada inserida em suas fronteiras, sem a mudança total de seus

preceitos. “Eis por que a tragédia, embora transformada, transpôs-se incólume em sua essência até os nossos dias”²¹ [...] (MACEDO, 2009).

Ainda:

A universalidade só pode ser formalmente construída no drama se a riqueza múltipla e turbulenta das possibilidades reais for excluída. Extraíndo-lhe a sùmula, o drama armazena apenas as correlações que estruturam a realidade; embora comprometa detalhes e profusão, o caráter sucinto dos conflitos assim depurados de qualquer contingência prima pelo rigor dos vínculos assentados no rígido encadeamento dramático. Com tal apuro, o drama garante a um só tempo a criação de uma totalidade artística a partir dos meios formais e foge à abstração, por reter o extrato da realidade na figura das relações que lhe dão vértebra. “A ordem, a correlação múltipla e complicada das coisas e a implacável necessidade desse vínculo, do encadeamento das coisas, é o princípio formal mais importante do drama. [...]. O substrato de que o drama é a forma não são, portanto, os fragmentos peneirados da realidade e soldados no interior da obra, senão a própria solda das correlações que os mantém unidos. Não se adiciona um vínculo como argamassa dos fragmentos; é o próprio vínculo, a cadeira de elos despojada, que serve de conteúdo à configuração: “As manifestações dramáticas não têm outra realidade senão a sua vinculação, e nelas não se imagina outro vínculo senão o casual. Não pode subsistir outra correlação senão a longa corrente de causas e efeitos, sendo que cada causa é o efeito da causa anterior, e cada efeito a causa do efeito que lhe segue” (Ibidem, p.201-202)

A citação transmite com impressionante precisão alguns aspectos que podem ser facilmente atribuídos à forma da consulta clínica enquanto gênero dramático que aqui defendemos. Veremos no decorrer da análise das narrativas neste capítulo que a *turbulência das possibilidades reais* trazida pelo paciente ao narrar sobre a sua vida é, por vezes, deixada de lado na seleção de fatos feita pelo médico. Isso porque, conforme já dito anteriormente, o cumprimento – e possível êxito – da consulta como se configura no contexto aqui apresentado depende da seleção mais rigorosa e objetiva no que tange à coleta da história da doença e não a do paciente, ainda que a separação dessas duas esferas seja de difícil empreitada, afinal, como separar a doença do doente? As correlações que estruturam a realidade da clínica são as correlações entre sintoma e doença, que é o problema central da vida da clínica, pois é o desvendar do enigma que busca fugir às abstrações postas pelo paciente. Quase como empecilhos são os dados da vida que circundam o sintoma, pois desequilibram a coleta de dados objetiva. Na consulta, não há espaço para os “fragmentos peneirados da realidade” muito menos para os “soldados no interior da obra”, e, sim, para a “solda das correlações que os mantém unidos”, quer dizer, a solda que constitui o sujeito e medeia o seu ser com o mundo naquele instante é a doença – e é essa a única matéria que lhes interessa para levar a cabo o encontro clínico.

²¹ José Marcos Mariani de Macedo, “Posfácio” In. LUKÁCS. **Teoria do Romance**. 2ª. Ed. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2009.

A causa e o efeito a que a clínica aspira são sobre a doença, não sobre o doente. “Quanto ao seu conteúdo [do drama], pode-se dizer que ele é a abreviação estilizada da vida de uma pessoa – abreviação que, de tão estilizada, representa toda uma vida reduzida a compêndio no conflito central.” (Ibidem, p.203). Na tragédia da clínica, portanto, a doença é o conflito central e, ainda que não roube o protagonismo do médico – pois apenas lhe serve - definitivamente rouba qualquer possibilidade de protagonismo por parte do paciente.

A estrutura firme e altiva em sua suposta homogeneidade que estrutura a clínica médica colide com o caos e a fragmentação da vida, integralmente heterogênea, que estrutura o paciente. Por isso, se faz necessário identificar a forma dramática - enquanto estruturante da consulta clínica - como grande moldura condutora e condicionante da ação do herói trágico (o médico). Porém, ao olhar para o herói caído (o paciente), que percorre sua própria alma e corpo nos entregando suas narrativas fragmentárias de um sujeito doente, é possível apreender os sentidos depreendidos de uma ação que nasce da radicalidade do caos da vida, o que é o processo de dor e doença por definição – partes integrantes do sujeito e da vida tal qual é.

Sujeito e objeto coincidem no drama, no qual a subjetividade configuradora – sob a perspectiva da obra – é apenas um conceito-limite, uma espécie de consciência em geral, mas estão presentes e separados clara e nitidamente entre si na própria obra; e como da empiricidade do objeto desejada pela forma resulta um sujeito configurador empírico, este (o sujeito) jamais pode ser o fundamento e o aval da totalidade do mundo em destaque. A totalidade pode manifestar-se com genuína evidência somente a partir dos conteúdos do objeto: ela é metassubjetiva, transcendente, uma revelação e uma graça. (LUKÁCS, 2009, p.47)

A totalidade do mundo do drama não se encontra em um sujeito empírico, não há totalidade dada *a priori* na vida de um indivíduo que é fragmentária e caótica em sua natureza. A totalidade desejada pela tragédia da clínica é medida pela matéria que interessa à forma: as doenças que são menos a expressão e a experiência de um único sujeito e mais uma expressão universal; na clínica, é só através da doença que conseguimos, se quisermos, farejar quaisquer vestígios de subjetividade; o caminho contrário, que é alcançar a doença através do indivíduo, é um caminho mais espinhoso, uma vez que seria necessário atravessar a fragmentariedade do sujeito e lidar radicalmente com a vida enquanto totalidade ali expressa.

Isso não é um juízo de valor, mas um *a priori* determinante dos gêneros: o todo da vida não permite nela indicar um centro transcendental e não tolera que uma de suas células arvore-se em sua dominadora. Somente quando um sujeito, afastado de toda a vida e de sua empiria necessariamente implicada, entroniza-se nas alturas puras da essencialidade, quando não é mais que um depositário da síntese transcendental, pode ele abrigar em sua estrutura todas as condições da totalidade e transformar seus limites em limites do mundo. (Ibidem, p.52-53)

O processo descrito acima nos serve como sintetizador do papel do médico em meios às subjetividades pelas quais é atravessado rotineiramente em sua prática: faz-se necessário afastar-se. Afinal, como o médico cumpriria o seu papel profissional se fosse radicalmente atravessado por todos os pacientes que se sentam do outro lado da mesa no consultório? Manter-se objetivo, na justa medida da ética, é uma forma de conseguir confrontar o Minotauro e sair ileso do labirinto, repetidamente, em sua ação profissional. Os limites do médico, enquanto herói trágico, representante da ciência médica, são os limites do mundo da clínica e este, pela forma como configuram-se suas ações, gira em torno não do paciente, mas da doença. A relação do herói trágico se estabelece com os enigmas que, desvendados, o conduzirão ao cerne do labirinto, deparando-se com a figura monstruosa de um ser duplo, ou acometido de uma duplicidade enquanto ser doente. Teseu aniquilou Minotauro e saiu vitorioso do labirinto. Para o herói da clínica, o desafio se impõe ainda mais hercúleo: há que salvar o Minotauro integrando sua natureza dual: humano e animal, saúde e doença.

A breve exposição feita até aqui teve como objetivo resgatar alguns aspectos do drama, em especial sobre o herói trágico, o médico, para podermos contrapô-lo quanto às narrativas do personagem paciente, principal foco do presente capítulo.

Passaremos, então, da estrutura maior, trágica, essa totalidade erigida como sustentáculo maior da ação dos personagens do início ao fim, para uma análise da fragmentariedade que paradoxalmente também a constitui. Essa fragmentação, dentro da forma trágica mais estruturante, é dada pela narrativa e vem, primordialmente, do paciente. Teremos como objetivo reafirmar a hibridez da consulta clínica que não se constitui senão de uma imbricação de gêneros, uma tessitura mista de fios soltos e fios bem amarrados, ora visíveis, ora mais furtivos ao olhar.

Para tal empreitada, centralizar o nosso olhar no personagem do sujeito doente nos obriga a atravessar a estrutura dramática e retórica do médico, chegando ao personagem que evoca, dentro da ordem, à desordem e que se contrapõe ao caminho do herói trágico. O paciente é o grande obstáculo a ser transposto a cada consulta pelo médico, é ele quem estabelece o enigma a ser vencido, que insere o conflito na harmonia da saúde. Para refletir acerca da ação do personagem paciente, seremos obrigados a sair da estrutura dramática e caminhar em direção a um olhar distinto que traçaremos com a ajuda de elementos característicos da forma narrativa.

Especialmente a partir da forma do romance, essa que alterou substancialmente e definitivamente o modo como os personagens se constituíam nas histórias, com uma aproximação mais subjetiva, pensando-o agora não como preenchedor de lacunas, receptáculo

e/ou herói caído, como requer do paciente a forma trágica da clínica, mas como identidade constituída – ou com a tentativa de constituir-se narrativamente. Alguns pontos sobre a forma do romance serão levantados com objetivo de nortear o olhar para o paciente que proveremos ao longo da análise.

[Na novela] na medida em que a falta de sentido é vislumbrada em sua nudez desvelada e sem disfarces, o poder conjurador desse olhar intrépido e desconsolado confere-lhe o sacramento da forma; a falta de sentido, como falta de sentido, torna-se forma: afirmada, superada e redimida pela forma, ela passa a ser eterna. (LUKÁCS, 2009, p.49-50)

Os relatos de paciente são com frequência postos em dúvida pelo médico (conforme destacamos na análise realizada nos capítulos anteriores) porque desafiam o cosmos orgânico e perfeito desenhado pelo médico, mesmo no trajeto da e pela doença. A relação da causa e efeito que o médico traz enquanto paradigma basilar de sua ação busca no relato do seu paciente o seu correspondente narrativo preciso. Por exemplo, se o paciente relata que caminha todos os dias, porque, então, continua com sobrepeso? A captação do relato serve ao médico como pistas que o levarão à resolução dos enigmas, pistas estas que ele já traz engendradas pela sua formação, um composto de peças de quebra-cabeça que o levam à totalidade da imagem que configuram sua ciência. Os relatos são “reflexos subjetivos de um fragmento de mundo meramente subjetivo, e, portanto, limitado, estreito e arbitrário” (LUKÁCS, 2009, p.52). Arbitrariedade essa que a forma dramática da clínica expulsa e rechaça. Emergirá, portanto, na narratividade em curso, resiliente, justificando a si mesma.

O processo segundo o qual foi concebida a forma interna do romance é a peregrinação do indivíduo problemático rumo a si mesmo, o caminho desde o opaco cativo na realidade simplesmente existente, em si heterogênea e vazia de sentido para o indivíduo, rumo ao claro autoconhecimento. (LUKÁCS, 2009, p.82)

A “ilimitação descontínua da matéria romanesca” (Ibidem, p.82) é o reflexo do sujeito que se configura na vida e pela vida, situado e atravessado pelo curso do tempo, em todas as suas inflexões. “A extensão do mundo é limitada pela extensão das experiências possíveis do herói, e o conjunto dessas últimas é organizado pela direção que toma o seu desenvolvimento rumo ao encontro do sentido da vida no autoconhecimento” (Ibidem, p.89), autoconhecimento esse que se realiza na consulta clínica, em entender-se estranho, mudado pelo processo de dor e doença, perguntando-se a si mesmo “quem sou eu nessa outra constituição que me toma de todo?”.

Por isso, aqui se faz necessário distinguir entre herói trágico – o médico – e o herói caído – o paciente. É claro que o herói trágico – enquanto sujeito no mundo – também é constituído

por uma visão de mundo que carrega em si suas experiências próprias, pessoais e não profissionais. No entanto, restringindo-nos ao contexto clínico, quem dá o tom do que é propriamente empírico é o paciente, emergindo completamente do mundo da vida, sem as máscaras outras que também carrega em si. Ali, ele é paciente - e somente essa condição o define de todo. As experiências do médico, nesse contexto, não são só suas próprias, pessoais, mas amplas, históricas, científicas, acumuladas e trazidas como um legado, o saber médico é permeado de experiências outras e múltiplas que constituem uma voz uníssona – na maior parte – e que serve como bússola norteadora de todas as ações. Todo médico carrega em sua identidade a alteridade dos que antes vieram. A experiência que o médico traz para o consultório clínico não é somente a sua própria de sujeito, mas o conjunto de vozes que formam a Medicina, todo o arsenal médico que é possível ser conhecido hoje. Ele é um todo uno, as leis regentes.

Eis por que o herói do drama não sai a campo para provar a si mesmo: ele é herói porque sua certeza interior está alicerçada *a priori*, para além de toda a prova; o acontecimento que dá forma ao destino é para ele somente uma objetivação simbólica, uma cerimônia profunda e solene. (LUKÁCS, 2009, p.90-91)

A nova mirada ao personagem, trazida pelo surgimento do Romance, nos ajuda a observar as narrativas produzidas em contexto clínico que rompem com esse padrão mais uníssono do herói trágico. Observaremos os fluxos do paciente, abarcando como viés de análise o olhar que até hoje o Romance dedica ao personagem. O olhar para o sujeito migrou também do macro ao micro, individualizando-o. Tratar sobre um assunto tão extenso e cheio de desdobramentos como a narrativa, necessita uma abordagem seletiva que nos propicie o saber necessário a nos conduzir, inevitavelmente, a olhar para as narrativas presentes neste trabalho a partir das perspectivas trazidas à superfície pelo próprio texto. Abordaremos alguns aspectos que interessam a esta análise sobre o Romance trazidos pelo crítico Ian Watt, cuja publicação, *A ascensão do romance*, traça um panorama sobre o surgimento do gênero em questões históricas, filosóficas e sociais.

O romance é a forma literária que reflete mais plenamente essa reorientação individualista e inovadora. As formas literárias anteriores refletiam a tendência geral de suas culturas a conformarem-se à prática tradicional do principal teste da verdade. [...] O primeiro grande desafio a esse tradicionalismo partiu do romance, cujo critério fundamental era a fidelidade à experiência individual – a qual é sempre única e, portanto, nova. Assim, o romance é o veículo literário lógico de uma cultura que, nos últimos séculos, conferiu um valor sem precedentes à originalidade, à novidade. (WATT, 1990, p. 14-15)

O médico está imbricado na temporalidade da consulta médica e sua atenção ao tempo está enraizada nos dados sobre a doença: a frequência e a duração dos sintomas além da ingestão de medicamentos. O paciente obedece à mesma lógica quando interpelado pelo médico, mas a sua relação com tais sintomas é visceral, é a temporalidade de si mesmo, é sobre a extensão de sua própria vida, o que inclui a parte acometida pela dor, mas abarca a própria existência em toda a sua dor e glória. As narrativas espontâneas do paciente emergirão então à revelia do esquema proposto, rompem com as restrições insubordinadamente.

O “princípio da individuação” aceito por Locke era o da existência num local particular do espaço e tempo: pois, como escreveu, “as ideias se tornam gerais separando-se delas as circunstâncias de tempo e lugar”, portanto se tornam particulares só quando essas duas circunstâncias são especificadas. (WATT, 1990, p.22)

De maneira sintética, levantamos aqui alguns conceitos que abordaremos na seção seguinte, durante a análise dos excertos narrativos produzidos pelos pacientes. Traremos à superfície esses trechos para analisá-los em sua plena forma de expressão, buscando apontar as diferenças entre o discurso produzido pelo herói caído, ou seja, quando interpelado por informações pelo médico, e pelo sujeito paciente em cena, que se apropria de um breve protagonismo para narrar-se e, dessa forma presentificar-se em cena.

Antônio Candido (1973) em seu artigo “Timidez do romance: estudo sobre a justificativa da ficção no começo do século XVII” também levanta pontos sobre o modo como o gênero que surgia era percebido pela crítica e como foi rechaçado pela não compreensão, durante muito tempo, do papel desempenhado pela ficção em contraposição aos gêneros elevados (tragédia e epopeia), que eram tidos como a base sólida da produção literária e o modelo maior, regente de todos os outros.

Note-se a marcha curiosa do pensamento crítico: o aspecto moral ou psicológico do conteúdo age sobre a forma, que é contaminada por ele. De tal maneira, que a pedra de toque, o ponto de partida da análise, é sempre o conteúdo, que representa no romance a ideologia da sociedade e é apresentado como devendo reger a composição. (CÂNDIDO, 1973, p.76)

Ao olharmos para essas narrativas, temos como objetivo enxergar o sujeito em sua complexidade individual, não mais parte de um grande esquema ou tema ou tipo, mas constituído temporalmente e, portanto, com uma história que é sua única – ainda que fragmentada por definição em sua natureza humana finita e complexa. Da mesma forma que o gênero do romance se aproxima da cena e focaliza o olhar na realidade concreta que pulsa em uma existência particular, olharemos para o paciente nessa perspectiva.

Muitos dos excertos configurados pelos pacientes não são considerados na lógica organizacional do médico, que compõe por si mesmo o encadeamento dos fatos das consultas, enquanto herói da tragédia da clínica. Portanto, buscaremos trazer à luz alguns questionamentos: será que o narrar é suficiente? Tentando, principalmente, abordar questões sobre as relações de sujeito e objeto, uma vez que, por vezes, a doença é colocada no tempo como protagonista e o sujeito é retirado dele, tornando-se, de certa forma, dispensável ou um mero papel secundário, quiçá terciário: o herói caído. Outros elementos narrativos também embasarão a análise que segue, conforme sejam evocados pela própria performance tal como ela se mostra.

Parece que o interesse do romancista pela vida cotidiana de pessoas comuns depende de duas importantes condições gerais: a sociedade deve valorizar muito cada indivíduo para considerá-lo digno da sua literatura séria; e deve haver entre as pessoas comuns suficiente variedade de convicções e ações para que seu relato minucioso interesse a outras pessoas comuns. (WATT, 1957, p.55)

Conhecer os mundos que se abrem para nós através dos personagens que os imaginam, os vivenciam, os celebram e os narram seremos acometidos de brutal humanidade. Com isso estaremos aparatados para o percurso.

O HERÓI CAÍDO

A esta altura da presente jornada, infere-se que nosso leitor já esteja familiarizado com os pacientes das consultas aqui abordadas: dona Inês e seu coração duro, Seu João e sua dor aqui ó, Regina e seus questionáveis apagões. Os epítetos, no entanto, embora ilustrem o clímax dramático de cada consulta, em nenhuma hipótese conseguiriam sintetizar a complexidade apresentada por cada um dos personagens.

