

Hidra de duas cabeças: Configuração ricoeuriana e narrador impuro numa narrativa do HC-FMUSP

Fabiana Carelli, Universidade de São Paulo, Brasil
Andrea Funchal Lens, Universidade de São Paulo, Brasil
Amanda Cabral Carvalho Alcântara De Oliveira, Universidade de São Paulo, Brasil
Ariadne Catarine Dos Santos, Universidade de São Paulo, Brasil
Mariluz Dos Reis, Universidade de São Paulo, Brasil
Carlos Eduardo Pompilio, Universidade de São Paulo, Brasil

Resumo: Este artigo busca analisar, do ponto de vista da teoria literária e da literatura comparada, o modo como é configurada, por ela mesma, a narrativa de vida de uma paciente do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo num contexto de consulta com a médica residente que a atende, e de que modo essa narrativa é reconfigurada pela mesma residente, tanto na conversa com seu assistente quanto na retomada da consulta com a paciente, na qual hipóteses diagnósticas, prognósticas e tratamento lhe serão transmitidos. A análise empreendida aqui funda-se essencialmente nos conceitos de prefiguração, configuração e refiguração, tal como estabelecidos por Paul Ricoeur em sua obra *Tempo e narrativa* (2010); narrador e ponto de vista narrativo, tal como em Arrigucci Jr. (1998) e Friedman (2002); e do riso em suas articulações culturais, tal como em Aristóteles (s/d), Darnton (1996), Bakhtin (1999) e Baudelaire (2002). Ao final, este trabalho visa a propor bases analíticas e teóricas para a definição do conceito de narrador “clivado” ou “impuro”, no contexto das relações entre narrativa e medicina.

Palavras-chave: narrativa e medicina, literatura e medicina, narrative medicine, Ricoeur e medicina, relações médico-paciente, GENAM, AGD-HC-FMUSP, narrador clivado, narrador impuro.

Abstract: From the point of view of literary theory and comparative literature, this article aims to analyze how it is configured the narrative of life of a patient of the General and Didactic Clinic of the University of São Paulo School of Medicine, in the context of a consultation with the resident who attends her, and how that narrative is reconfigured by the same resident, both in the conversation with her assistant and at the resumption of the consultation with the patient, in which diagnostic hypotheses, predictions and treatments will be transmitted. The analysis undertaken here is based mainly on the concepts of prefiguration, configuration and refiguration established by Paul Ricoeur in his book *Time and Narrative* (2010); narrator and narrative point of view, as in Arrigucci Jr. (1998) and Friedman (2002); and the cultural aspects of the comic genre, as in Aristotle (s/d), Darnton (1996), Bakhtin (1999) and Baudelaire (2002). In conclusion, this paper aims to propose some analytical and theoretical grounds for the concept of a “cleaved” or “impure” narrator in the context of the relations between narrative and medicine.

Keywords: Narrative and Medicine, Literature and Medicine, Narrative Medicine, Ricoeur and Medicine, Doctor-Patient Relationship, GENAM, AGD-HC-USP, Cleaved Narrator, Impure Narrator.

À guisa de introdução

Tem a quinda, tem a missanga. Veja: solta, mistura-se; não posso arrumar a beleza que eu queria. Por isso aceito sua ajuda. Acamaradamos. Dou o fio, o camarada companheiro dá a missanga – adiantamos fazer nosso colar de cores amigadas. [...] Por isso pergunto de poimento do muadié: vida de pessoa não é assim a missanga sem seu fio dela, misturada na quindinha dos dias? (Vieira, 1987: 13-4)

O trecho acima citado, do início do romance *João Vêncio: os seus amores*, do angolano José Luandino Vieira, refere-se a uma conversa. Ou melhor: o romance todo é uma conversa, mas escrito como a fala de um só. Nele, à semelhança do *Grande sertão: veredas*, de Guimarães Rosa, há um homem simples, um mulato, que é o narrador. Preso por tentativa de



homicídio no contexto de uma Angola em plena guerra colonial, o mulato Juvêncio Plínio do Amaral (nome completo, “com flores circunflexas”, cf. Vieira, 1987: 38) ou, no apelido, João Vêncio (porque, no jogo de palavras, ao final “eu venço”, afirma ele, cf. Vieira, 1987: 83), dialoga na prisão com um “muadié” (senhor, doutor), advogado. Seu objetivo? Contar sua história, para que, articulando sua vivência pessoal com o saber linguístico e argumentativo do defensor, ele possa, afinal, ser absolvido no julgamento dos “brancos”. Por esse motivo, ele afirma: tem a quinda (o cesto, a vida), tem a missanga (as contas do colar, os fatos). Mas, na confusão dos dias, é preciso dar o fio, selecionar as missangas, organizar o colar: configurar uma história. A lógica dessa história, sua ordem, é claro, dependerá de quem “dá o fio”.