Na análise que segue buscaremos mergulhar em tal complexidade, observando como são constituídos os personagens da clínica e a partir de quais padrões linguísticos. Algumas perguntas norteadoras emergem de pronto: o paciente narra? Se narra, é escutado? Portanto, será narrar suficiente? Há um interlocutor para o herói trágico? Há protagonistas? Tentaremos responder tais questionamentos utilizando das metodologias de análise linguística e literária mais apropriadas às cenas selecionadas, com o objetivo de identificar quem são os personagens, como se constituem linguisticamente e qual o seu papel na performance da tragédia da clínica.

O caminho aqui estreita-se, mas não de todo. A escuta atenta é aqui reivindicada, pois valerá muito. Mãos seguras no fio, ouvidos abertos. Sigamos em direção ao centro.

As consultas aqui analisadas, como já apontado na introdução deste trabalho, foram coletadas no Ambulatório Geral e Didático (AGD) do Hospital das Clínicas, da Universidade de São Paulo. Para os parâmetros de análise estabelecidos neste capítulo, será importante, especialmente para o leitor não-médico, reiterar a distinção entre as nomenclaturas R1 e R2, comumente atribuídas aos residentes de clínica médica, cujo atendimento tem duração de dois anos. Dentro do AGD, os pacientes, quando atendidos no R1, são atendidos por residentes do primeiro ano de clínica médica, que podem ter sido encaminhados do pronto-socorro para um segmento de alguma condição que não precisa ser avaliada no contexto de urgência e emergência. Já os pacientes no R2 são atendidos por residentes do segundo ano de clínica médica, que podem ter sido encaminhados do R1 justamente por se tratarem de casos mais complexos de comorbidades mais avançadas.

Das quatro consultas que servirão à análise deste capítulo, dois pacientes foram atendidos no R1, Marta e João, e duas pacientes no R2, Inês e Regina. Serão agrupadas em R1 e R2 por identificarmos certos padrões de procedimentos que impactam na linguagem configurada ali.

Os critérios de agrupamento, para além do que já mencionado, apontam também uma proximidade estrutural. As consultas do R1 têm duração entre 30 e 40 minutos, enquanto as consultas do R2 têm duração superior a 1 hora. As consultas do R1 trouxeram de uma a duas queixas mais pontuais sobre o estado dos pacientes, enquanto ambas as pacientes do R2 foram intituladas de “poliqueixosas”, devido à complexidade de ambos os casos. O ritmo de ambos os grupos também se difere, hipótese evidenciada pelo jogo rítmico estabelecido pelo questionário advindo do prontuário. Enquanto os pacientes de R1 responderam sobre seus antecedentes familiares e outras questões de cunho pessoal em suas anamneses, os pacientes de R2 ficaram centrados na resolução das muitas comorbidades já registradas pelo prontuário. Todos esses dados estruturais trabalham para a caracterização das personagens em cena. Vamos a elas.

PERSONAGENS-PACIENTES DO R1

O paciente João chega à consulta com uma queixa urgente e pontual, “da dor aqui ó”, que não é uma dor de cabeça, como reitera inúmeras vezes o paciente, mas uma dor na região acima do olho esquerdo. Apresenta seus argumentos com o referencial sempre presente: “nesse osso aqui, doutor, insuportável”. Marta chega à consulta com um pedido já preparado de “duas

coisas” à Dra. Jéssica, médica residente: um acompanhamento ginecológico, “durante cinco eu tô parada, não fiz mais exame nenhum”, e um encaminhamento ao endocrinologista, pois relata que engordou 12 quilos em 6 meses. A ordem organizacional de ambas as consultas é a mesma, salvo alguns pormenores que emergem do que é próprio a cada uma. Exporemos abaixo cada uma das consultas em seus excertos selecionados e depois faremos as comparações pertinentes.

- **Paciente Marta**

Cena 1

Tema #1 Hipotireoidismo – trazido pela médica a partir da leitura do encaminhamento pessoal.

M: Já dei uma lidinha aqui, tá certo? No encaminhamento pessoal, tá?

P: Tá

M: Você tem o hipotireoidismo...

Cena 2

Tema #2 – Solicitação de acompanhamento ginecológico trazido pela paciente.

P: Olha... acontece/eu vim por duas coisas...

M: Tá, pode falar...

P: Eu preciso fazer acompanhamento ginecológico porque eu já... tive HPV e... eu não tenho feito acompanhamento nenhum ginecológico. Tenho que fazer exames, tipo captura híbrida, que no posto não faz...

Cena 3

Retorno ao Tema #1 – médica pede à paciente seu histórico sobre os medicamentos.

M: Marta, além dos medicamentos para tireoide, além da Puran, você usa mais o que de medicação?

P: Uma vez por mês eu tomo injeção de Paliperidona, que o médico escreveu aí

M: Paliperidona, é isso?

P: Paliperidona

M: Pali-peridona

P: Paliperidona

M: Tá... que mais?

P: E...

M: É uma vez por mês né?

P: É uma vez por mês... e Akineton, dois por dia

Cena 4

Tema #3 – Solicitação de encaminhamento para endocrinologista por ganho de peso trazida pela paciente.

P: Uma otr/ uma outra razão que eu vim... doutora... é pra senhora me encaminhar para um endocrinologista

M: Não, da tireoide a gente vai acompanhar aqui mesmo, tá bom?

P: Tá, mas o qu/ o que que aconteceu... eu engordei doze quilos

M: Você engordou doze quilos?

P: Doze quilos... eu perdi todas as minhas roupas... eu não tenho mais

nenhuma roupa pra vestir

M: Nos últimos exames que eu vi aqui tá normal sua função tireoidiana, tá? Mudou recentemente a dose do Puran? Ou...

P: Não

M: Não? Tá... Esse ganho de peso não parece ser por conta da tireoide, tá? Eu vou discutir direitinho com os assistentes daqui do lado, tá? Mas pode discutir com a psiquiatria também para ver se não tem a possibilidade de ser por conta das medicações, que tem alguns remédios psiquiátricos que geralmente ajudam um pouquinho a aumentar o peso... você chegou a ganhar quanto? Em quanto tempo?

P: Foi... em/em 6 meses eu ganhei doze quilos

M: Em seis meses ganhou doze quilos, né?

P: E eu não tô conseguindo emagrecer, já fiz/ eu queria visitar um endo pra me passar uma dieta. Já fiz a dieta da luz, fiz dieta... da proteína, mas nenhuma dieta tá adiantando e eu queria visitar um endo para eu/

Cena 5

Prontuário – Preenchimento da anamnese por parte da médica.

M: Marta, eu vou perguntar agora umas coisinhas tipo da sua família, antecedente pessoal para a gente te conhecer um pouquinho mais, tá bom?

P: Tá

As perguntas que surgiram nesse quadro estão todas apontadas abaixo. Até mesmo as perguntas que são desdobramentos de perguntas anteriores. Neste estágio, não analisaremos as respostas da paciente, por isso não foram incluídas, contudo, é possível inferir muitas das respostas dadas pela sequência informativa e pelo encadeamento proferido pela profissional.

1. Você já me disse que não tá trabalhando, né? Trabalhava com o quê antes?
2. Chegou a concluir primeiro, segundo, terceiro ano?
3. Você mora com quem?
4. Você fuma ou já fumou?
5. Parou há quanto tempo?
6. Começou a fumar com quantos anos?
7. O máximo que você chegou a fumar foi quanto, sabe dizer?
8. Faz atividade física?
9. Parou há quanto tempo? E por quê?
10. Não tem nenhum parque perto de casa?
11. Chega a fazer quantas vezes por semana de caminhada?
12. Tem alergia a alguma medicação, Marta?
13. Já teve algum trauma, algum acidente?
14. Bebe ou já bebeu?
15. Bebeu? Parou tem quanto tempo?

16. Tomava que tipo de bebida?
17. Tomava mais de finais de semana ou chegava a tomar todos os dias?
18. Chegava a tomar quanto de cerveja? Sabe quantificar?
19. Quantas latinhas? Tenta dizer mais ou menos
20. E começou com quantos anos? Dezoito também? Na época do cigarro?
21. Toma muito café ou refrigerante?
22. Só final de semana? E café durante o dia todo?
23. Já usou algum outro tipo de droga? Seja injetável, inalada como maconha, heroína, cocaína...
24. Quando foi a última vez que usou?
25. Perguntar agora em relação a sua família, certo? Na família tem alguém que tem diabetes?
26. Alguém que tem pressão alta?
27. Alguém que tem colesterol aumentado?
28. Tem história de câncer na família?
29. Tem alguém que já teve demência? Tipo Alzheimer? Ou que chegou mais velho e teve perda de memória?
30. Alguém que já teve infarto ou derrame?
31. Ele teve com quantos anos, sabe dizer?
32. Trinta e cinco? Foi o que derrame...ou foi infarto?
33. Foi infarto? Ele chegou a falecer por conta do infarto?
34. Avô por parte de pai ou mãe?
35. E sua outra avó teve o quê?
36. Com quantos anos, você sabe me dizer, não? Mais ou menos?
37. Tem alguém com alguma doença reumática, tipo lúpus, artrite reumatoide?
38. Alguém que fuma?
39. E tem alguém que teve ou tem tuberculose? Que já tratou?
40. Lembra quanto tempo foi?
41. Tem mais de dez anos?
42. Tem alguém que é obeso na família?
43. Você já fez alguma cirurgia?

Para encerrar,

M: Além do aumento de peso tem mais alguma coisa que você sente e que

queira se queixar aqui com a gente?

P: Não, eu tô já com dores no joelho por causa do aumento de peso, queria que o... que o médico me acompanhasse, me desse instruções para uma dieta... acompanhasse o meu peso para eu voltar ao peso normal que era antes, porque essa medicação ela não engor/

É então realizado o exame físico, ainda na mesma sala, e a médica se retira para discutir o caso com o médico assistente, encerrando o Ato I com a paciente Marta.

- **Paciente João**

A estrutura da consulta do Seu João se desenvolve de maneira muito similar. O médico também a inicia com a leitura do encaminhamento.

M: Meu nome é J V e eu que vou atender o senhor hoje, tudo bem? O senhor foi atendido no pronto-socorro hoje, é isso mesmo?

((Silêncio))

M: Não, dia 24... faz dois dias, é isso?

Cena 1

Tema #1 – Queixa de dor trazida pelo paciente.

M: Tá joia. Por que que o senhor foi no pronto-socorro?

P: Por motivo da dor aqui ó

M: Dor de cabeça?

P: Não, é uma dor aqui, nesse osso aqui, doutor, insuportável

M: Hum

P: E só

As perguntas feitas pelo médico dentro desse quadro foram:

1. E o que que fizeram com o senhor lá no pronto-socorro?
2. Melhorou?
3. Há quanto tempo que o senhor tá com essa dor?
4. Já tinha tido essa dor antes?/
5. E o senhor acha que melhorou alguma coisa?/

Ainda que não anunciado, o próximo conjunto de perguntas feitas pertence à lógica do prontuário, que seguem abaixo:

Cena 2

Prontuário – Preenchimento da anamnese por parte do médico residente.

1. O senhor tem 58 anos, é isso?
2. O senhor nasceu aonde?
3. Paraná? Aonde no Paraná?
4. Primeiro de Maio? E mora em São Paulo?
5. O senhor é casado?
6. O que que o senhor faz?
7. Tem filhos?

Cena 3

Retorno ao Tema #1 – médico retorna ao tema com perguntas sobre a dor do paciente.

6. O senhor disse que começou na quinta-feira, né?
7. É só desse lado aqui que dói?
8. E desde que começou a dor... tá doendo sem parar ou ela vai e volta?
9. O que que a dor de cabeça parece? Parece que tem um negócio pesado/ o senhor acha que tem uma sensação de ficar pesado, que fica cutucando com uma agulha, como é que é?
10. O senhor teve febre?
11. Tá com o nariz escorrendo?
12. Tá difícil de respirar que o nariz tá entupido, alguma coisa assim?
13. Tossindo? Tá tossindo?

Cena 4

Retorno ao Prontuário – Preenchimento da anamnese por parte do médico.

8. Quando que o senhor descobriu que tem pressão alta?
9. Quanto que tava a pressão do senhor quando mediu no pronto-socorro, o senhor lembra?
10. O senhor sabe me dizer se alguém na família do senhor tem pressão alta?
11. O senhor fuma?
12. Nunca fumou?
13. O senhor fumou por quantos anos mais ou menos?
14. Uns vinte anos? Quanto que o senhor fumava? Quanto que o senhor fumava?
15. O senhor bebe?
16. Com que frequência?

17. Mas todo dia o senhor bebe pelo menos uma dose?
18. O senhor tem algum problema de saúde que o senhor conheça?
19. Já precisou fazer alguma cirurgia?
20. O que que operou na vista?
21. Tem alergia a algum remédio?
22. Alguém da família do senhor morreu do coração? De derrame? Alguma coisa assim?
23. O senhor acha que tá perdendo peso?
24. Como é que tá o xixi? E o cocô? Mudou alguma coisa?

Para encerrar,

M: Fora a pressão e a dor que o senhor sente aqui, tem alguma outra coisa que incomoda o senhor?

P: Só o dinheiro...

M: ((Risos)) É, isso eu não posso ajudar o senhor ((silêncio)) Tá ok... ((silêncio)) Dá licença, só um segundinho, viu? Deixa eu examinar o senhor? Aonde que dói? Mostra aqui pra mim...

É então realizado o exame físico, ainda na mesma sala, e o médico se retira para discutir o caso com o médico assistente, também encerrando o Ato I com o paciente João.

Ainda que as consultas tenham traços característicos distintos, já que tratam de personagens distintos, há um padrão de progressão em comum: 1) Relato da queixa primordial, 2) Perguntas do prontuário sobre o paciente e 3) Exame físico. Imagino que o leitor possa questionar o porquê de, na tentativa de caracterizar o personagem paciente, estarmos olhando com tamanha atenção para as perguntas feitas pelos médicos em cena. Justificamos que se torna imperativo iniciar com a exposição desse padrão, pois dele depende – quase que inteiramente – como acontece a caracterização que fazemos da personagem paciente.

As perguntas de ambos os médicos direcionam não só para a seleção do que há de se saber sobre o paciente, como também o ritmo que a investigação instaura. O jogo de perguntas ainda que possibilitem desdobramentos narrativos por parte do paciente, ou seja, a possibilidade de contar uma história concatenando eventos em uma cadeia temporal, não a encorajam pela estrutura mais fechada e um ritmo também mais acelerado, os quais impõem ao paciente respostas mais objetivas e referenciais como sim, não ou o uso de substantivos: “Trabalhava com o quê antes? *Analista de RH*”.

Pela gramática normativa, o uso de estruturas como advérbios interrogativos solicitam informações específicas sobre tempo (quando?), lugar (onde?) e modo (como?); os pronomes

interrogativos também direcionam os pacientes a respostas específicas, respondendo principalmente ao questionamento sobre o que, quem, qual, quanto, e suas variações de número e gênero. Ao estabelecer o questionamento de ordem mais sucinta, direta e objetiva, os médicos muito provavelmente terão respostas mais sucintas, diretas e objetivas. Tais advérbios direcionam a própria estruturação narrativa, uma vez que pedem por tempo, espaço e modo das ações cujo interesse traz à luz. Contudo, quem o médico configura como personagem, escolha elucidada pelo *objeto* ao qual dirige suas perguntas, não é o paciente, mas a doença. Os elementos que buscam organizar essa história desejada pelo médico remontam à história da doença, o tempo, o lugar e o modo como se constitui, a partir do indivíduo, claro, mas não enquanto indivíduo e, sim, enquanto tema. Sob tal prisma, a narrativa que o herói trágico deseja e, portanto, escolhe, não é a do ser-paciente, mas a do ser-doença, ou seja, ao modo do existir do sujeito estritamente *porque* doente.

No contexto clínico, é evidente que qualquer personagem paciente quer a sua absolvição do processo estranho (e doloroso) que o acomete. O paciente também narra a doença para que, concretizando-a em discurso, erradique-se o enigma e a solução traga-o de volta à harmonia do que configura como saúde. A natureza do paciente-Minotauro abriga o duplo, mas não descansa nessa condição, por isso seu inerente estranhamento de partes não integradas: saúde e doença, ordem e desordem, harmonia e desarmonia, vida e morte. Contudo, essa cisão entre ser-doente e ser-doença, instituída no discurso pela forma de ação clínica, reitera a não integração das partes em vez de buscar integrá-las, marginalizando o sujeito do seu próprio ser-doente. A doença tomada como anti-herói, nêmesis de médico e paciente, toma o protagonismo da cena junto com o herói trágico e, integrada de pronto na economia da tragédia da clínica, destitui o paciente de seu posto de interlocutor, movendo-o para à margem, como herói caído, sequestrado pela doença não só na esfera do corpo, mas também na esfera do discurso. Voltemos ao discurso movidos pela análise das perguntas como configuradoras dos settings clínicos aqui retratados.

Dividiremos as perguntas em critérios simples como 1) Interrogativas abertas, ou seja, perguntas que exigirão uma informação para além de sim e/ou não. Normalmente, as perguntas interrogativas abertas fazem uso dos pronomes e advérbios interrogativos, pois solicitam uma informação específica, por exemplo, “trabalhava com *o quê?*” e, com uso mais recorrente, o uso de quanto/quantos, quanta/quantas para quantificar os hábitos questionados. Já as 2) Interrogativas fechadas buscarão do paciente somente a confirmação e/ou a negação do conteúdo apresentado na pergunta. É uma forma comumente achada na clínica o uso da partícula “ou” para delimitar o escopo, por exemplo, “você **bebe** ou **bebeu?**”.

Ainda que os dois critérios usados aqui se estruturam ante a oposição “aberto” e “fechado”, o que cria certa expectativa de uma diferença mais acentuada entre os dois tipos de respostas esperadas, é importante já estabelecer de antemão que as perguntas abertas não se colocam de forma tão aberta quanto poderíamos pensar, pois o trajeto é sempre delimitado e recortado pelo médico; portanto, ainda que a informação vá além do sim e do não, todavia sua possibilidade é pré-determinada. Com isso, notaremos que a caracterização do paciente vai sendo construída pelo médico, pela sua direção do ato e seu agenciamento dos fatos, sem a possibilidade de outra alternativa de constituição de personagem-paciente. É o médico que, em certa medida, cria o paciente, o constitui, uma vez que agencia o material que o caracterizará na performance. Ainda que a partícula “ou” marque explicitamente essa intenção, é menos a recorrência de seu uso e mais o agenciamento dos fatos o que caracteriza o médico como grande articulador e, por que não, escritor, do encontro clínico. Para começarmos a enxergar o paciente em sua forma autêntica, por ele mesmo, seria necessário o apagamento do eco requerido pelo profissional de saúde. A implicação narrativa seria como preencher um espaço vazio e criar uma novidade, como apontou Ricoeur (2010). Contudo, a ação médica não promove espaços temporais, ainda que haja tempo para tal, para que o paciente emergja em/de si, mas, sim, na/da doença e, sobretudo, ecoando a racionalidade médica posta como o caminho a ser caminhado, uma escolha já feita.

Voltemos à consulta de Marta. É importante salientar que ambas as interrogativas, embora dirijam a resposta da paciente, permitem outros desdobramentos, já que tratamos de um contexto autêntico de fala sem roteiro integralmente previsto. Vamos às perguntas:

Quadro 1: Caracterização das perguntas - paciente Marta.

Consulta Marta Perguntas da médica residente	Interrogativas abertas	Interrogativas fechadas
Você já me disse que não tá trabalhando, né? Trabalhava com o que antes?	x	
Chegou a concluir primeiro, segundo, terceiro ano?		x
Você mora com quem ?	x	
Você fuma ou já fumou?		x
Parou há quanto tempo ?	x	

Começou a fumar com quantos anos?	x	
O máximo que você chegou a fumar foi quanto , sabe dizer?	x	
Faz atividade física?		x
Parou há quanto tempo?	x	
E por quê?	x	
Não tem nenhum parque perto de casa?		x
Chega a fazer quantas vezes por semana de caminhada?	x	
Tem alergia a alguma medicação, Marta?		x
Já teve algum trauma, algum acidente?		x
Bebe ou já bebeu?		x
Bebeu? Parou tem quanto tempo?	x	
Tomava que tipo de bebida?	x	
Tomava mais de finais de semana ou chegava a tomar todos os dias?		x
Chegava a tomar quanto de cerveja? Sabe quantificar?	x	
Quantas latinhas? Tenta dizer mais ou menos	x	
E começou com quantos anos? Dezoito também? Na época do cigarro?	x	
Toma muito café ou refrigerante?		x
Só final de semana? E café durante o dia todo?		x
Já usou algum outro tipo de droga? Seja injetável, inalada como maconha, heroína, cocaína...		x
Quando foi a última vez que usou?	x	
Perguntar agora em relação a sua família, certo?		x
Na família tem alguém que tem diabetes?		x
Alguém que tem pressão alta?		x
Alguém que tem colesterol aumentado?		x
Tem história de câncer na família?		x
Tem alguém que já teve demência? Tipo Alzheimer? Ou que chegou mais velho e teve perda de memória?		x
Alguém que já teve infarto ou derrame?		x
Ele teve com quantos anos, sabe dizer?	x	
Trinta e cinco? Foi o que derrame...ou foi infarto?		x
Foi infarto? Ele chegou a falecer por conta do infarto?		x
Avô por parte de pai ou mãe?		x

E sua outra avó teve o quê?	x	
Com quantos anos, você sabe me dizer, não? Mais ou menos?	x	
Tem alguém com alguma doença reumática, tipo lúpus, artrite reumatoide?		x
Alguém que fuma?		x
E tem alguém que teve ou tem tuberculose? Que já tratou?		x
Lembra quanto tempo foi?	x	
Tem mais de dez anos?		x
Tem alguém que é obeso na família?		x
Você já fez alguma cirurgia?		x

Fonte: elaborado pela autora (2023)

De quarenta e cinco (45) perguntas, dezoito (18) pertencem à categoria de interrogativas abertas e vinte e sete (27) pertencem à categoria de interrogativas fechadas. No último grupo, dezoito (18) delas foram sobre antecedentes familiares, sobre terceiros. Muitas dessas Interrogativas abertas acontecem como formas de desdobramentos da primeira mais fechada, por exemplo, “Alguém que teve ou tem tuberculose? Que já tratou?” (interrogativa fechada) tem o desdobramento “Lembra quanto tempo foi?” (interrogativa aberta) para obter uma informação específica quantificada, indicada por “quanto tempo”. Das dezoito (18) interrogativas abertas, dezesseis (16) são desdobramentos de perguntas fechadas formuladas imediatamente antes.

Agora, observaremos as respostas dadas pela paciente às perguntas feitas e depois analisaremos a caracterização a partir da qual vamos, enquanto leitores, construindo o personagem.

Quadro 2: Respostas - paciente Marta.

Perguntas médica-residente	Respostas Marta
Você já me disse que não tá trabalhando, né? Trabalhava com o quê antes?	Analista de RH
Chegou a concluir primeiro, segundo, terceiro ano?	Tô... com até MBA
Você mora com quem?	Com meus pais

Você fuma ou já fumou?	Já fumei, parei de fumar
Parou há quanto tempo?	Quase dois anos
Começou a fumar com quantos anos?	Uns dezoito
O máximo que você chegou a fumar foi quanto, sabe dizer?	Um maço por dia
Faz atividade física?	Não, estava fazendo, mas parei
Parou há quanto tempo?	Fez um mês...
E por quê?	Eu parei academia porque eu fiquei sem dinheiro para pagar a academia
Não tem nenhum parque perto de casa?	Não tem..., mas eu caminho às vezes perto de casa
Chega a fazer quantas vezes por semana de caminhada?	Ah, eu tava fazendo umas três vezes por semana
Tem alergia a alguma medicação, Marta?	Não
Já teve algum trauma, algum acidente?	Não
Bebe ou já bebeu?	Já bebi
Bebeu? Parou tem quanto tempo?	Faz um ano também
Tomava que tipo de bebida?	Cerveja...
Tomava mais de finais de semana ou chegava a tomar todos os dias?	Chegava a tomar quase todo dia
Chegava a tomar quanto de cerveja? Sabe quantificar?	Ai, não sei..., mas tomava bastante
Quantas latinhas? Tenta dizer mais ou menos	Umás cinco, seis latinhas
E começou com quantos anos? Dezoito também? Na época do cigarro?	É... isso
Toma muito café ou refrigerante?	Refrigerante de final de semana só
Só final de semana? E café durante o dia todo?	Não... tomo só o meu café com leite/
Já usou algum outro tipo de droga? Seja injetável, inalada como maconha, heroína, cocaína...	Já usei uma cocaína, mas pouco
Quando foi a última vez que usou?	Faz uns dois anos
Perguntar agora em relação a sua família, certo?	

Na família tem alguém que tem diabetes?	Não
Alguém que tem pressão alta?	((barulho de não com a boca))
Alguém que tem colesterol aumentado?	Não
Tem história de câncer na família?	Não
Tem alguém que já teve demência? Tipo Alzheimer? Ou que chegou mais velho e teve perda de memória?	Não
Alguém que já teve infarto ou derrame?	Só meu vô né? Meu vô
Ele teve com quantos anos, sabe dizer?	Trinta e poucos Mãe: Trinta e cinco anos
Trinta e cinco? Foi o que derrame...ou foi infarto?	Mãe: Não, foi infarto
Foi infarto? Ele chegou a falecer por conta do infarto?	Mãe: Sim
Avô por parte de pai ou mãe?	P: Não, meu vô aí minha outra avó/
E sua outra avó teve o quê?	Por parte de pai teve derrame
Com quantos anos, você sabe me dizer, não? Mais ou menos?	Mãe: Ah, uns setenta anos...
Tem alguém com alguma doença reumática, tipo lúpus, artrite reumatoide?	((barulho de não com a boca))
Alguém que fuma?	Meu pai, mas um pouco, fuma só de final de semana
E tem alguém que teve ou tem tuberculose? Que já tratou?	Minha tia já teve e já tratou tuberculose
Lembra quanto tempo foi?	Ah, faz muitos anos
Tem mais de dez anos?	P: Faz/ por aí Mãe: Mais ou menos
Tem alguém que é obeso na família?	Minha avó e toda a família da minha mãe têm tendência a ser obesa... a engordar
Você já fez alguma cirurgia?	Não

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Ainda que possamos defender que as respostas acima sejam narrativas, os fatos selecionados se encontram tão fragmentados que não possuem força autônoma para se

constituírem como uma narrativa completa em si – ainda que se pretenda uma completude – como, por exemplo: “Eu comecei a beber cerveja com uns 18 anos e bebia bastante, umas 5, 6 latinhas quase todo dia. Mas parei de beber faz um ano.” No entanto, essa possibilidade narrativa é rompida pela fragmentação imposta pelo questionário:

M: É... bebe ou já bebeu?
 P: Já bebi
 M: Bebeu? Parou tem quanto tempo?
 P: Faz um ano também
 M: Um ano? Tomava que tipo de bebida?
 P: Cerveja...
 M: Cerveja... Tomava mais de finais de semana ou chegava a tomar todos os dias?
 P: Chegava a tomar quase todo dia
 M: É? Chegava a tomar quanto de cerveja? Sabe quantificar?
 P: Ai, não sei..., mas tomava bastante
 M: Mas, quantas latinhas? Tenta dizer mais ou menos
 P: Umas cinco, seis latinhas
 M: (Seis) latinhas? E começou com quantos anos? Dezoito também? Na época do cigarro?
 P: É... isso

A sua própria configuração e racionalidade é o que torna a consulta muito mais uma descrição do ser-doente fragmentado pela investigação de hábitos específicos relacionados ao quadro clínico do paciente do que um contar de histórias que atravessasse genuinamente o seu próprio interesse. O paciente se constitui a partir dos fios providos pelo herói-trágico.

Faremos a mesma esquematização com a consulta do Seu João.

Quadro 3: Caracterização das perguntas - paciente João

Consulta João Perguntas do médico-residente	Interrogativas abertas	Interrogativas fechadas
O senhor tem 58 anos, é isso?		x
O senhor nasceu aonde ?	x	
Paraná? Aonde no Paraná?	x	
Primeiro de Maio? E mora em São Paulo?		x
O senhor é casado?		x
O que que o senhor faz?	x	

Tem filhos?		x
Quando que o senhor descobriu que tem pressão alta?	x	
Quanto que tava a pressão do senhor quando mediu no pronto-socorro, o senhor lembra?	x	
O senhor sabe me dizer se alguém na família do senhor tem pressão alta?		x
O senhor fuma?		x
Nunca fumou?		x
O senhor fumou por quantos anos mais ou menos?	x	
Uns vinte anos? Quanto que o senhor fumava? Quanto que o senhor fumava?	x	
O senhor bebe?		x
Com que frequência ?	x	
Mas todo dia o senhor bebe pelo menos uma dose?		x
O senhor tem algum problema de saúde que o senhor conheça?		x
Já precisou fazer alguma cirurgia?		x
O que que operou na vista?	x	
Tem alergia a algum remédio?		x
Alguém da família do senhor morreu do coração? De derrame? Alguma coisa assim?		x
O senhor acha que tá perdendo peso?		x
Como é que tá o xixi? E o cocô? Mudou alguma coisa?	x	

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Das vinte e quatro (24) perguntas feitas, dez (10) foram interrogativas abertas e quatorze (14) foram interrogativas fechadas. Das dez (10) interrogativas abertas, cinco (5) são desdobramentos de perguntas fechadas feitas imediatamente anterior às abertas.

Quadro 4: Respostas - paciente João.

Perguntas médico-residente	Respostas João
O senhor tem 58 anos, é isso?	58
O senhor nasceu aonde ?	Paraná

Paraná? Aonde no Paraná?	Primeiro de maio
Primeiro de Maio? E mora em São Paulo?	É, Cotia... minha ficha já tem aí
O senhor é casado?	Mais ou menos, nem casado, nem solteiro, eu vivo com a pessoa, mas...
O que que o senhor faz?	Na firma eu sou motorista e sou marceneiro
Tem filhos?	Seis, três com uma mulher e três com outra
Quando que o senhor descobriu que tem pressão alta?	Descobri sábado, nunca medi a pressão, aí um dia aí mediu... a mulher falou tá mais ou menos, né, mas tá um pouquinho alta, aí agora a outra aí falou que tá um pouco alta e tá mesmo ((silêncio)) É que esses dias eu não tô bebendo, né, mas eu tomo um pouco...
Quanto que tava a pressão do senhor quando mediu no pronto-socorro, o senhor lembra?	Ah, acho que 18, 17 ou 18 por, sei lá, 12... ou 11, ela falou, um negócio assim
O senhor sabe me dizer se alguém na família do senhor tem pressão alta?	Eu não posso te falar não porque...
O senhor fuma?	Graças a Deus, não
Nunca fumou?	Já fumei, mas tem mais de dez anos que eu parei
O senhor fumou por quantos anos mais ou menos?	Uns vinte anos, por aí
Uns vinte anos? Quanto que o senhor fumava? Quanto que o senhor fumava?	Quanto? Um maço por dia
O senhor bebe?	Eu bebo
Com que frequência ? (repetida 3x)	Mas eu bebo socialmente, não exageradamente/ Eu bebo só pro gasto. Ah, uma pinguinha na hora do almoço, né? À noite tomo uma pinguinha também, mas só... agora no fim de semana daí... é uma pingona

Mas todo dia o senhor bebe pelo menos uma dose?	Todo dia, daí não tem jeito, mas só isso mesmo, né, nada de encher a cara, só pra almoçar, pra jantar
O senhor tem algum problema de saúde que o senhor conheça?	
Já precisou fazer alguma cirurgia?	Já fiz, na vista!
O que que operou na vista?	Catarata! É... e essa perna aqui eu já quebrei o fêmur também, mas há muitos anos
Tem alergia a algum remédio?	Alergia, nenhuma... agora eu tô tendo uma, uma, uma, não sei como é que chama? Micoose... que eu uso uma pomada, né
Alguém da família do senhor morreu do coração? De derrame? Alguma coisa assim?	
O senhor acha que tá perdendo peso?	Tô perdendo peso nenhum, do contrário, se eu não começar a trabalhar logo, eu vou é explodir que eu já tô, já engordei dois quilos já
Como é que tá o xixi? E o cocô? Mudou alguma coisa?	(Não)

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Levantaremos algumas questões sobre o conceito de personagem e sua configuração e caracterização a partir do texto “A personagem do romance”, de Antonio Candido.

A oração projeta o objeto – Mário – como um “ser independente”. Com efeito, ela sugere que Mário já existia e já estava de pijama antes de a oração assinalar este “fato”. Ao seguir a próxima oração: “Ele batia uma carta na máquina de escrever”, Mário já se emancipou de tal modo das orações que os contextos objectuais, embora estejam pouco a pouco constituindo e produzindo o moço, parecem ao contrário apenas revelar pormenores de um ser autônomo. E isso ao ponto de o mundo objectual assim constituído pelas orações (mas que se insinua como independente, apenas *descrito* pelas orações) se apresentar como um contínuo, apesar de as orações serem naturalmente descontínuas como os fotogramas de uma fita de cinema. À base das orações, o leitor atribui a Mário uma vida anterior à sua “criação” pelas orações; coloca a máquina sobre uma mesa (não mencionada) e o rapaz sobre uma cadeira; o conjunto num quarto, este numa casa, esta numa cidade – embora nada disso tenha sido mencionado. (CANDIDO, 2014, p. 17)

Quando interpelado pelo médico, o paciente produz o que acredita ser a correspondência “exata” do que lhe está sendo solicitado, uma correspondência exata enraizada numa vontade de verdade, de verossimilhança. No entanto, os trechos que escapam a essa lógica de restringir-se ao conteúdo da pergunta trazem um teor narrativo mais estruturado que pode não responder à pergunta propriamente dita, mas promovem, tanto ao médico quanto a nós leitores, “os pormenores de um ser autônomo” pelos “contínuos” que configura sobre si e sobre a vida, nos permitindo não somente apreendê-lo a partir do referencial direto, mas também das relações que fazemos com o que não é explicitamente dito, a partir de nossa própria experiência e das relações que estabelecemos como sujeitos no mundo.

Quando esses contínuos irrompem, temos a breve experiência do sujeito instituído como tal dentro do consultório, o que é como a passagem repentina de um personagem novo que surge em cena em meio a uma narrativa já muito conhecida. São os tons de cores aleatórias que desfiguram, em alguma medida, o delineado em preto e branco. Pela narrativa do paciente, o que se põe disponível para que conheçamos são os traços que ele mesmo se utiliza para se caracterizar enquanto personagem de si mesmo, dentro e fora do círculo delimitado pela doença. A partir desses traços trazidos à luz, nós, leitores, nos reconheceremos e nos identificaremos com determinado personagem por meio do contato com o mundo que já conhecemos e, também, pelo que de novo ele revela – seja o mundo da medicina, no desvendar de uma doença, ou o mundo da vida, ao desvendar um sujeito.

Enquanto a evidência dada pelo exame médico, por exemplo, é tida como uma das medidas de todas as coisas, uma das medidas da verdade dentro da clínica, os episódios do paciente deturpam esse processo pré-estabelecido, embotando as correspondências factíveis desejadas pelo médico. A oração que surge “fora do tema”, “revela de imediato, apesar do contexto histórico, a intenção ficcional. O autor parece convidar o leitor a permanecer na camada imaginária que se sobrepõe e encobre a realidade histórica” (CANDIDO, 2014, p. 21). Os episódios narrativos poderiam, então, representar uma intenção ficcional do paciente de distanciar-se e manter-se fora do processo do adoecimento, à margem do Minotauro de si mesmo. Atuaria com os trechos sobre si mesmo que o colocam fora das arestas da doença, uma conexão com uma realidade outra que não aquela imediata, descritiva, sofrida até, trazida à luz em toda sua potência dual: luz e sombra.

É claro que as respostas ao prontuário não totalizam a extensão da consulta e nem as falas dos médicos ou dos pacientes de maneira integral. Até aqui, sabemos um pouco mais sobre os personagens e estamos a um passo fora do círculo delimitado pela investigação mais direta

sobre a doença. O prontuário nos permite saber um pouco mais sobre o paciente e não somente sobre a sua doença, ainda que o conhecimento sobre o paciente se dê dentro dos parâmetros médicos que, para este fim, são restritos e fragmentários.

Retornaremos agora à consulta de Marta. Há outros momentos de narração mais estruturada, no relato das queixas e do porquê de sua visita à clínica. Enumeraremos os fatos narrados abaixo para depois comentá-los dentro de uma estrutura maior de caracterização da personagem.

CENA UM: Acompanhamento ginecológico.

P: Eu preciso fazer acompanhamento ginecológico porque eu já... tive HPV e... eu não tenho feito acompanhamento nenhum ginecológico. Tenho que fazer exames, tipo captura híbrida, que no posto não faz...

M: Tá, a gente faz o encaminhamento daqui...Porque como é clínica a gente não tem os aparelhinhos para fazer os exames ginecológicos tá bom? Mas eu faço o encaminhamento daqui, tá bom?