Fatos selecionados: miçangas

Todo paciente conta uma história, e é essa história, a análise dessa história, repleta de riqueza informacional, que constitui o nosso escopo. Como afirma Paul Ricoeur, há uma “identidade estrutural entre a historiografia e a narrativa de ficção”, e, por que não dizer, entre as narrativas cuja vocação é evidentemente ficcional e aquelas pretensamente verdadeiras, já que, ainda de acordo com o filósofo francês, há uma “profunda afinidade entre a exigência de verdade de cada um dos modos narrativos”; uma exigência de verdade que se constitui enquanto “o caráter *temporal* da experiência humana” (Ricoeur, 2010: 9; itálicos do autor).

Toda narrativa se constitui de diversos elementos e olhares, mas em geral se configura de acordo com os ditames de uma consciência, de uma racionalidade que *escolhe* o que contar e *organiza* esses fatos: seleciona e combina. A essa racionalidade que tudo preside no universo diegético, a teoria literária convencionou chamar de *narrador*. O narrador é quem conta a história. E uma história é, por definição, enunciado e enunciação (tal como definido por Benveniste e depois Genette, *apud* Ricoeur, 2010: 109/138 e ss.): um conjunto de *fatos selecionados* (enunciado) a partir de uma existência caótica de ações no “mundo da vida”, aos quais se confere um *sentido* a partir de sua estruturação no *tempo* – ordem, duração, frequência (o “tecido” ou composição sendo, propriamente, a enunciação). “Narrar”, diz Günther Müller a partir de Ricoeur, “é presentificar [...] acontecimentos não perceptíveis pelos sentidos de um ouvinte”, já que “todo narrar [é] um narrar alguma coisa que não é, em si, narrativa” (Ricoeur, 2010: 131).

Nesse sentido, sem a inteligência discriminante e articuladora de um narrador, não há possibilidade alguma de narrativa. Mesmo quando disfarçado por um efeito discursivo que remeta à sua transparência ou pretensa objetividade, o narrador está sempre presente na narrativa enquanto consciência configurante. Ou, nas palavras de Ricoeur: “[q]ue o narrador esteja ausente de seu texto ainda é um fato de enunciação” (Ricoeur, 2010 (II): 140).

Como lembra Davi Arrigucci Jr., numa palestra destinada a psicanalistas,

a escolha do narrador é um dos fatos decisivos da ficção [também das narrativas não ficcionais] e da sua interpretação, da articulação orgânica que há entre técnica e temática na obra [...]. Se o narrador pode estar em Sirius, como às vezes quer o narrador de Machado de Assis, é porque ele tem uma superioridade absoluta sobre os demais – ele pode mais que os demais. Se ele pode narrar a história depois de morto, ele pode mais que o comum dos mortais, e isto decerto tem consequências decisivas sobre tudo o que ele diz ao relatar em retrospecto a vida dele em meio aos pobres mortais. (Arrigucci JR., 1998: 20)

Importante lembrar, o narrador não é o autor, ser vivo, empírico, de carne e osso, mas sim um artefato de linguagem, uma instância configuradora, criada no contexto próprio de cada narrativa com a finalidade específica de contá-la e nela instaurando um *quê* e um *como*. Nas palavras de Roland Barthes,

narrador e personagens são essencialmente ‘seres de papel’; o autor (material) de uma narrativa não se pode confundir em nada com o narrador dessa narrativa; os signos do narrador são iminentes à narrativa [...]: quem fala (na narrativa) não é quem escreve (na vida) e *quem escreve não*

é quem é” (lembrando a dúvida de Lacan, em rodapé: “O sujeito do qual falo quando falo é o mesmo que aquele que fala?”) (Barthes, 2013: 50, itálicos do autor).