P: Para um ginecologista acompanhar... Me acom/

M: Você fazia acompanhamento no posto?

P: Não... nunca fiz...eu fazia pelo um convênio que eu tinha quando eu trabalhava, mas agora eu não trabalho mais... Então eu queria um encaminhamento com um ginecologista... pra visitar um ginecologista...

M: Você tratou com o que na época... o HPV?

P: Fiz cirurgia, eu tive que fazer cirurgia a laser

M: Teve que fazer cirurgia?

P: Tive

M: Deixa eu anotar [...]

P: Foi na vulva e no colo do útero

M: Na vulva e no colo, não é isso?

P: É, aí eu fiz cirurgia/

M: E foi há quanto tempo isso?

P: Faz dez anos atrás

M: Dez anos?

P: Faz... aí durante cinco anos eu fiz acompanhamento e durante cinco eu tô parada, não fiz mais exame nenhum

M: Tem cinco anos que não fez exame nenhum?

P: Nenhum.... Nem Papanicolau eu tô fazendo

Os fatos selecionados pela paciente acima são os seguintes:

1. Eu preciso fazer acompanhamento ginecológico
2. Eu já... tive HPV
3. Tenho que fazer exames, tipo captura híbrida, que no posto não faz...
4. Eu fazia pelo um convênio que eu tinha quando eu trabalhava
5. Mas agora eu não trabalho mais...

6. Eu tive que fazer cirurgia a laser (para tratar o HPV)
7. Foi na vulva e no colo do útero
8. Faz dez anos atrás
9. Aí durante cinco anos eu fiz acompanhamento
10. Durante cinco eu tô parada, não fiz mais exame nenhum
11. Nem Papanicolau eu tô fazendo

Juntos, os fatos selecionados caracterizam a personagem pelo viés médico, especificamente da ginecologia. Mas não só. É possível apreender também que a personagem tem familiaridade com o posto de saúde e com os serviços oferecidos – no caso, não oferecido. Outra informação é que a paciente não está trabalhando e, portanto, não tem mais convênio médico. Que já teve uma intervenção ginecológica há 10 anos e que não está em acompanhamento nenhum há cinco anos, o que justifica a busca pela ginecologia.

CENA DOIS: encaminhamento para endocrinologista por causa de ganho de peso.

- P: Uma otr/ uma outra razão que eu vim... doutora... é pra senhora me encaminhar para um endocrinologista
- M: Não, da tireoide a gente vai acompanhar aqui mesmo, tá bom?
- P: Tá, mas o qu/ o que que aconteceu... eu engordei doze quilos
- M: Você engordou doze quilos?
- P: Doze quilos... eu perdi todas as minhas roupas... eu não tenho mais nenhuma roupa pra vestir
- M: Nos últimos exames que eu vi aqui tá normal sua função tireoidiana, tá? Mudou recentemente a dose do Puran? Ou...
- P: Não
- M: Não? Tá... Esse ganho de peso não parece ser por conta da tireoide, tá? Eu vou discutir direitinho com os assistentes daqui do lado, tá? Mas pode discutir com a psiquiatria também para ver se não tem a possibilidade de ser por conta das medicações, que tem alguns remédios psiquiátricos que geralmente ajudam um pouquinho a aumentar o peso... você chegou a ganhar quanto? Em quanto tempo?
- P: Foi... em/em 6 meses eu ganhei doze quilos
- M: Em seis meses ganhou doze quilos, né?
- P: E eu não tô conseguindo emagrecer, já fiz/ eu queria visitar um endo pra me passar uma dieta. Já fiz a dieta da luz, fiz dieta... da proteína, mas nenhuma dieta tá adiantando e eu queria visitar um endo para eu/
- M: Foram quantos quilos mesmo, Shei/?
- P: Doze quilos que eu engordei... em seis meses... Foi porque eu fiquei internada durante quarenta dias e aí eu ganhei esse peso
- M: Ficou internada onde? No H/ Aqui mesmo?
- P: Não... no hospital Santa Mônica
- M: E foi internada por causa de quê?
- P: Por conta de esquizofrenia
- M: Esquizofrenia? Lembra o que foi que usou de medicação lá?
- P: Neozine

M: Neozine?

P: Haldol também

M: Haldol eu sei que aumenta um pouquinho o peso. Depois suspendeu, não foi isso?

P: Sim

M: Você descobriu há quanto tempo que tem problema na tireoide?

P: Faz tempo... quando fazia acompanhamento com a endocrinologista, fazia

M: Mais ou menos quantos anos, sabe dizer?

P: Uns dez anos

M: Uns dez anos já?

P: Uhum

M: Você tá usando as medicações direitinho?

P: Tô

M: Todos os dias?

P: Tô

M: Não tá?

P: E eu queria um endo pra ele me ajudar, né, doutora?

[...]

P: Não, eu tô já com dores no joelho por causa do aumento de peso, queria que o... que o médico me acompanhasse, me desse instruções para uma dieta... acompanhasse o meu peso para eu voltar ao peso normal que era antes, porque essa medicação ela não engor/

Mãe: ((cutucou a filha))

P: Tô falando alto? ((abaixou o tom de voz))

Mãe: Tá

P: Essa medicação ((risos)) ... foi a medicação que eu tomei que engordava, mas essa eu acho que não engorda mais, porque eu parei nesse peso e não avancei...

M: Não avançou

P: Não avancei

Na cena 2, os fatos selecionados pela paciente foram:

1. Eu engordei doze quilos
2. Eu perdi todas as minhas roupas... eu não tenho mais nenhuma roupa pra vestir
3. Em 6 meses eu ganhei doze quilos
4. Eu não tô conseguindo emagrecer
5. Já fiz a dieta da luz, fiz dieta... da proteína, mas nenhuma dieta tá adiantando
6. Eu fiquei internada durante quarenta dias e aí eu ganhei esse peso
7. Por conta de esquizofrenia
8. Eu tô já com dores no joelho por causa do aumento de peso
9. Foi a medicação que eu tomei que engordava, mas essa eu acho que não engorda mais, porque eu parei nesse peso e não avancei...

Daqui também depreendemos que a paciente se apresenta com um incômodo agudo sobre seu ganho de peso, que tem implicações, inclusive, em sua vestimenta. Destaca a impossibilidade de emagrecer ainda que na tentativa com dietas variadas. A paciente apresenta um diagnóstico de esquizofrenia e uma internação que justifica como a causa do ganho de

peso, além de relatar uma dor no joelho decorrente do mesmo problema. Finaliza com uma hipótese de que não é a atual medicação que é responsável pelo ganho, uma vez que o peso estagnou.

Os fatos selecionados estão, nesta última análise, mais estruturados porque advêm de um impulso subjetivo genuíno: os desejos da própria paciente naquele momento e os argumentos que se desdobram para defender esses desejos, ou seja, a tentativa da paciente de evocar a si mesma, concatenar os eventos que julga essenciais à sua intenção na clínica. Posto que, nesse momento da consulta, a médica ainda faz intervenções na interlocução que direcionam o diálogo, a queixa é trazida pela paciente, a partir dos relatos que vão surgindo e construindo as cenas temáticas. Tal dinâmica contribui para a hipótese de que há mais chances de o paciente narrar se posto livre, fora do sistema, especialmente fora do sistema fragmentário de investigação sobre a doença como entidade primeira.

Agora, vejamos os fatos selecionados pelo Seu João. Todos os fatos selecionados que serão comentados aqui pertencem a uma mesma cena, pois o paciente apresenta uma única queixa, a dor aguda na região da testa acima do olho. Contudo, serão comentados pouco a pouco para um ritmo mais pedagógico do texto.

CENA UM: Relato da dor.

P: (...) Escuta, doutor...

M: Fala

P: Eu não ouço muito bem

[...]

M: E o que que fizeram com o senhor lá no pronto-socorro?

P: Só me deram uma injeção/um negócio lá, não sei que que foi, lá na veia lá

M: Melhorou?

P: Deu uma melhorada...

M: Entendi... Há quanto tempo que o senhor tá com essa dor?

P: Desde terça-feira à tarde, aí foi agravando

((Silêncio))

M: Já tinha tido essa dor antes?/

P: Sexta não deu nem pra trabalhar quase no dia, aí no sábado de manhã eu vim

M: Tá jóia...é... e já tinha tido essa dor antes?

P: Já.. tive aqui uns dois anos mais ou menos

((Silêncio))

M: Hum

P: Aí a doutora me examinou aí disse que parece que é a pressão, não sei, aí me deu... me deu esse remédio aqui pra mim tomar... aí, aí atacou agora, eu alembrei do remédio e comprei

[...]

P: O médico, o médico me deu esse aqui ... mas só que eu não comprei ((silêncio)) porque eu falei de repente se você me dá outra receita, aí...

M: Tendi

P: Esse que me deu sábado

M: Perfeito

P: Só que eu não comprei porque qualquer coisa se pega no ambulatório segunda-feira

M: Beleza

[...]

Nesse primeiro momento, os fatos selecionados por Seu João foram:

1. Eu não ouço muito bem
2. (No pronto-socorro) me deram uma injeção/um negócio lá, não sei que que foi, lá na veia lá [...] e deu uma melhorada
3. (A dor está) desde terça-feira à tarde, aí foi agravando
4. Sexta não deu nem pra trabalhar quase no dia, aí no sábado de manhã eu vim
5. Já tive (a dor) aqui uns dois anos mais ou menos
6. Aí a doutora me examinou aí disse que parece que é a pressão
7. Me deu esse remédio aqui pra mim tomar
8. Aí atacou agora, eu alembrei do remédio e comprei
9. O médico (de sábado) me deu esse aqui ..., mas só que eu não comprei porque eu falei de repente se você me dá outra receita
10. Só que eu não comprei porque qualquer coisa se pega no ambulatório segunda-feira

Uma diferença entre a natureza dos fatos selecionados que já pode ser posta de pronto é que, enquanto a paciente Marta traz fatos selecionados que caracterizam a ela própria, os fatos selecionados por João, em sua maioria, caracterizam a sua dor. Podemos pensar a hipótese que o fato de Marta ter levado sua própria demanda, os seus próprios pedidos, à consulta, nenhum deles no âmbito da urgência e emergência, ou seja, não havia uma dor aguda no momento presente que mediasse a interação dela com a médica, tal fato conferiria aos fatos selecionados pela Marta uma possibilidade maior de exposição da sua própria subjetividade, de certa forma já premeditados – sem a interferência de um processo de dor plena. Continuemos por esse caminho.

P: Começou eu achei que era resfriado, né? E coisa e tal, daí o negócio aí, não teve jeito... Na sexta eu trabalhei até umas duas, três horas, aí eu falei, lascou, né? Aí/

M: É só desse lado aqui que dói?

P: Passei na farmácia, lembrei desse remédio, comprei/

M: É só de um lado que dói?

P: É só de um lado esquerdo. Esse lado aqui já foi feita cirurgia nessa vista desse lado aqui mesmo... catarata... uns dez anos atrás mais ou menos
 M: E desde que começou a dor... tá doendo sem parar ou ela vai e volta?
 P: Vai direto...aí depois que ele me deu o negócio lá na veia lá, aí deu uma melhorada, chega a sair água dos olhos

11. Começou eu achei que era resfriado
12. Na sexta eu trabalhei até umas duas, três horas, aí eu falei, lascou
13. Passei na farmácia, lembrei desse remédio, comprei
14. É só de um lado esquerdo (que dói)
15. Esse lado aqui já foi feita cirurgia nessa vista desse lado aqui mesmo... catarata... uns dez anos atrás mais ou menos
16. (A dor) vai direto
17. Depois que ele me deu o negócio lá na veia lá, aí deu uma melhorada
18. Chega a sair água dos olhos

M: O que que a dor de cabeça parece? Parece que tem um negócio pesado/
 P: Mas não é dor de cabeça, doutor/
 M: Sim, essa dor...
 P: É só isso aqui ó, só isso aqui ó ((indica região frontal, acima do olho esquerdo)), isso aqui não é a cabeça
 M: Entendi, o senhor acha que tem uma sensação de ficar pesado, que fica cutucando com uma agulha, como é que é?
 P: Eu não posso nem abaixar assim ó, aqui cê bate aqui assim ó não tem nada a ver, mas encostou aqui nesse lado esquerdo, rapaz
 M: O senhor teve febre? Tá com o nariz escorrendo? Tá difícil de respirar que o nariz tá entupido, alguma coisa assim?
 P: Respiro normalmente, não tem problema nenhum, único problema é só esse mesmo.... Graças a Deus, né?
 [...]
 M: Abre um pouco o olho... o senhor acha que quando dói, o olho parece que vai lacrimejar?
 P: Lagri/Lagri/Lagri/ sai lágrima... quando dói assim, porque, por exemplo, agora tá mais ou menos, eu acho, não sei por que, não é a claridade, né, do sol, mas aí quando dói mesmo, sai água
 M: Entendi... dá licença, tá? Vou jogar um pouco de luz no olho do senhor, não se assusta não, tá? Olha pra parede só, tá bom? ((Silêncio)) Faz quanto tempo que o senhor operou da catarata?
 P: Dez anos ou mais, dez, onze anos eu acho, por aí
 M: É? E como é que tá pra enxergar?
 P: Tá bom, do jeito que quando eu/
 M: Normal?
 P: É... quer dizer, normal, normal, não, né? Mas em vista do que tava... uns 70, 80%... de quando operou até hoje. Por exemplo, não enxergo lá, lá... ler...
 M: Pra ler, como é que tá?
 P: Pra ler normal, né

19. Não é dor de cabeça
20. É só isso aqui ó, só isso aqui ó ((indica região frontal, acima do olho esquerdo))
21. Eu não posso nem abaixar assim ó
22. aqui cê bate aqui assim ó não tem nada a ver, mas encostou aqui nesse lado esquerdo, rapaz
23. Respiro normalmente, não tem problema nenhum
24. Único problema é só esse mesmo....
25. (O olho) sai lágrima
26. Quando dói mesmo, sai água
27. (Operou da catarata) dez anos ou mais, dez, onze anos eu acho, por aí
28. (A vista) normal, normal, não, né? Mas em vista do que tava... uns 70, 80%... de quando operou até hoje
29. Pra ler normal

Exporemos abaixo uma tabela comparativa para ver a quem os fatos selecionados pelo paciente João pertencem. Temos como base identificar quem é o sujeito da ação e, também, a quem a ação do verbo se dirige. Os sujeitos em negrito e entre colchetes são adições feitas por nós e buscam evidenciar os critérios explicitados anteriormente caso não estejam explicitados na oração. Veremos:

Quadro 5: Comparativo Seu João – fatos pertencentes.

Seu João	Sua dor aguda
Eu não ouço muito bem	(No pronto-socorro) me deram uma injeção/um negócio lá, não sei que que foi, lá na veia lá [...] e deu uma melhorada [na dor]
Esse lado aqui já foi feita cirurgia nessa vista desse lado aqui mesmo... catarata... uns dez anos atrás mais ou menos	(A dor está) desde terça-feira à tarde, aí foi agravando
Respiro normalmente, não tem problema nenhum	Sexta não deu nem pra trabalhar quase no dia, aí no sábado de manhã eu vim [pela dor]
(Operei da catarata) dez anos ou mais, dez, onze anos eu acho, por aí	Já tive (a dor) aqui uns dois anos mais ou menos

(A vista) normal, normal, não, né? Mas em vista do que tava... uns 70, 80%... de quando operou até hoje	Aí a doutora me examinou aí disse que parece que é a pressão [a causa da dor]
Pra ler, normal	Me deu esse remédio aqui pra mim tomar [para a dor]
	Aí atacou agora [a dor] , eu alembrei do remédio e comprei
	O médico (de sábado) me deu esse aqui [para a dor] ..., mas só que eu não comprei porque eu falei de repente se você me dá outra receita
	Só que eu não comprei porque qualquer coisa se pega no ambulatório segunda-feira [medicação para a dor]
	Começou [a dor] eu achei que era resfriado
	Na sexta eu trabalhei até umas duas, três horas, aí eu falei, lascou [por causa da dor]
	Passei na farmácia, lembrei desse remédio, comprei [para a dor]
	É só de um lado esquerdo (que dói)
	(A dor) vai direto
	Depois que ele me deu o negócio lá na veia lá, aí deu uma melhorada [na dor]
	Chega a sair água dos olhos
	Não é dor de cabeça
	É só isso aqui ó, só isso aqui ó ((indica região frontal, acima do olho esquerdo))
	Eu não posso nem abaixar assim ó
	Aqui cê bate aqui assim ó não tem nada a ver, mas encostou aqui nesse lado esquerdo, rapaz
	Único problema é só esse mesmo.... [a dor]
	(O olho) sai lágrima
	Quando dói mesmo, sai água

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Vemos que, dos vinte e nove (29) fatos selecionados, somente seis (6) deles são episódios desvinculados, até certo ponto, claro, do relato da doença e sobre a doença, que constituem o cerne da unidade da tragédia. Tal observação crítica, contudo, não tem como objetivo desvincular ela mesma do doente. No entanto, observar quem é o sujeito e o objeto da ação nos ajuda a identificar quem é configurado como personagem protagonista da consulta clínica, interlocutor direto do herói trágico, a doença. Até mesmo seu narrar de si se configura dentro da lógica estabelecida pela forma trágica, ou seja, seus episódios também circundam a unidade configurada pela dor.

Quando a doença assume o papel de protagonista, as sequências linguísticas mais preponderantes são mais descritivas que narrativas ou, no máximo, uma mistura dos dois tipos. Reiteramos abaixo uma sequência descritiva da dor: “chega a sair água dos olhos”, “é só isso aqui ó, só isso aqui ó” ((indica região frontal, acima do olho esquerdo)), “eu não posso nem abaixar assim ó”, “aqui cê bate aqui assim ó não tem nada a ver, mas encostou aqui nesse lado esquerdo, rapaz”, “(o olho) sai lágrima”, “quando dói mesmo, sai água”. A sequência descritiva caracteriza mais a dor que o sujeito, confirmando a duplicidade cindida do Minotauro.

A narração – mesmo a não-fictícia –, para não se tornar em mera descrição ou em relato, exige, portanto, que não haja ausências demasiado prolongadas do elemento humano porque o homem é o único ente que não se situa somente “no” tempo, mas que “é” essencialmente tempo. (CANDIDO, 2014, p.28)

A conversa clínica coloca a doença como protagonista enquanto o sujeito é posto à espreita na coxia do palco trágico. O relato sobre o sujeito se torna secundário, dados para arquivar, personagem figurante que tem “ausências demasiado prolongadas”, o herói caído. A doença é a personagem interlocutora do personagem médico no contexto clínico.

Quando abordamos o conhecimento direto das pessoas, um dos dados fundamentais do problema é o contraste entre a continuidade relativa da percepção física (em que fundamos o nosso conhecimento) e a descontinuidade da percepção, digamos, espiritual, que parece frequentemente romper a unidade antes apreendida. No ser uno que a vista ou o contato nos apresenta, a convivência espiritual mostra uma variedade de modos-de-ser, de qualidades por vezes contraditórias. [...] Tal fato ocorre porque não somos capazes de abranger a personalidade do outro com a mesma unidade com que somos capazes de abranger a sua configuração externa. [...] O primeiro tipo de conhecimento se dirige a um domínio finito, que coincide com a superfície do corpo; enquanto o segundo tipo se dirige a um domínio infinito, pois a sua natureza é oculta à exploração de qualquer sentido e não pode, em consequência, ser apreendida numa integridade que essencialmente não possui. (Ibidem, p. 55-56)

A noção a respeito de um ser, ainda mais quando elaborada por um outro, é sempre incompleta. A noção de doença, no entanto, para o médico, é um terreno mais seguro, pois é dentro desse limite que atua, pois aprendeu a dominá-lo. Os limites do corpo são finitos e é dentro de tais limites que o médico trabalha. A clínica trabalha com o corpo. A dimensão psíquica do paciente não entra na triangulação doença, tratamento e cura (ou desfecho). Por isso, retomamos a pergunta: vale a pena narrar? Ainda que o paciente narre, como fez o Seu João nas suas ponderações mais livres, está o médico pronto para escutar esse ser como “composição verbal” (CANDIDO., 2014, p.78) e não só corporal?

Esta impressão se acentua quando investigamos os, por assim dizer, fragmentos de ser, que nos são dados por uma conversa, um ato, uma sequência de atos, uma afirmação, uma informação. Cada um desses fragmentos, mesmo considerado um todo, uma unidade total, não é uno, nem contínuo. Ele permite um conhecimento mais ou menos adequado ao estabelecimento da nossa conduta, com base num juízo sobre o outro ser; permite, mesmo, uma noção conjunta e coerente deste ser; mas essa noção é oscilante, aproximativa, descontínua. Os seres são, por sua natureza, misteriosos, inesperados. (CANDIDO, 2014, p.56)

Se o personagem médico coloca o sujeito como seu interlocutor protagonista, ele provavelmente não conseguirá desvendar o enigma que é a doença. Estará transbordado no mistério e no inesperado, duas palavras que o médico tenta superar a cada consulta clínica.

As duas consultas apresentadas aqui foram agrupadas por suas características estruturais semelhantes. Partiremos agora para a análise da segunda dupla de consultas clínicas: as pacientes do R2 em análise e reflexão que se pretendem sempre contínuas.

PACIENTES DO R2

A paciente Inês chega à consulta com o R2 encaminhada do R1 com queixas múltiplas sobre pressão alta, diabetes, falta de ar, uma canseira que parece asma, câimbras no estômago, dor nas pernas, constipação, entre outros vários sintomas que são apreendidos tanto por seu discurso direto quanto o indireto, nesse caso, o prontuário.

Também a paciente Lorena chega à sua consulta com queixas múltiplas como quinze (15) a vinte (20) episódios diários de uma diarreia crônica, sudorese, onda de calor, falta de ar, desmaios, ou “apagões” como ela mesma se refere. As gravações das consultas têm duração de 1h23m e 1h6m, respectivamente. Importante registrar que a consulta da paciente Regina foi a primeira a ser gravada, de todo o processo de coleta das consultas clínicas, e foi interrompida antes do final da consulta por falta de bateria no aparelho celular. Embora não tenhamos o

desfecho completo daquela consulta, sabemos que a paciente não compareceu ao retorno e temos material pertinente e suficiente para a proposta da análise feita aqui.

Diferentemente do padrão encontrado nas consultas do R1, o qual reiteramos aqui: 1) Relato da queixa primordial, 2) Perguntas do prontuário sobre o paciente e 3) Exame físico, o padrão da consulta do R2 traz uma estrutura que se desenvolve em torno de dois eixos principais 1) Perguntas do médico sobre as comorbidades a partir de registros anteriores apontados no prontuário e 2) Exame físico.

Embora Dona Inês seja paciente de primeira consulta, como o médico mesmo afirma durante sua conversa com o assistente, sua anamnese e antecedentes familiares não são abordados, provavelmente porque já constam no prontuário, no entanto, tal afirmação se constitui como hipótese apenas. Sem a “ficha cadastral” do paciente para preencher e com um caso muito mais complexo em mãos, os médicos têm conduta parecida e por isso foram aqui agrupados: eles enfrentam a avalanche de informações presentes nos prontuários, que por si já constituem os personagens pacientes, e enfrentam outra avalanche de informações trazidas pelas próprias pacientes em performance, que vão se constituindo elas próprias como personagens ao longo da consulta, tentando organizar o caos para conseguir atravessá-lo.

Abordaremos agora alguns trechos selecionados da textualidade produzida nestas consultas para continuarmos nossa reflexão sobre a configuração do personagem-paciente na clínica. Os momentos iniciais de ambas as consultas, os minutos iniciais da interação entre médico e paciente, instituem o ponto de partida do médico: o prontuário online que já carrega o histórico de ambas as pacientes. Como já nos demoramos na consulta da dona Inês nos capítulos anteriores, seguiremos com olhar mais apurado para a consulta da paciente Regina.

(1)

P: Tá bom... Eu até trouxe algumas informações () tem mais coisas ()

M: Você fez a função pulmonar **já**?

P: Fiz aqui (o resultado) para levar pro pneumo, né?

M: Isso, você já fez então?

P: Fiz, fiz

M: Tá fumando **ainda**?

P: Não

(2)

M: Ahn... **eu tô vendo aqui no prontuário da senhora** que a senhora tá em acompanhamento desde ano passado do outro lado do corredor, não é isso?

P: Uhum

M: Tá. **Andei vendo aqui também** que a senhora tem alguns diagnósticos já, não é isso? Que que a senhora tem de problema de saúde, diz aí pra mim.

Abordaremos principalmente os trechos que iniciam as queixas e apontaremos se o tópico fora iniciado pelo médico (M) ou pela paciente (P), analisando-os em seguida.

Quadro 6: Paciente Regina, *sempre fui uma pessoa carrancuda*

Personagem	Queixas
M	Você fez a função pulmonar já?
M	Tá fumando ainda? [...] Ou parou?
M	Tá, e cê tinha, cê teve um câncer de útero, foi isso?
P	[Câncer] de útero, de mandíbula...
M	E teve o câncer de mandíbula também
P	Tenho uma diarreia crônica
M	E da parte do DPOC, acompanha na pneumo?
P	Vou começar a passar na infectologista
M	Pela suspeita de tuberculose, é isso?
M	Você fez em julho de 2005 a funduplicatura
P	Eu venho sentindo muita (pressão na região do baço, embaixo dos baços), assim, mas muita dor. Da histerectomia, doutora, esse meu corte eu não tenho dor, mas aqui no umbigo, dói muito a barriga
M	Você tem muita dor na barriga, eu vi que você tem diarreia crônica?
M	Então aqui você tá investigando, então, a parte de uma sudorese noturna, piorou?
M	E falta de ar também?
M	Você tá acompanhando o nódulo pulmonar na pneumo também?
M	Dispneia... falta de ar cê também tem, né?
M	Cê tava investigando também uns desmaios, não é?
M	Tá... então vamos lá, você ainda tá com suor?

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Os trechos selecionados acima mostram os momentos iniciais da consulta clínica da paciente Regina com sua médica-residente. Podemos ver que, de todas as dezoito (18) comorbidades apontadas até aqui, somente quatro (4) partiram da paciente, mas com algumas ressalvas. Quando interpelada sobre o câncer de útero, trouxe em conjunto o câncer de mandíbula. A queixa de diarreia crônica foi posta pela paciente e interrompida pela médica pela intervenção “calma, chegaremos lá, ainda estou conhecendo a senhora”, e tal comorbidade foi resgatada pela profissional posteriormente. A afirmação de que começará a passar na

infetologista já mostra ser sabida pela médica, que intervém logo depois trazendo o motivo – “pela tuberculose, é isso”. E, por fim, há seu relato de dor decorrente do procedimento de funduplicatura realizado e trazido primeiramente pela médica. Esmiuçar o ímpeto das falas da paciente é importante para vermos que, embora elas emergjam – com ou sem a provocação médica – o percurso é inteiramente dirigido pela médica que seleciona e descarta os dados postos em ação de acordo com a sua própria lógica estipulada enquanto heroína trágica.

Dentro dessa lógica, a residente traz muitos pontos registrados no prontuário da paciente ao longo de sua vida clínica, queixas passadas e presentes, e, dentre as últimas, algumas que estão sendo acompanhadas por outras especialidades, como pneumologista e infectologista. Uma vez apreendida a cena mais geral e múltipla, a residente faz o recorte para aquela consulta – que demarcamos acima em negrito. Ali a paciente terá as cenas temáticas investigadas sobre diarreia crônica, sudorese noturna, falta de ar e desmaios. Feito o recorte, estabelecido o trajeto, inicia-se a investigação mais detalhada, que exigirá da paciente não somente histórias, como se suporia, mas muitas descrições dos sintomas que a acometem.

Relembramos de antemão que o diálogo é linear, no entanto, agrupamos trechos de diálogos referentes à mesma cena temática, o que é apontado pelo símbolo [...] referente a um espaço temporal entre um excerto e outro. Veremos, agora, os personagens que as cenas configuram.

Quadro 7: Cena 1 – Suor e ondas de calor.

Perguntas médica-residente	Respostas Regina
Tá... então vamos lá, você ainda tá com suor?	Isso
Desde quando que começou isso?	Eu tinha/ um pouco antes de tirar o útero, eu já tinha um calor que é diferente o calor que eu tinha com esse suor. Esse suor começa eu (não sei como lidar) e passando mal, meu coração acelera, me dá falta de ar e, então, de de dois anos pra cá também e só tem piorado
De dois anos pra cá, então?	É...
Você acorda suada todas as noites?	Todas as noites
Quando que você começou a reparar nisso?	Logo depois da cirurgia mesmo (eu sentia o calor) ()

Mas não é um calor, você não sente calor?	Sinto um calor, (), me dá mal-estar, eu sinto falta de ar (), aí quando acalma, eu sinto um frio imenso, até porque tá com a roupa molhada tudo, aí tem que trocar ()
Entendi... tá, isso aqui é para investigação do seu desmaio... muitas coisas... ahn...	
É onda de calor. Quantas vezes acontece isso à noite? Durante a noite?	Umás quatro vezes... mesmo que eu não sinta ()
Entendi... tá	Outra coisa que eu me sinto mal é tomando banho, o vapor, tudo... me dá falta de ar, eu me sinto mal no banho
No banho...	No banho
	Então eu tenho que deixar a porta do banheiro aberta que o vapor acaba me dando falta de ar
O vapor te dá falta de ar...	É... () já cheguei a tomar banho com o ventilador ligado
Não é o calor, é o vapor	O vapor...
Tá	
E esse suor que você fala que passa mal, assim, você sua frio? Cê... cê perde a consciência também?	Não... eu nunca/
Não é de repente você vê cê tá suando frio?	Eu sinto/ eu sei quando vai me dar um mal-estar, sinto como se tivesse um enjoo, eu sinto uma coisa, mal-estar mesmo, né

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Quadro 8: Cena 2 – Desmaios.

Perguntas médica-residente	Respostas Regina
E além disso, cê tava desmaiando, é isso?	Isso, eu tenho...
	Essa noite mesmo eu fui no banheiro (umas duas horas, que eu tava com calorão) fui no banheiro por conta da diarreia também e aí assim eu apaguei... às vezes eu sinto (quando

	eu vou apagar), mas dessa vez, não. (Nessa hora que eu levantei, fiquei uma hora sentada na bacia, aí as pernas adormeceram e eu tava com a cabeça no joelho e não ())
Quem que viu você apagar?	Ninguém
Como você sabe que você ficou quanto tempo você ficou apagada?	Porque já/ até porque já aconteceu de eu cair no banheiro, tudo, quando eu vou, eu sempre olho o horário, então eu levantei dez para as duas da manhã e eu voltei pra cama três horas. Eu levantei, eu senti a perna adormecer, mas eu fiquei sentada, dessa vez eu não caí
Dez para as duas e...	E três horas
Tá...	Já/
Continua com a diarreia?	Isso
	Até em pé às vezes eu tenho esse apagão, () eu cortei o dedo lavando louça, em pé e aí comecei/ não percebi também, caiu a louça da minha mão e cortei os dedos
Você não percebeu?	Não percebi, tava lavando a louça, o pirex, e só senti/ quando eu senti a dor é que eu vi que tinha caído
O pirex	O pirex quebrado e o vidro tava na minha mão
Você não sentiu nada disso... não caiu?	Não cheguei a cair
Você ficou acordada, tava em pé/	Tava em pé, encostada na pia
Como se você entrasse num transe, é isso?	Isso
Você nem chegou a cair? Porque desmaiar geralmente você perde... DESMAIO	Não
Todo desmaio é acompanhado do que a gente chama de desmaio é acompanhado de uma perda de tonos, então, não existe desmaio se a pessoa (não) desfalecer...	Sim, não

Você tava de PÉ, você não CAIU...	Não caí, agora/
Você simplesmente apagou	Eu já caí da cadeira, já teve episódios que eu caí realmente da cadeira e no banheiro também
Você sabe me dizer se alguma vez/ alguma dessas vezes foi presenciada e você fica meio aérea depois que isso acontece? Por exemplo, você teve isso, aí alguém chegar logo em seguida que você teve e falar com você, você não reconhecer, cê não saber muito tempo onde tá e ir voltando aos pouquinhos	Ah, reconhecer sim, mas ir voltando aos pouquinhos... eu tenho uma amiga que coisas que eu tenho que me concentrar muito, vamos supor, a gente tá conversando, assim, é... ela até sabe, ela sempre presencia esses apagões, eu caio na mesa, ela vai, levanta e me ajuda. Ela percebe bem isso... ela sempre vê esses () conversando/
E ela fala assim, fala o quê?	Eu não lembro depois
Tipo assim, cê tá conversando, cê para/ então, eu sei que cê não lembra, é normal você não se lembrar, mas eu quero saber o que que ela te fala, entendeu? Porque você fala que cê tá conversando com ela, aí você apaga, quanto tempo você leva pra voltar, é isso que eu quero saber, entendeu? Que você não lembra, isso tudo bem, isso é normal. Mas que você/ o que eu precisava era saber/	Não lembro o que nós estávamos conversando também/
Eu sei, o que eu precisava saber é se você, logo em seguida você acorda, você já sabe onde tá, já sabe quem é, já sabe tudo ou se você fica um período/	Fico um período assim
Que fica aérea	Fico
Quanto tempo mais ou menos?	A cabeça, igual eu falo pra ela, parece que fica vazia
Isso, quanto tempo mais ou menos isso demora?	Ai... mais de meia hora, quarenta minutos. Se a senhora quiser eu posso ligar pra ela...
Agora não, pode deixar pro próximo, tá bom?	Sabe que inclusive ela até foi embora, chegou e eu não a vi indo embora, nada. Algumas

	vezes ela disse que eu até converso com ela assim, mas não falo coisa com coisa
Então, da outra vez foi mais ou menos uma hora, né, que você ficou... uma hora e dez mais ou menos, né?	[...] eu voltei com bastante tontura/
Só um pouquinho, só um pouquinho	Mas nada de/ tá
Você já guarda essa história	Tá
Quando você fica quanto tempo mais ou menos aérea? 30 minutos?	30, 40 minutos, até 50... às vezes até um pouco mais, mas não passa de uma hora
Cê fica meio aérea, né?	É, como se tivesse a cabeça vazia
Ok... tá, cê ia me contar... uma história	É... quando eu voltei hoje, né, que eu acordei no banheiro, eu acordei com bastante tontura, mas não é uma tontura de rodar, é zozna...
É uma coisa de cabeça vazia, parece que tá fora da cabeça	Isso, muito estranho
Tá, entendi... isso tem acontecido mais frequente?	Acontece sempre
Tá? Apesar de algumas vezes ter um desmaio que você sente um mal-estar e tudo mais, mas tem esses que você sente esse mal-estar e desmaia, né, que você falou	Isso
E tem uns que você não percebe	Tem uns que eu não percebo, hoje mesmo essa noite eu não percebi
Isso, e esses que você percebe, o que que você sente? Sente escurecer a vista?	Algumas vezes, sim, né, () parece que os olhos tão mexendo
Ahn..	Mexendo e...
Cê sente o olho mexer?	Mexer
É o olho, a mão, a boca?	Não, o olho, o olho
O olho. Parece que ele tá o olho tá mexendo ou parece que tá saltando?	Tá rodando, parece que tá rodando

Tá	Essa minha amiga, ela percebe, ela fala: “cê tá sentindo mal?” porque ela diz que meu olho muda, ela percebe que eu não tô bem
Tá... pelo olho	Isso

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Quadro 9: Cena 3 – Diarreia

Perguntas médica-residente	Respostas Regina
E além disso você tem uma queixa de diarreia, é isso?	Isso
Como que é essa diarreia?	Que nem pra mim vir pra cá/
Faz quanto tempo primeiro? Pera, faz quanto tempo primeiro?	Desde a cirurgia da funduplicatura, do/do refluxo
Desde 2005	Desde 2005, eu não tinha diarreia antes
Diarreia quantas vezes por dia?	Dependendo do que eu como até 15 a 20 episódios
Todos os dias? ((tom de espanto))	Todos os dias
O mínimo é 15?	15
Mínimo?	É
E alguma vez tem sangue?	Tem, algumas vezes quando tá muito forte, assim só líquido mesmo, aí... é... eu tenho sangramento
Mas é aquele sangramento vivo ou o sangramento parece/	Vivo
borra de café?	Vivo
E fica no papel?	Fica no papel... fica inflamado (/)
Mas misturado às fezes não?	Eu fiz um exame e deu, né, sangue (), mas eu não chego a ver
Você não chega a ver misturado?	Não, eu vejo uma gordura, né, assim
Cê vê gordura?	Isso
Você vê na água?	Como se tivesse, como se (na água) tivesse um óleo

Fonte: elaborado pela autora (2023)

Após a leitura do embate dramático representado nas cenas transcritas acima, o que se torna evidente com a separação dos turnos de fala e que reiteramos aqui é: o personagem protagonista da clínica, colocado sob o holofote da ação investigativa da heroína trágica, é a doença (ou doenças) e seus sintomas. O sujeito torna-se, então, veículo a partir do qual se desvelarão os processos de doença – é ele quem relatará os processos descritivos, a fim de corroborar uma hipótese já posta pela clínica, ou seja, a correspondência exata das coisas, por exemplo, desmaio = perda de tônus muscular. Com isso, fica claro que não há intenção de apreender o sujeito que subjaz ao processo de doença. O herói trágico chama pelo Minotauro em sua forma mais bestial, pois é nela que encontra a justificativa para a eliminação do monstro. Do mesmo modo, o médico chama pela doença e não pelo doente, afinal, ele evoca aquilo que procura, pois sabe (aprendeu a) procurar.