Nesta seção, trataremos da importância dos *fatos selecionados* na construção de uma narrativa, definindo-os, de modo geral e no contexto da história clínica aqui analisada, como o conjunto de ações escolhidas pelo(s) narrador(es), a partir de um todo multiforme e até certo ponto caótico da vivência cotidiana, para compor(em) suas histórias e conferir a elas os *sentidos* que melhor as expressam, de acordo com seu(s) ponto(s) de vista.

Quando pensamos na escolha dos fatos selecionados pela metáfora de um colar de contas, conseguimos vislumbrar mais claramente a complexidade e heterogeneidade próprias dos universos culturais em contato na relação paciente-médico. O paciente, por um lado, chega à consulta com os paradigmas subjetivos próprios da *experiência*, constituídos a partir de sua vivência como indivíduo, do seu estar-no-mundo. Nesse sentido, o narrador por ele constituído está muito mais próximo daquele tal como definido pelo filósofo alemão Walter Benjamin, que institui sua autoridade a partir de sua “faculdade de intercambiar experiências”. “Se a arte da narrativa hoje é rara”, diz Benjamin, “[a] razão é que os fatos já nos chegam acompanhados de explicações” (Benjamin, 1987: 203).

O médico, por outro lado, além da experiência que lhe é própria como ser-no-mundo, traz consigo, para sua relação com o paciente, os protocolos da prática clínica e os paradigmas da racionalidade tecnocientífica duramente aprendidos ao longo de seus anos de formação¹. Esse aspecto é ainda mais pungente no contexto do Ambulatório Geral e Didático do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (AGD), “casa” desta pesquisa, já que, além de se constituir como instituição que presta atendimento de saúde à população em geral, o Ambulatório funciona como local de ensino e treinamento da prática clínica pelos estudantes recém-graduados pela FMUSP e por outras faculdades brasileiras. Nesse sentido, os residentes que lá atendem o fazem não apenas como médicos, mas principalmente como aprendizes, justamente, dos protocolos e diretrizes acima referidos. De alguma maneira, estão lá para apreendê-los, repeti-los; incorporá-los. Como demonstraram Souza-e-Silva e Piccardi (2012), a consulta médica pode ser considerada, de modo pertinente, um “gênero do discurso” (Souza-E-Silva & Piccardi, 2012: 8). Sendo assim, vem imbuída dos protocolos e procedimentos próprios da sua definição enquanto tal².

Pois bem: médicos e pacientes, ao contarem suas histórias, ou, em geral, ao contarem e recontarem a *mesma* história (a da vida do paciente depois da doença, ou com a doença), escolhem e organizam os *fatos selecionados* de acordo com seus diferentes paradigmas, e é nisso que diferem, ou mesmo se distanciam, ainda que, no caso de uma consulta médica, busquem incessantemente uma sincronização entre seus pontos de vista, em prol de diagnósticos e tratamentos que, deseja-se, sejam bem-sucedidos. Assim, de imediato, os fatos selecionados que constituirão as histórias configuradas por eles variam de indivíduo para indivíduo, de uma perspectiva subjetiva a uma perspectiva generalizante, do universo cultural da experiência ao universo cultural do pensamento científico.

A consulta médica que acompanhamos no AGD, e que nos serve de base analítica para este artigo, foi realizada por um médico Residente, aqui denominado R, com uma Paciente (P) e sob a supervisão de um médico Assistente (A). No AGD, os atendimentos em geral acontecem de acordo com a seguinte ordem: o paciente que se consulta pela primeira vez chega ao Ambulatório por indicação do Pronto-Atendimento, que detecta a necessidade de um tratamento continuado; é

¹ Esses aspectos da educação médica são discutidos, entre outros artigos, em Sobel (2005), em que tornar-se médico aparece como a aquisição de uma “segunda língua” e da prática de dizer quase tudo “em uma única sentença”.