Nas consultas do R2, o apagamento do sujeito se torna ainda acentuado uma vez que as perguntas mais pessoais, que resultam da ficha cadastral e da anamnese, não aparecem, justamente por já terem sido satisfeitas em outro momento. Vemos que um ímpeto subjetivo surge tímido nos entremeios de sequências mais narrativas, por exemplo, sabemos que Regina:

1. Está ciente de seus episódios de apagão, já se tornou hiperconsciente de seu estado, marcando, inclusive, seus horários de ida ao banheiro para controlar a duração dos episódios;
2. Tem uma amiga que, por vezes, presencia estes episódios e relata certas descrições sob a perspectiva dessa testemunha em terceira pessoa;
3. Já cortou o dedo enquanto lavava um pirex decorrente de um dos episódios de ausência, antes intitulados “desmaios”.

A parte desses dados *sobre* Regina, todas as informações que temos, dirigidas pelas perguntas da médica, são sobre as cenas temáticas, sobre as suas comorbidades. A investigação sobre a doença parte de tentativa de apreender 1) data de início (desde quando?), 2) frequência (quantas vezes?), 3) descrição (como se configura?) dentre outras variações desses eixos.

A possibilidade mais narrativa da consulta é interrompida pelo modelo dialógico que a fragmenta. Colocar a doença no lugar do sujeito, como protagonista, exige um modelo de descrição, a fim de caracterizá-la, entendê-la e curá-la, se possível. A doença não contará uma história, o fenômeno da doença é descritivo. A narrativa, então, torna-se insuficiente porque insere o sujeito na ação enquanto a clínica o quer – e talvez o necessite – apartado, pois a instância que ocupa o papel de interlocutor evocado pelo profissional de saúde é a doença.

Os médicos são grandes maestros regendo a orquestra barulhenta que é o corpo do paciente, seu grande objeto de estudo e prática. A narrativa exige uma escuta que seja um mergulho todo. Contudo, a escuta do profissional médico está preparada para fazer escolhas e

tomar decisões, de preferência por um meio descritivo que forneça todas as pistas, levando-o para o desvelamento do enigma. Ainda que o paciente narre epopeias completas sobre a sua aventura, a escuta do médico estará destinada a extrair de tal narrativa os dados que necessita para aquela cena temática que se impõe contra ele. A cena temática já está engendrada no médico que busca pela correspondência $x = y$, como lhe foi ensinado dentro de modelos científicos mais quantitativos.

A narrativa sobre si que o paciente traz não é linear, mas se constitui como um grande emaranhado, um novelo de lã. Já o pensamento clínico trabalha linearmente com correspondências e referencialidades. Além disso, requer dados do paciente que corroborem a sua tese primeira, que preencham as lacunas abertas pelas hipóteses que vão traçando ao longo da sua trajetória de resolução dos enigmas. Os enigmas, já conhecidos pelo médico *a priori*, buscam ser satisfeitos de formas já antes determinadas; a ação clínica corresponderá, então, a esse desejo: manter a harmonia ainda que na desarmonia do estado de coisas.

Ao ser questionada sobre sua taquicardia, ao final da primeira parte da consulta, a paciente Regina caracteriza a si própria (e não a alguma doença ou sintoma) com o uso da primeira pessoa, uma rara aparição da estrutura com esta intenção.

M: Ah, tá tomando o Atenolol

P: Isso... por causa da taquicardia, tomo há muito tempo

M: Por que que cê tem taquicardia?

P: É... () (muito tempo deu um sopro, né) e a válvula mitral (que disse também que é normal, né, que passou muito tempo)

M: Estranho, viu, você é muito ansiosa em casa?

P: Tenho passado, assim, nervoso... ansiedade... preocupação do dia a dia, eu sempre fui uma pessoa carrancuda

M: E você toma Fluoxetina com Diazepam, (Fluoquitinina)... cê toma quanto de ()?

Como apontamos através de GADAMER (2009) no início deste capítulo, a conversação entre médico e paciente seria uma tentativa de equilibrar a constante verticalidade da relação e fazer fruir uma relação entre dois indivíduos fundamentalmente diferentes; na clínica, pela doença e apesar dela. O estabelecimento de relações desiguais foi designado por ele como a tarefa mais difícil e, por esta performance da clínica, isso fica comprovado. A turbulência da desordem trazida pela paciente sobre a sua ansiedade e configurado como traço característico da sua personalidade: “eu sempre fui uma pessoa carrancuda”, é rapidamente contida pela médica que resolve a problemática posta com a indagação sobre as suas medicações. Se, na progressão estabelecida pela heroína trágica, o desfecho de determinada cena se encerra na

medicação resolutória, os episódios narrativos que expressam uma faceta de Regina dissolvem-se, pois foram resolvidos na economia da tragédia da clínica. Estão medicados, ainda que presentes – e latentes – no corpo e no discurso da paciente.

Em sua obra *Metáfora Viva*, Paul Ricoeur (2000) discorre sobre o discurso referencial, “a referência ou denotação é *sobre o que* o sentido é dito” (RICOEUR, 2000, p. 333), e o discurso metafórico, que “mostra com clareza a relação entre referência suspensa e referência desvelada [...], é aquele que conquista seu sentido como metafórico sobre as ruínas do que se pode chamar, por simetria, sua referência literal” (Ibidem, p. 338), e como se distinguem e se articulam ambos como forma de comunicar uma verdade. Se tomarmos aqui o médico como representante do discurso descritivo e referencial, com sua ação solicitante dos fatos sobre a doença, e o paciente como representante do discurso poético metafórico, com sua ação de oscilações narrativas mais ou menos elaboradas, conseguiremos estabelecer uma análise dos personagens a partir do aporte teórico provido pelo filósofo.

“A produção do discurso como “literatura” significa precisamente que a relação do sentido à referência é *suspensa*” (Ibidem, p. 337), ou seja, “por sua estrutura própria, a obra literária só desvela um mundo sob a condição de que se suspenda a referência do discurso descritivo” (Ibidem, p. 338), sendo uma forma que “contesta a universalidade da relação referencial da linguagem à realidade.” (Ibidem, p. 339). Transpostas para a clínica, tais afirmações corroboram a tese de que é só na suspensão dos pressupostos de uma equivalência cristalina, de referências determinadas e das formas já pré-estabelecidas, que um mundo outro, fora do delineado, pode surgir, especialmente pelo personagem-paciente que leva um universo outro à clínica.

Uma das ambivalências da clínica é então erigida. Se “a supremacia da função poética sobre a função referencial não oblitera a referência (ou denotação), mas a torna ambígua [...] isso era e não era” (Ibidem, p.343), e a função poética do paciente é atribuída especialmente pelo narrar-se, como, então, permitir que essa ambiguidade se instaure dentro do consultório clínico onde o herói trágico trabalha arduamente para eliminar qualquer traço dúbio ou indeterminado? A resposta da clínica é eliminar quaisquer ambiguidades que se coloquem em seu percurso, portanto, muitos dos fragmentos narrativos configurados pelo paciente são dispensados dentro da economia trágica aqui retratada.

Na Anatomia da crítica, Northrop Frye generaliza sua análise da poesia para toda obra literária. Pode-se falar de significação literária todas as vezes em que se pode opor ao discurso informativo ou didático, ilustrado pela linguagem científica, um tipo de significação orientada em sentido inverso da direção centrífuga dos discursos referenciais. Centrífugo, com efeito, ou externo” (*outward*) é o movimento que nos

leva para fora da linguagem, das palavras para as coisas. Centrípeto ou “interno” (*inward*) é o movimento das palavras para as configurações verbais mais vastas que constituem a obra literária na totalidade. No discurso informativo ou didático, o “símbolo” (por símbolo Northrop Frye entende toda unidade discernível do sentido) funciona como signo “posto por” alguma coisa, “apontando para...”, “representando...” alguma coisa. No discurso literário, o símbolo nada representa fora de si mesmo. [...] Contrariamente ao objetivo de verdade do discurso descritivo, deve-se dizer que “o poeta jamais afirma.” (RICOEUR, 2000, p. 345)

Duas forças inversas atuam na clínica. A direção centrífuga, ou seja, o esforço do médico de conectar as palavras às coisas, estabelecendo as correspondências pertinentes para decifração do enigma e comunicá-las ao paciente; e a direção centrípeta representa o esforço do paciente em configurar imagens, que só existem dentro de si, e fazê-las emergir em ato para as expectativas do homogêneo e categorizável da própria clínica.

É admitido pelos críticos formados na escola do positivismo lógico, que toda linguagem que não é *descritiva* – no sentido de dar uma informação sobre *fatos* – deve ser *emocional*. [...] Tal postulado decide o sentido da verdade e o da realidade. Ele diz que não há verdade fora da verificação possível (ou da falsificação) e que toda verificação, em última análise, é empírica, segundo os procedimentos científicos. Esse postulado funciona em crítica literária como um preconceito. Ele impõe, além da alternativa entre “cognitivo” e “emocional”, a alternativa entre “denotativo” e “conotativo”. (RICOEUR, 2000, p. 346-347)

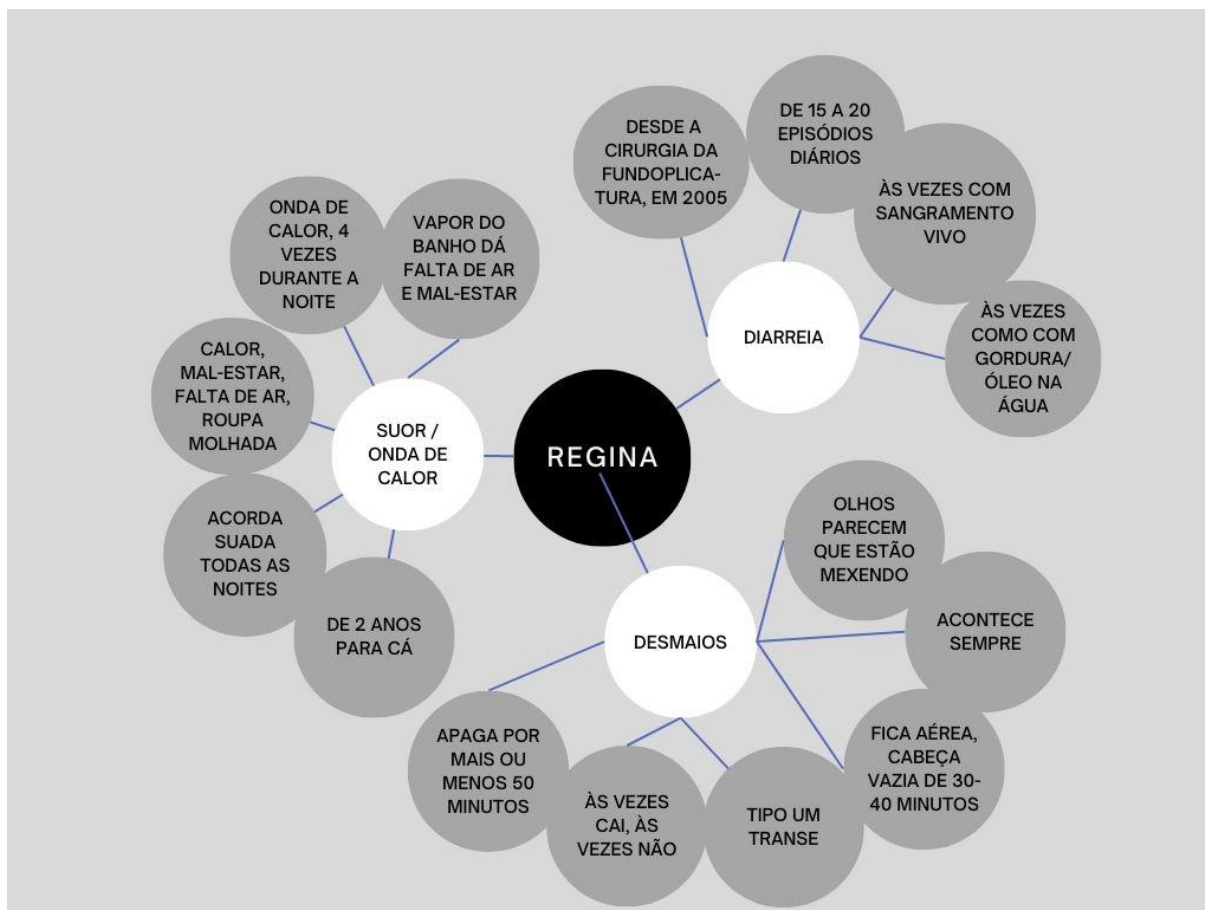
Ainda que situemos aqui o médico e o paciente como forças inversas no que diz respeito ao modo de configurar seus discursos, ou seja, ao modo de ação na tragédia da clínica, pois partem de pressupostos distintos, o discurso do paciente também se pretende configurador de uma verdade. Ainda que ao discurso do médico, socialmente, seja atribuída mais importância pelo prestígio do discurso científico e pelo poder atrelado ao saber da ciência médica, o discurso do paciente nada tem a ver com um ímpeto reduzidamente emocional que se coloca oposto ao (ou fora do) cognitivo, ou seja, estabelece-se como um não-saber que obscurece o saber mais legitimado naquele contexto e que pretende, por si só, revelar uma verdade. Ainda que, claramente, o âmbito emocional não seja desvinculado de nenhum ser humano agindo na vida, a configurar-se pela narrativa tem menos que ver com seu estado emocional apenas e mais com uma forma de organização de si no tempo da vida para a expressão de um sentido e, portanto, também de uma verdade.

A suspensão da referência, no sentido definido pelas normas do discurso descritivo, é a condição negativa para que seja liberado um modo mais fundamental de referência, que é tarefa da interpretação explicitar. Esta explicitação põe em jogo o próprio sentido das palavras realidade, verdade, que devem vacilar e tornar-se problemáticas. (Ibidem, p. 349-350)

Colocar em xeque os conceitos já estabelecidos nos permite fruir da linguagem em maior potência, abrindo para novas possibilidades discursivas, criando imagens e sentidos mais próprios de cada encontro clínico. A verdade expressa pelo discurso científico, aqui mais descritivo e referencial, é indiscutível. A problemática que se mostra é a necessidade de se admitir outras formas de configuração de verdade dentro do espaço clínico, ainda que sejam lançadas para serem refutadas, (des)construídas, negociadas, consideradas ou, *simplesmente*, escutadas.

Como forma de exemplificação visual, agrupamos na imagem abaixo alguns trechos expressos na consulta clínica pela personagem-paciente Regina. Os fatos selecionados estão conectados às cenas temáticas estipuladas pela médica-residente ao longo do encontro clínico.

Mapa mental 1: Cenas temáticas – paciente Regina.



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Evidenciam-se as marcações temporais dos três eixos temáticos, em episódios e duração, e a descrição de como esses processos de dor e doença se manifestam na paciente, ou seja, no modo como eles se revelam no corpo.

Nessa consulta, a problemática referencial se coloca de forma aguda, uma vez que a médica a todo tempo negocia os sentidos dos nomes e conceitos com a paciente. Por exemplo, sobre o desmaio:

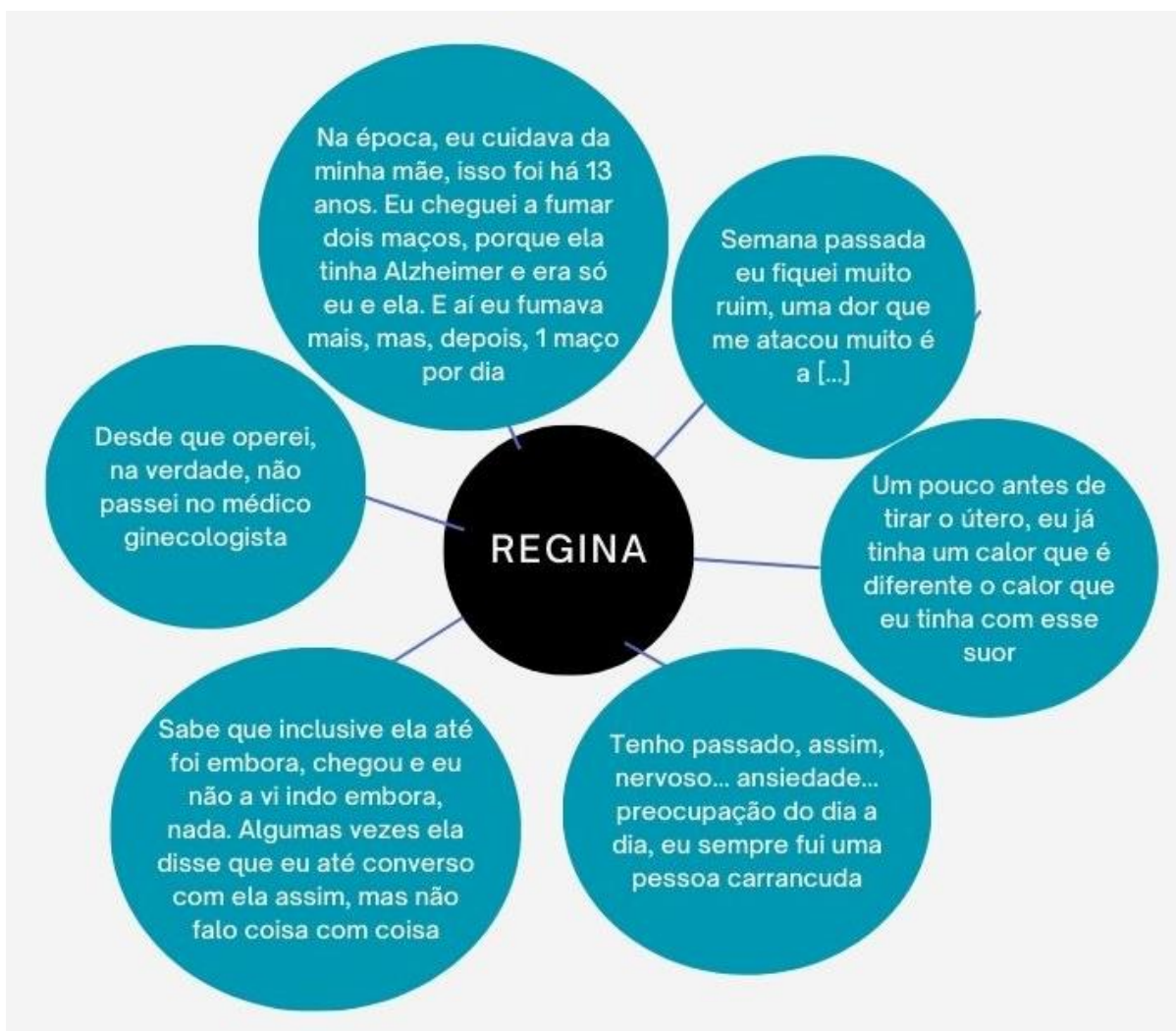
M: Todo desmaio é acompanhado do que a gente chama de desmaio é acompanhado de uma perda de tonos, então, não existe desmaio se a pessoa (não) desfalecer...

A leitura que fazemos aqui sobre as referências adotadas pelo personagem médico tem como base dois pilares: a referência primordial que é o corpo saudável, idealmente homogêneo e silencioso; e a aprendizagem sobre os processos de doenças que o deturpam e tornam-no nebuloso. Aprende-se, portanto, sobre os enigmas e como eles se mostram; então, todas as relações referenciais são, até certo ponto, determinadas, porque suas correspondências já foram provadas como verdade, essa verdade inegável constitui o corpo da ciência médica: “não existe desmaio se a pessoa não desfalecer”.

Os processos descritos pelo paciente são os obstáculos que se colocam à frente do herói trágico em sua trajetória rumo ao diagnóstico/desfecho, são enigmas cuja resolução move o herói trágico sempre em direção do centro do labirinto, ao encontro com o Minotauro. Lá deseja encontrar a sua própria absolvição e a absolvição do personagem-paciente que dele depende.

Ainda perseguindo a exemplificação visual, na imagem abaixo encontram-se agrupados alguns episódios mais estruturados narrativamente pela paciente Regina que foram desconsiderados pela economia da tragédia estipulada pela médica. Tais trechos ou foram expressamente ignorados ou não foram aprofundados por estarem desassociados da unidade – formada pelo triplo eixo temático instaurado pela profissional: suor, diarreia e desmaios. De qualquer modo, para nós, apresentam-se como uma fresta para a expressão dessa poética do paciente que traz configurada em si um sentido próprio, referente de/em si mesma.

Mapa mental 2: Episódios mais narrativos – paciente Regina.



Fonte: elaborado pela autora (2023)

Na configuração da paciente, há ainda a descrição de fatos que incluem a convivência com os sintomas, mas menos como uma descrição da doença fechada em si mesma e mais como expressão de uma subjetividade atravessada pelo tempo da vida e deparado com a sua própria finitude. Seus hábitos sobre tabagismo, por exemplo, respondem à pergunta da médica sobre a quantidade de maços, mas condiciona a sua referência de “maços” a um fato narrativo:

M: Você fumou por quanto tempo?

P: Eu fumei desde...desde 20 anos, eu tô com 52... 30 anos

M: 30 anos... um maço, dois maços?

P: Na época eu cuidava da minha mãe, isso foi há 13 anos/ em 2000, 2000 e/ 1999 eu cheguei a fumar dois maços. Porque ela tinha Alzheimer e era só eu e ela e aí eu fumava mais, mas depois... 1 maço por dia

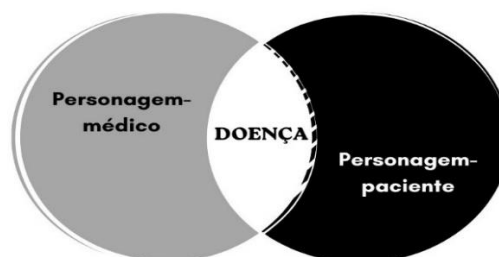
M: Tá, e cê tinha, cê teve um câncer de útero, foi isso?

A história sobre a sua mãe e as dificuldades atravessadas nesse período de sua vida justificariam, para a paciente, a quantidade acentuada de maços que ela descreve como hábito. Ambas as personagens acessam suas referências quando deparadas com o nome “maços”: a médica busca saber sobre a quantidade exata do consumo que, na correspondência com seu saber, traçará um perfil de personagem fumante dentro dos parâmetros disponíveis pelo seu banco de referentes; a paciente diz a resposta exata que lhe é solicitada, mas vai além, permitindo que o nome abra uma fresta temporal em sua vida que contempla uma história – porque seu referente está inserido no tempo. Ainda que a história sobre a sua mãe possa não ajudar no desvendar do enigma, enquanto evidência ou correspondência possível para a referência introjetada na profissional, pode ajudar na caracterização de um personagem cuja existência seja possível na clínica e vá além de um composto de referências que o personagem-médico já conhece, pois já estão desde antes pré-estabelecidas.

Concluída a exposição de cenas, depreendemos, então, que, ainda que mudem os modos de configurações da consulta clínica (R1 e R2), são fundamentalmente as perguntas feitas dentro da racionalidade da ciência médica – tanto as perguntas do prontuário quanto do profissional de saúde – que movem a ação clínica, que são seu sustentáculo, revelando mais sobre a doença do que sobre o doente. Quem é caracterizado na clínica como o personagem que toma mais espaço cênico e dialoga diretamente com o médico é a doença, utilizando-se do ser-doente como meio para alcançar o desfecho desejado: a dissolução do enigma, a cura ou o tratamento para a comorbidade.

Tal estratégia do herói trágico não é aqui rechaçada enquanto recurso de desvelamento sobre os fenômenos de doença para tratá-la ou erradicá-la, intenção primeira da clínica. O que buscamos trazer à luz é que dentro dessa forma dada *a priori* ao médico como forma de ação profissional, ainda que as narrativas do paciente se configurem em cena, só encontrarão a interlocução necessária quando descrever a solda que os une: a doença. Caso contrário, qualquer outra natureza narrativa que emerja do paciente será tomada como episódio alheio à unidade da tragédia, dissolvendo-se ao ser atravessado pela desimportância que constitui o herói caído. Sem interlocução possível, ou seja, sem a escuta atenta que atribui ao outro um lugar de importância, a tragédia da clínica torna-se uma estrutura que sempre se retroalimenta, presa ao mesmo modelo estruturante que condiciona determinados papéis e modos de ação reiteradamente.

Mapa Mental 3: Relação dos personagens com a doença.



Fonte: elaborado pela autora (2023)

A doença é a lente que medeia o encontro clínico e embota a visão para o ser-doente. Sob essa ótica, o ser-doente subjaz o processo não sendo, ele mesmo, o processo.

Retomaremos brevemente uma cena do mito de *Teseu e o Minotauro*. Desejando eliminar o monstro que se opõe à boa fortuna de sua trajetória de herói trágico, Teseu leva a cabo sua empreitada e derrota o seu inimigo, aniquilando-o. Há muitas leituras possíveis para este desfecho do mito. Aqui a leitura configurada é a de que a eliminação do Minotauro se tornou imperativa ao herói, pois a parte tomada como sombra do Minotauro lhe constituía como um todo, sem a possibilidade de (re)conhecimento de uma outra parte, que também lhe constituía. Eliminado, portanto, porque duplo, estranho, incompreensível e, talvez, indizível. De modo similar, o médico busca erradicar a doença, a sombra do paciente-Minotauro da clínica, de tal modo que apaga também quaisquer vestígios de outra racionalidade que possa atuar em cena, impedindo que a sua empreitada seja levada a cabo. Na clínica, o aniquilar do paciente-Minotauro não é no sentido de tirar-lhe da vida, mas o exato contrário, devolver-lhe a ela, como se saúde e doença ocorressem em campos apartados na batalha que acontece no corpo doente.

A doença é configurada apartada do sujeito, como objeto instaurado ali indesejavelmente, um terceiro a ser combatido, a parte a ser eliminada. Isso implica diretamente na configuração feita do personagem-paciente, porque está sob esta estreita perspectiva. Essa problemática se amplia não só pela fragmentação das cenas temáticas, por exemplo, a partir da qual o personagem se constitui, uma vez que a natureza de todo o sujeito é fragmentária por definição, mas pela redução radical da existência do ser-doente a um canal estreito como seu quadro clínico.

Portanto, a integração das partes, saúde e doença, torna-se, para a nossa reflexão, imperativa e urgente. A atual desintegração apontada aqui acontece, pois, a doença não é trazida

à luz enquanto um fenômeno do e no paciente, mas como uma entidade a ser combatida quase que isoladamente, num invólucro que sequestra o fenômeno da vida. Integrar as partes não necessariamente representará a solução reconfortante de um desfecho positivo, mas a possibilidade de que narrativas outras possam configurar e habitar o encontro clínico, permitindo a existência não só da doença em cena, mas de um ser que existe e é, em si mesmo, todos os fenômenos que diz e circunscreve.

EPÍLOGO

Uma sociedade para a qual a revolução é necessária é uma sociedade na qual a incorporação de todas as pessoas, como seres humanos completos, é, na prática, impossível sem que haja uma mudança nas suas formas fundamentais de relação.

(WILLIAMS, 2002, p.106)

A tarefa empenhada para identificar e caracterizar os personagens da clínica nos possibilitou ultrapassar os limites impostos pelo próprio herói trágico que busca, ele mesmo, configurar o personagem que quer erradicar: a doença, obstáculo à sua frente. Expandirmos tal noção significa atravessarmos a névoa e alcançarmos um outro, focalizando nossa atenção nele, restituímo-lo da importância de personagem em sua performance, uma presença que abriga o duplo, tal qual sua natureza de Minotauro na clínica. Em cena, o personagem-paciente é um herói caído, cuja ação obedece à direção do herói-trágico, o médico, e é, também, em alguma medida, a depender do tamanho da fresta revelada, o narrador de si.

A aproximação do personagem à semelhança de Minotauro nos serve pela imagem do duplo, especialmente pelo conflito inerente do indivíduo acometido de processos de dor e doença, trazendo no corpo e, claro, no discurso, as marcas que expressam sua natureza paradoxal e finita: dor e riso, alegria e medo, saúde e doença, vida e morte. Distintamente do Minotauro, o duplo do paciente não está sempre manifestamente expresso no corpo, mas, sim, na linguagem.

O médico não interpela o doente enquanto subjetividade reconhecidamente instaurada, porquanto o roteiro instituído pela clínica baseia-se em uma investigação da doença e da história da doença, conferindo a ela protagonismo suficiente para, em certa medida, apartá-la do indivíduo tornando-a uma entidade própria na intriga da tragédia e, o paciente, um herói caído.

A linguagem empreendida na clínica concretiza a doença como um mal a ser apreendido, entendido, combatido e aniquilado enquanto abstrai o sujeito, pondo-o como instrumento para alcançar e dissolver o enigma encontrado no centro do labirinto.

Graças ao conhecimento que o homem tem de si mesmo é que a <<ciência>> - a qual procura reconhecer tudo o que está ao alcance dos seus meios metodológicos – se vê confrontada, de uma maneira especial, com o tema <<homem>>. A sua tarefa de conhecer apresenta-se-lhe, constantemente, como uma tarefa aberta ao infinito. (GADAMER, 2009, p 24)

Ao tomar o homem como uma *tarefa aberta ao infinito*, já se instaura de pronto a impossibilidade de limitá-lo, torná-lo um todo coeso e coerente, uma unidade homogênea, como requeria as formas clássicas de representação. Apreendemos o homem pelos fragmentos de si revelados em seu agir e que vão compondo a caracterização dele como personagem em performance em suas ações no mundo. Essa caracterização fragmentária do personagem já foi configurada pela forma do romance explorada anteriormente, retomamos aqui.

O romance, ao abordar as personagens de modo fragmentário, nada mais faz do que retomar, no plano da técnica de caracterização, a maneira fragmentária, insatisfatória, incompleta, com que elaboramos o conhecimento dos nossos semelhantes. [...] na vida, a visão fragmentária é imanente à nossa própria experiência; [...] no romance, ela é criada, é estabelecida e racionalmente dirigida pelo escritor, que delimita e encerra, numa estrutura elaborada, a aventura sem fim que é, na vida, o conhecimento do outro. (CANDIDO, 2014, p. 58)

Sem a possibilidade de ser apreendido de todo, o personagem do romance, tal qual o personagem-paciente da clínica, descansa em sua incompletude fragmentária. É a partir de tal incompletude sempre expressa que percebemos e configuramos os nossos semelhantes, e nos implicamos na tarefa aberta ao infinito. O personagem do romance é, no entanto, configurado racionalmente pelo escritor. Contudo, o médico enquanto herói-trágico também, racionalmente, “dirige, delimita e encerra, numa estrutura elaborada”, menos a busca pelo conhecimento da fragmentariedade imanente constitutiva do outro e mais o conhecimento de uma fragmentariedade específica, que o médico torna uma porque a delimita: a doença.

O olhar prolongado e acolhedor que é necessário para se impregnar da necessidade singular de cada testemunho, e que se reserva comumente aos grandes textos literários ou filosóficos, pode-se também concedê-lo, por uma espécie de *democratização da postura hermenêutica*, às narrativas ordinárias de aventuras comuns. Deve-se, como ensinava Flaubert, aprender a olhar para Yvetot do jeito que olhamos para Constantinopla: aprender por exemplo a dar ao casamento de uma professora com um empregado dos correios a atenção e o interesse que se prestaria à narrativa literária de um casamento desigual e a dar às declarações de um operário metalúrgico o acolhimento fervoroso que certa tradição da leitura reserva às formas as mais altas da poesia ou da filosofia. (BOURDIEU, 2008, p. 712)

Não se trata, no entanto, de tratar o paciente como um personagem de romance, mas se *impregnar da necessidade singular de cada testemunho*. Para haver tal identificação, é necessário, primeiro, tornar possível que esse testemunho se concretize como interlocução possível ao médico, que se institua como configuração de uma verdade. A *democratização da postura hermenêutica* proposta pelo sociólogo francês Pierre Bourdieu em sua contribuição para o livro *A Miséria do Mundo*, não se bastará na leitura de romances e reconhecimento dos personagens ali inscritos, mas na atribuição de valor e sentido às narrativas ordinárias que mais rotineiramente são configuradas na expressão de múltiplas existências que nos atravessam em nossas trajetórias.

Dentro dos modos modernos de relação, cada vez mais fragmentados e mediados por interações virtuais, a proposta do sociólogo pode inferir-se utópica. Contudo, a mudança na relação com o outro reside no alcance de todos aparatados pela linguagem: na intenção concretizada em ação através da linguagem.

Cada traço adquire sentido em função de outro, de tal modo que a verossimilhança, o sentimento da realidade, depende, sob este aspecto, da unificação do fragmentário pela organização do contexto. Esta organização é o elemento decisivo da verdade dos seres fictícios, o princípio que lhes infunde vida, calor e os faz parecer mais coesos, mais apreensíveis e atuantes do que os próprios seres vivos. (CANDIDO, 2014, p. 80)

Para nós, a organização do contexto é a costura em direção ao uno e significa tornar a fragmentariedade de um indivíduo possível de existir no discurso, pois apreendida. É o que o personagem médico faz, com maestria, em relação à doença: unifica seus fragmentos, compondo o personagem e, assim, tornando-o real, compreensível porque delineado. A organização é, então, a lufada de vida, porque atribui ao sujeito *realidade*, possibilidade de existência porque verossímil.

Se a organização dos fragmentos é o que confere alma ao personagem, tornando possível sua existência, o médico, que é o grande orquestrador da consulta médica, é quem, portanto, atribui o sentido de verossimilhança, de realidade, delimitando o que existe e não existe e o que pode ou não existir no contexto clínico, traçando o círculo que delinea a cena.

Como grande configurador da tragédia da clínica, o médico baseia-se em olhar um ser-doente e imaginá-lo melhor. Começa sua ação imaginando-o de outra maneira, a partir de seus parâmetros referenciais de saúde. Parte deste grau zero: a saúde como imaginação é o ponto de partida do percurso do herói trágico. Portanto, não há ação médica possível sem o desejo profundo e intrínseco da imaginação primeira que configura sadio o ser-doente.

A partir do reconhecimento da potência imaginativa e configuradora de nosso herói trágico, será possível trazer à luz a necessidade de uma configuração mais atenta do personagem paciente para retirá-lo da posição de herói caído e pô-lo em seu posto de direito: interlocutor existente e palpitante.

Finalmente, alcançamos o centro do labirinto em sua névoa reveladora, “saber é apenas o alçar véus opacos” (LUKÁCS, 2009, p. 29). Enxergamos o Minotauro em seu duplo aterrador e agimos sempre na direção de uma integração do duplo mais radical na performance da tragédia da clínica: vida e morte.

*

Sáímos do labirinto. Encaramos a plateia. Contradigamos o mito e hasteemos a bandeira branca: enxergamos o Minotauro sem eliminá-lo. Encontramo-lo também dentro de nós.

Fecham-se as cortinas.

Fim.