² “A consulta médica - entendida como gênero do discurso que determina o modo de os atores sociais, médico e paciente, interagirem - afeta o tipo de comunicação que se desenvolve entre eles. Nessas interlocuções ainda é forte a influência dos discursos médicos do século XIX, que deram origem ao chamado modelo biomédico, ainda em voga, do qual se originam os posicionamentos discursivos dominantes na saúde. Esse modelo - que desloca lentamente o olhar do médico do doente para a doença, do ator social para o objeto - afeta diretamente a comunicação entre médico e paciente, na medida em que o primeiro designará de modo “objetivo” um mal que, na realidade, não pode ser separado da experiência vivida do sujeito doente”, afirmam as autoras (Souza-E-Silva & Piccardi, 2012: 8-9).

atendido por um médico residente – em nosso caso, um residente do 1º ano; a consulta transcorre entre residente e paciente; nesta, o médico faz a anamnese do(a) paciente e exames clínicos presenciais, observando também exames laboratoriais e de imagem que ele(a) possa trazer; a consulta é então interrompida para que o residente possa expor o caso a um médico assistente em serviço (este médico é um profissional formado e credenciado, portanto com habilitação e certificação para fazer diagnósticos e prescrever exames e tratamentos); enquanto o residente discute com o assistente na sala de reuniões, o paciente permanece à espera, na sala de consultas; o residente, após discussão com o assistente, estabelece o diagnóstico e elabora o tratamento; o residente volta para a sala de consultas e repassa ao paciente o que foi discutido com o assistente; residente e paciente combinam, por fim, a sequência do tratamento, bem como, caso necessário, novas estratégias de investigação; com o término da consulta, o paciente se dirige ao serviço de agendamento de retorno, no caso de a investigação prosseguir.

Nossa paciente, uma mulher de 52 anos, veio ao Ambulatório buscar o tratamento anti-tabagismo que o Hospital oferecia. Sua história clínica, porém, não era tão simples, já que, no correr da consulta, evidenciou-se também que P sofria de diabetes, hipertensão, artrose e sobrepeso, mas tinha convênio particular e tratava com médicos conveniados essas e outras questões. De comum acordo entre P e R, e por orientação institucional, decidiu-se que o AGD faria apenas o acompanhamento do tratamento anti-tabagismo que P desejava.

Ao selecionar os fatos e começar a concatená-los, a paciente o faz por uma ordem inicialmente cronológica, remontando sua trajetória até ali e tentando expressá-la para o médico. A tabela abaixo mostra o início da conversa, do ponto de vista dos fatos selecionados, mostrados como unidades de ação (“vim aqui”, “me inscrevi”, “assisti”, etc.):

<i>Fatos selecionados da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Doutora, é o seguinte	Hum
Eu já vim aqui uma outra vez	
me inscrevi pra fazer o tratamento antitabagismo	
assisti palestra	
passei no médico	
ele me pediu pra fazer uns exames	Tá
eu não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã pra fazer o exame	
eu tenho plano de saúde	Uhum
Eu fui na minha médica	Tá
pedi pra ela pedir os exames que ele pediu no nome dela pra eu poder fazer pelo plano de saúde. Entendeu?	Entendi, tá
eu tive que procurar laboratório pelo plano de saúde para não ter que pagar particular	
demorou um pouco eu perdi o dia da consulta	Tá
eu vim aqui no outro dia	
falei com a moça lá, que marca	
ela marcou	
o médico que me atendeu falou que tinha que marcar tudo de novo	

Daí eu falei pra ela	
ela disse não, magina, vou marcar uma consulta como se fosse a primeira vez, já pensou você ter que se inscrever e esperar assistir palestra, tudo? Eu vou colocar como uma primeira consulta	
eu falei, ah, beleza então	
Então hoje, tá marcado,	
eu vim...	

Nesse dado momento, há um corte, até certo ponto brusco, da narrativa da paciente, e uma intervenção incisiva da parte da médica. Na sequência:

<i>Fatos selecionados pela Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
...trouxe os exames, tanto que o médico daqui pediu como quanto que uma outra médica endocrinologista me pediu também, eu trouxe tudo pra você dar uma olhada	Certo... Deixa eu só fazer algumas perguntas pra senhora, dona P, que a senhora passou em uma consulta, né? Que tá registrado aqui no sistema
Isso, isso. Ai hoje ela falou que ia marcar como se fosse a primeira	Isso, tá
	hoje o ambulatório é de casos novos
	a gente começa desde o início
	eu dou uma olhada nos seus exames
	a gente pergunta tudo de novo
	eu vejo direitinho os medicamentos que a senhora tá tomando
Mas os exames vão servir, os que eu trouxe, né?!	Eu vou dar uma olhada
	A senhora tá com cinquenta e dois anos, né?
Isso	A senhora nasceu aonde?
Salvador, Bahia	Mora em São Paulo?
Moro	Faz quanto tempo?
Trinta anos	A senhora trabalha ainda?
Trabalho	No quê?
Eu sou... artesã	a senhora é casada?
Sou	Tem quantos filhos?
Uma de vinte e seis anos	e a senhora procurou aqui o ambulatório da clínica pra tentar parar de fumar, né?