PECTORILÓQUIA

O que chamamos de começo é, quase sempre, o fim
 E atingir um fim é atingir um começo.
 O fim é o ponto de onde encetamos jornada. E toda expressão
 E sentença corretas (onde cada palavra, em seu justo lugar,
 Assume posição para apoiar as outras,
 A palavra nem acanhada, nem ostentosa.
 Intercâmbio espontâneo entre o velho e o novo,
 A exata palavra comum sem vulgaridade,
 A austera palavra, precisa, mas não pedante,
 A parceria completa, a bailar a um só tempo)
 Cada locução, cada frase são um fim e um começo,
 Cada poema um epitáfio. E qualquer ação
 É um passo para o cepo, para o fogo, um adentrar-se goela do
 mar abaixo
 Ou um acercar-se de uma pedra ilegível: e aí é de onde partimos.
 Morremos com os que estão morrendo:
 Atentai, eles partem e vamos em sua companhia.
 Nascemos com os mortos:
 Atentai, retornam, e nos trazem com eles. [...]
 (ELIOT, 1966, p.195)

Fazia um sol tímido de inverno, daqueles que, a qualquer mínimo contato, despertam a gente para o frio que faz à sombra. Desci do metrô Clínicas obstinada, com uma razão de ser que se instaurava bem na zona fronteira entre o pavor e a felicidade. Era o primeiro dia da minha pesquisa de campo para a Iniciação Científica que eu fazia na graduação em Letras. Eu estava lá para participar e gravar o áudio de algumas consultas médicas do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas. Tinha esse nome anotado no caderno, achava que seria fácil me perder por ali. Para quem nunca esteve no HC, suas proporções são monumentais e labirínticas. Para uma distraída como eu, deveria saber, mas ali não sabia, que então começava o meu próprio labirinto. Quando me encontrei, na sala reservada aos médicos dentro do ambulatório, estranhei ultrapassar o limite da porta, integrar, de alguma forma, aquela cena, muitos médicos diferentes, mas todos de jalecos, estetoscópios e crachás. Parecia-me errado ouvi-los fora do consultório, parecia-me estar ouvindo segredos ou lendo um livro proibido. Tive eu própria que vestir um jaleco e botar um crachá, ambos ainda guardo comigo, grata à memória que eles me trazem. Só me faltou o estetoscópio, fiquei pensando e acho que eu teria o da cor vinho. Ali já estava arrebatada, lançada à minha própria performance da clínica. Uma pesquisa que começou, em certa medida, ficcionalmente: eu era o meu próprio personagem, mas ali não sabia. Eu já tinha sido instruída sobre o que fazer, tomei-me de coragem e me aproximei de um médico que parecia ter a minha idade e que saía em sua trajetória. Especialmente como professora e estudante que sou, sei, claramente, que a

esmagadora maioria das pessoas não se sente confortável sendo gravada, nem eu, particularmente. Especialmente durante a prática profissional. Mas todos os profissionais foram sempre muito disponíveis e me trataram com imenso respeito. Era também ali um trabalho retórico, de convencimento, de logos, de ethos e de páthos, mas, claro, ali eu ainda não sabia disso. Quando abordava os pacientes, eram necessárias novas estratégias, outra linguagem. Eu tinha que simplificar aquele beabá academicista para que eles realmente soubessem o que estavam assinando. Eles ouviam, acenavam que sim, assinavam os termos. Todos os generosos médicos e pacientes, aos quais eu solicitei a minha presença com o gravador, acolheram o meu pedido. Chegando ao pequeno consultório, eu colocava o meu celular, com recursos bastante limitados à época, na mesa do médico e me colocava no canto da sala, atrás do paciente, às vezes sentada, às vezes em pé, segurando um caderno, mas nunca escrevia nele. Tinha a impressão de que eu mal respirava, tal era pretendido (por mim mesma) o meu apagamento naquele contexto, o máximo quanto possível, claro. Ali, aconteceu. Esse momento era o mergulho mais profundo e magnífico. E um privilégio de mergulho, mas isso eu também não sabia ali. A possibilidade de participar de uma consulta clínica, assisti-la, vivenciá-la, experimentá-la, apreciá-la sem ser paciente nem médico e nem familiar. De ser somente espectadora. E, por isso, ocupar meu lugar na plateia, esperar que as cortinas se abrissem e entrar na clínica, nesse labirinto que a mim me tomou de pronto, pela via do assombro e do encantamento.

Dez anos separam a primeira consulta médica gravada no AGD HC-FMUSP, em 12 de agosto de 2013, e esta tese.

O FIO NÃO FINDA

*“Deixo aos vários futuros (não a todos) meu jardim de veredas que se bifurcam”
(BORGES, 1998, p. 530)*

(Des)orientados pela travessia, chegamos ao fim que é, também, (re)começo. Isso porque a entrada e a saída do labirinto é a mesma. Quem se transforma, com sorte, é o sujeito transpassado pela experiência da caminhada.

Perfurar a película encapsuladora da clínica e descortinar o fenômeno do encontro clínico nos desafia a pensar fora dos binarismos, de reduções maniqueístas e, sobre o palco trágico, observar a profusão de retratos em constante embate dramático sobre o duplo mais radical: vida e morte.

Saúde e doença são dois polos indissociáveis do viver que habitam a nossa linguagem. Na clínica, tanto o herói trágico quanto o Minotauro avançam contra o mesmo desafio: lidar inexoravelmente com (e contra) a finitude. De um lado, um sujeito desprovido de mundo, elidido do seu tempo humano, reafirmado em sua vulnerabilidade de ser-doente, configurado enquanto doença. Do outro, o homem “mudando como um Deus o curso da história²²”, amparado contra a desordem pela ordem que o protege e também o esmaga sistemicamente, na mesma medida. São muitos os conflitos da clínica e, por causa e apesar deles, não há desfecho dado de pronto.

“Para o discurso o ouvir é constitutivo [...] o ouvir alguém é o existenciário ser-aberto do Dasein como ser-com para os outros” (HEIDEGGER, 2012, p.461). O ouvir, para Heidegger, é uma medida de cuidado, o que há de mais autêntico no desvelamento do nosso caráter mais existencial, o ser-com para os outros. Esse ouvir transcende o ouvir da clínica na medida que não busca algo específico, não dirige o enredo, mas deixa que o enredo do outro seja. Afinal, comunicar-se com um outro buscando achar nele o seu próprio saber, é receber de volta o próprio saber. Assim, a relação com o outro se torna uma retroalimentação dos mesmos sistemas, e não uma abertura verdadeiramente própria ao compreender, a morada comum de si com o outro.

Foi somente o esquecimento desse mundo primitivo das metáforas, foi apenas a cristalização e a esclerose de um mar de imagens que surgiu originariamente como uma torrente escaldante da capacidade original da imaginação humana, foi unicamente a crença invencível em que *este* sol, *esta* janela, *esta* mesa são verdades em si, em suma, foi exclusivamente pelo fato de que o homem esqueceu que ele próprio é um sujeito e certamente um sujeito atuante *criador e artista*, foi isto que lhe permitiu viver beneficiado com alguma paz, com alguma segurança e com alguma lógica. Se ele pudesse por um instante transpor os muros desta crença que o aprisiona, adquiriria imediatamente a “consciência de si”. (NIETZSCHE, 1983, p. 15)

Refletindo sobre a proposição de pensamento nietzschiana e apropriando-nos do questionamento de Carlos Drummond de Andrade em seu poema “Confissão”: “Do que restou, como compor um homem / e tudo o que ele implica de suave, / de concordâncias vegetais, murmúrios / de riso, entrega, amor e piedade?” (ANDRADE, 2015, p. 221), se, na clínica, despirmo-nos a todos de todo o aparato científico, todas as máscaras sociais que nos são disponíveis (e outras que nos são determinadas) em performance: *do que restou, como compor um homem?*

²² Trecho da canção “Super-homem”, do álbum Realce (1979), de Gilberto Gil.

Que a escolha da forma evoca uma ação possível, já sabemos. A forma da clínica aqui analisada tem atribuída à sua estrutura composicional vantagens inúmeras, incluindo a de sua duração, que não condizem com (ou retratam) a realidade esmagadora do cenário clínico brasileiro, em sentido amplo e diverso – disso sabemos. Contudo, as reflexões tecidas são uma proposição de leitura dessa forma híbrida e complexa que é o encontro clínico. Ao falar de formas, propomos uma abertura ao ser “*criador e artista*” (NIETZSCHE, 1983, p. 15), pois se queremos outro curso de ação possível para o herói-trágico e para o paciente, precisamos ouvir e ouvir-nos; fazê-lo e fazer-nos, emergir do silêncio e compô-lo(nos).

“A meta suprema é voltar a estar são e assim esquecer que o estamos”, afirmou GADAMER (2009). Nesse pretense silêncio da saúde, quando a doença irrompe, torna-se necessário configurá-la, torná-la linguagem e atribuir sentido a ela. Quando a saúde não puder ser alcançada na fisiologia do corpo, que isso seja possível, *ao menos*, existencialmente, em novas e possíveis configurações.

“O mar e seu incenso / o mar e seus ácidos, / o mar e a boca de seus ácidos, / o mar e seu estômago / que come e se come, / o mar e sua carne / vidrada, de estátua, / seu silêncio, alcançado / à custa de sempre dizer / a mesma coisa.” (MELO NETO, 2020, p. 108) A metáfora tecida pelo poeta João Cabral de Melo Neto, em nossa interpretação, aproxima o som constante do mar e o incorpora à vida pela sua repetida fruição com ela, em sentido mais geral, acabamos por naturalizar os sons que se produzem repetidamente e, aqui acrescentamos, tomando-os como *verdade*, mais pela sua insistente presença, do que pela conexão que estabelecemos com eles. Pelo contrário, isolamos o ruído, naturalizamo-lo e vivemos neste silêncio construído, pretendido.

Queremos propor, contudo, uma outra perspectiva de silêncio. Durante a pandemia, em uma participação online sobre o conto “Terceira margem do rio”, do autor João Guimarães Rosa, a Professora Yudith Rosenbaum alinhava a seguinte interpretação: “o silêncio inaugural onde todas as coisas estão”, um silêncio anterior ao som, onde *todas as coisas* estão disponíveis para existir por meio da linguagem. A existência completa está, nesse momento do silêncio, submersa na linguagem. E há de se configurar o mundo para não só vivê-lo, mas criá-lo na mesma medida.

Imbuídos da consciência e da responsabilidade de nosso poder configurador, escolhemos a linguagem que faremos emergir do silêncio primordial, a partir da nossa intenção configuradora. Essa escolha configuradora recriará mitos e, com sorte, recriará também a si mesma.

Frente ao abismo da linguagem, podemos saltar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, Nicola. **Dicionário de filosofia**; tradução da primeira edição brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. – 5ª ed. – São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ANDRADE, Carlos Drummond. **Nova reunião: 23 livros de poesia** – 1ª ed. – São Paulo: Companhia das Letras, 2015.

ARISTÓTELES. **Poética**; edição bilíngue; tradução, introdução e notas de Paulo Pinheiro – São Paulo: Editora 34, 2017 (2ª edição). 232 p.

_____. **Poética**; tradução, textos complementares e notas Edson Bini. Coleção Clássicos Edipro. São Paulo: Edipro, 2011.

_____. **Retórica**. Tradução Edson Bini. São Paulo: Edipro, 2013

AYRES, J. R. C. M.. “Uma concepção hermenêutica de saúde”. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43–62, jan. 2007.

BAKHTIN, Mikhail. **Estética da Criação Verbal**. Prefácio à edição francesa Tzvetan Todorov Introdução e tradução do russo Paulo Bezerra. 6ª ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2011.

_____. **Questões de literatura e de estética: a teoria do romance**. Tradução Aurora F. Bernardini. São Paulo: Hucitec, 1988.

BIGNOTTO, Newton. **O tirano e a cidade**. Coleção Clássicos e Comentadores. São Paulo: Discurso Editorial, 1998.

BOURDIEU, Pierre. **A Miséria do mundo**. Sob direção de Pierre Bourdieu. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BORGES, Jorge Luis. “O jardim de veredas que se bifurcam”. In: **Obras Completas I**. Ed. Globo, 1998.

CABRAL, Maria de Jesus. “O que me diz este corpo? Contributos do modelo teatral para a medicina narrativa. In: BARBOSA, António (Org). **Narrativa e bioética**. Lisboa: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2015. p. 105-125.

_____. **"Theater and (Narrative) Medicine: Fortifying Ethics in Healthcare Education."** *Global Perspectives on Probing Narratives in Healthcare*, edited by Teresa Casal and Maria de Jesus Cabral, IGI Global, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4018/978-1-6684-8064-9.ch015> Acesso em 14 jul. 2023. p. 250-262.

CÂNDIDO, Antônio. **Timidez do romance: estudo sobre a justificativa da ficção no começo do século XVII**. Alfa, n. 18/19, p. 61-80, 1973. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/alfa/article/view/3508/3281>. Acesso em: 05 abr. 2023.

CANDIDO, Antonio. “A personagem do romance”. In: **A Personagem de ficção**. Coleção: Debates; 1, dirigida por J. Guinsburg). São Paulo: Perspectiva, 2014. P. 51-80

CARELLI, Fabiana Buitor et al. “Hidra de duas cabeças: configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP”. In.: **Revista Internacional de Humanidades Médicas**, v. 2, n. 2, p. 15-37, 2013. Acesso em: 22 abr. 2023.

CARELLI, F. B.; POMPILIO, C. E. “O silêncio dos inocentes: por um estudo narrativo da prática médica”. In: **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 46, p. 677–681, 2013.

CARELLI, Fabiana Buitor. **Pode o subaltern pensar? Literatura, narrative e saúde em português**. Curitiba: CRV, 2020. 260 p.

CEIA, Carlos. **E-Dicionário de Termos Literários**. Disponível em: <https://edtl.fcsh.unl.pt/encyclopedia/acto>. Acesso em 27 jun. 2023.

CHARON, Rita. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. **JAMA**, v. 286, n. 15, 2001. p. 1897-1902

DIDI-HUBERMAN, Georges. **Diante da Imagem: questão colocada aos fins de uma história da arte**. Tradução: Paulo Neves. São Paulo: Editora 34, 2013.

DARNTON, Robert. **O grande massacre de gatos e outros episódios da história cultural francesa**. Tradução de Sonia Coutinho. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

ELIOT, Thomas Stearns. **Crime na Catedral / Quatro Quartetos**. Coleção dos Prêmios Nobel da Literatura Editora: Delta Ano: 1966.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2002.

FRYE, Northrop. **Anatomia da crítica: quatro ensaios**. São Paulo: É Realizações. Editora, 2014.

GADAMER, Hans Georg. **O mistério da saúde: o cuidado da saúde e a arte da medicina**. Lisboa: Edições 70, 2009.

HEIDEGGER, Martin. **A caminho da linguagem**. Tradução de Marcia Sá Cavalcante Schuback. Petrópolis: Vozes; Bragança Paulista, Bragança Paulista, SP : EDUSF, 2003.

_____. **Ser e Tempo**. Tradução de Fausto Castilho. Campinas: Ed. Unicamp e Petrópolis: Vozes, 2012.

HURWITZ, Brian. Narrative (in) medicine. In: HURWITZ, B.; SPINOZZI, P. (Eds.). **Discourses and narrations in the biosciences**. Goettingen: [s.d.]. p. 45-49

LENS, Andrea Funchal; CARELLI, Fabiana Buitor. “O metaforizar da clínica como configuração de doença, vida e morte”. **Revista Metalinguagens**, v.9, n. 1, Agosto de 2022, Disponível em:

<https://metalinguagens.spo.ifsp.edu.br/index.php/metalinguagens/article/view/1142> Último acesso em 10 jul. 2023. p. 71-97.

LUKÁCS, Georg. **A teoria do romance: um ensaio histórico-filosófico sobre as formas da grande épica**; tradução, posfácio e notas de José Marcos Mariani de Macedo. 2ª ed. Coleção Espírito Crítico. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2009. 240 p.

MACEDO, José Marcos Mariani de. “Posfácio” In. LUKÁCS. **Teoria do Romance**. 2ª. ed. São Paulo: Duas Cidades; Editora 34, 2009.

MENEZES E SILVA, Christiani Margareth. “A retórica como arte: Aristóteles”. In.: **Revista Ideação**, n. 34, jul./dez. 2016.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **A prosa do mundo**. São Paulo: Cosac & Naify, 2012.

NEBIAS, M. M. R. “Figurações da personagem detetivesca”. In.: **Letras de Hoje**, [S. l.], v. 52, n. 2, p. 183–191, 2017. DOI: 10.15448/1984-7726.2017.2.25776. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fale/article/view/25776>. Acesso em: 7 jul. 2023

NETO, João Cabral de Melo Neto. **Poesia completa**. Organização, estabelecimento do texto, prefácio e notas Antonio Carlos Secchin, com a colaboração de Edneia R. Ribeiro. 1ª ed. Rio de Janeiro: Alfaguara, 2020.

NIETZSCHE, F. W. **Sobre verdades e mentiras no sentido extra-moral (Obras incompletas)**. Tradução e notas de Rubens Rodrigues Torres filho. São Paulo: Abril Cultural, 1983

PALLOTTINI, Renata. **Introdução à dramaturgia**. São Paulo: Ática, 1988.

PLAPLER, H.; CARELLI, F. B. Medical humor and its role in the process of social perception of the disease (and of the patient). **Research and Humanities in Medical Education**, [S. l.], v. 8, p. 18–24, 2021. Disponível em: <https://www.rhime.in/ojs/index.php/rhime/article/view/424>. Acesso em: 24 mai. 2023.

POMPÍLIO, C. E. “A tragédia da doença – bases fenomenológicas da medicina narrativa”. In.: **Revista de Letras**, n.32, vol. 2. São Paulo, 2013. p. 11-23.

RICOEUR, Paul. **A metáfora viva**. Tradução de Dion Davi Macedo. São Paulo: Loyola, 2000, 500p.

_____. **Tempo e Narrativa**. Tradução Claudia Berliner; revisão da tradução Márcia Valéria Martinez de Aguiar; introdução Hélio Salles Gentil. – São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010.

ROSA, João Guimarães. **Grande sertão: veredas**. 6. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1968.

SANTOS, Fábio Candido dos. **O problema da *hybris* na filosofia grega antiga**. Principia, Rio de Janeiro, n. 39, jul-dez, 2019. e-ISSN 2358-7326. Disponível em: <https://www.e->

publicacoes.uerj.br/index.php/principia/article/viewFile/48167/32296 Último acesso em: 11 jul. 2023.

SILVA, Rosely de Fátima. **Do ato heroico à construção da noção de responsabilidade do agente moral, paralelos entre a Ética Nicomaqueia e a Poética de Aristóteles**. 2013. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014. doi:10.11606/D.8.2014.tde-15042014-095541. Acesso em: 29 jun. 2023.

SOUZA-E-SILVA, M. C. P.; PICCARDI, T. “Linguagem, comunicação e trabalho: a comunicação na prática médica”. In.: **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, v. ano VI, p. 209-222, 2012.

SÓFOCLES. **A trilogia Tebana. Édipo-Rei, Édipo em Colono, Antígona**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1989.

_____. **Édipo-Rei**. Trad. Donaldo Schüler. Rio de Janeiro: Lamparina, 2004

SONTAG, Susan. **Doença como metáfora. AIDS e suas metáforas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.

VERNANT, Jean-Pierre; VIDAL-NAQUET, Pierre. **Mito e tragédia na Grécia Antiga**. dirigida por J. Guinsburg Estudos; 163. São Paulo: Perspectiva, 2014.

WATT, Ian. **A ascensão do romance: estudos sobre Defoe, Richardson e Fielding**. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.

WHITE, Hayden. **Meta-História: A Imaginação Histórica do Século XIX**; Tradução de José Laurênio de Melo. Coleção Ponta; v. 4. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1992.

WILKINSON, Philip. **O livro da mitologia**. Tradução Bruno Alexander. São Paulo: Globo Livros, 2018. 352 p.

WILLIAMS, Raymond. **Tragédia moderna**. Trad. Betina Bischof. São Paulo: Cosac & Naify, 2002.