De imediato, é possível perceber que, enquanto no início da consulta é dada à paciente a liberdade de escolher e articular livremente os dados de sua história clínica, em sua opinião relevantes, que a trouxeram até ali, depois de alguns minutos, e mediante a fala “Deixa só eu fazer umas perguntas pra senhora, dona P”, uma outra racionalidade se instaura na configuração dessa narrativa. A história continua sendo a de P, obviamente; mas *que fatos* selecionar do contínuo caótico da vida e *em que ordem* contá-los nessa fala passa a ser função, não mais da escolha do paciente, mas de uma outra lógica: a do médico. Não propriamente a do médico como pessoa, isso também parece claro; mas a do médico enquanto exercício de um papel profissional apren-

dido como um protocolo de ações cientificamente constituído e incorporado enquanto prática. Um gênero.

A sequência da consulta transcorre sem grandes alterações nesse novo padrão. Ao final dessa fase inicial do atendimento, a médica pede então licença à paciente para ir conversar com o assistente sobre o seu caso na sala ao lado. A conversa entre R e A inicia-se como segue:

<i>Fatos selecionados pela Residente</i>	<i>Intervenção do Assistente</i>
Dona P	
ela tem 52 anos	
ela foi encaminhada aqui pro AGD pra cessação de tabagismo	
Já passou em consulta em maio	
foi solicitado/ela os antecedentes	
ela tem diabetes tipo 2	
Dislipidemia	
Hipertensa	
tem fibromialgia	
tem um quadro de/ é uma queixa/um quadro de insônia também	
uma osteoartrite no joelhos e quadris	
E aí na primeira consulta que ela passou aqui a gente tinha dado algumas orientações	
também por conta do quadro de hipertensão, diabetes	
A gente tinha indicado algumas medicações	
Pelo que eu entendi	
ela não aceitou	
[...]	
Ela veio aqui porque ela quer parar de fumar e, assim, foi solicitado exames gerais pra ela na primeira consulta	
ela fez pelo convênio	
veio	
perdeu a consulta	
veio num segundo retorno	
o médico falou que ela teria que começar os exames aqui, pelo que eu entendi,	
e não olhou os exames dela	
falou que ela teria que agendar tudo de novo	
Aí ela reagendou a consulta de novo	
e veio como caso novo	

Aí, eu não cheguei a dar uma olhada, nos exames	Aí depois disso do tabagismo que é o que a gente vai pegar
---	--

Dois fenômenos ficam bastante evidentes já no início dessa nova conversa. O primeiro é sem dúvida na fala de R. Alguns fatos selecionados por P desaparecem da fala de R (“eu não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã”, por exemplo; tal fenômeno fica ainda mais evidente na sequência da consulta, não reproduzida aqui) ou são transformados, provavelmente por informações constantes do prontuário ou interpretações próprias (“A gente tinha indicado algumas medicações. Pelo que eu entendi, ela não aceitou”, ou “o médico falou que ela teria que começar os exames aqui, pelo que eu entendi, e não olhou os exames dela”).

O segundo fenômeno claro nesse excerto é o total silêncio do Assistente, por vários minutos, até sua primeira intervenção. Ele é análogo ao laconismo da Residente no início de sua conversa com P. Por mais que seja idiossincrático (há obviamente pessoas mais caladas ou mais comunicativas) ou contextual (há dias em que estamos mais falantes, ou o contrário), esse silêncio parece indicativo de que uma nova seleção de fatos está em processo. O Assistente escuta atentamente a fala de R, buscando justamente os fatos relevantes para a *sua* reconstrução pessoal da história. Nesse sentido, só quando encontra esses fatos é que ele exerce seu poder de re-configuração. No exemplo acima: que R tenha 52 anos, diabetes, hipertensão, osteoartrite, etc, são fatores que não interessam na articulação dessa “nova” história e serão, nesse contexto, desconsiderados: “Aí depois disso do tabagismo que é o que a gente vai pegar”. Na sequência:

<i>Fatos selecionados pela Residente</i>	<i>Intervenção do Assistente</i>
[...]	
mas ela fuma principalmente em casa	Ela mora com o marido?
Ela é casada	
não perguntei se mora com o marido	E o marido fuma?
Não perguntei	Ela fuma onde em casa?
	Na varanda...?
Ela fuma em casa	
não abordei em qual local específico	O local que ela mais fuma é a casa dela
tomando café e ()	Isso
	que mais?
Ela falou que, assim, o que mais motivou ela a fumar foi porque ela começou a tá apresentando alguns sintomas	
Ela tá tendo tosse seca há um ano, mais ou menos	
e tá tendo dispneia	
[...]	
	Levar pro lado positivo ao invés de ()
	dizem os psicólogos que isso é melhor
Hum	Então os benefícios que vai fazer ele parar de fumar
	não pelos malefícios que ele não vai ter ao não fumar
	E aí orientar as coisas básicas, né

	evitar essas situações, né
	café
	essas coisas que seja, sabe?
Uhum	Palitinho de cenoura, e tal
	Vê se o marido fuma também
Tá	Fala pra ela fazer compromisso social
	que compromisso social é fundamental
	Fala pra todo mundo
	se ela não for política né?
	Se ela for política não resolve compromisso social
	[...]

Ao compararmos as seleções feitas pela paciente e pelos médicos, notamos claramente a diferença concreta dos discursos, ou seja, a percepção diversa do que seja considerado importante para a paciente e para os médicos, e entre os próprios médicos. No caso da paciente, a escolha se dá mediante uma ordem não predominantemente cronológica; poderíamos até dizer analógica. Sua memória influencia na escolha dos fatos, assim como a percepção do que seja ou não relevante para o tratamento de determinado problema ou doença, de acordo com diversos critérios subjetivos; por vezes, mas não em todos os casos, o incômodo ou a dor.

A escolha e concatenação dos fatos relevantes, no entanto, não se estrutura da mesma forma quando se trata da Residente ou do Assistente. Nesse processo, esses profissionais são, de modo genérico, guiados por outros paradigmas, especialmente os provenientes do modelo científico. Em sua intervenção durante a consulta, a Residente acabará guiando a escolha dos fatos narrados pelo paciente na composição de sua história clínica, de modo a preencher seus protocolos de como bem proceder a uma anamnese diagnóstica e concatená-los de acordo com seus critérios, não mais apenas subjetivos, mas eminentemente técnicos.

Já em um terceiro momento, na conversa entre Residente e Assistente, temos outro tipo de seleção de fatos, ainda de acordo com conceitos protocolares científicos, porém com o objetivo de chegar a uma escolha que aponte para um diagnóstico mais preciso. Os fatos que a Residente seleciona da conversa com a Paciente, posteriormente reportados a seu Assistente, são escolhidos na busca de um consenso, da defesa de um ponto de vista e de suas previsões médicas. O Assistente assimila esses fatos e, a partir deles, concorda ou não com a Residente, discutindo com ela o caso clínico em questão e chegando a um parecer comum a ambos, o diagnóstico final e as decisões clínicas a serem tomadas, a partir de uma narrativa três vezes configurada.

Em todo esse percurso, três indivíduos fizeram suas escolhas próprias de fatos selecionados, na ordem a que os guiaram suas visões de mundo, e exerceram seus papéis como Paciente, Residente e Assistente. Nosso questionamento a partir daqui, sobre o qual nos debruçaremos em busca de dados relevantes, é de como os fatos selecionados serão estruturados e reestruturados ao longo do percurso da consulta médica estudada e a importância que isso terá na *mediação* entre o “mundo da vida” da paciente e o universo técnico-científico dos médicos no exercício de sua profissão.

Para Paul Ricoeur, toda narrativa, seja ela pretensamente verdadeira ou intencionalmente ficcional, estrutura-se exatamente enquanto um processo de *mediação* entre um “antes” e um “depois” do texto. Em *Tempo e narrativa*, ele propõe a tripartição do conceito aristotélico de *mimesis* ou “representação” no que chamou de “três momentos”:

Tomo como fio condutor desta exploração da *mediação entre tempo* [da vida] e *narrativa* a articulação, evocada anteriormente e já parcialmente ilustrada pela interpretação da *Poética* de Aristóteles, entre os três momentos da *mimesis* que, numa brincadeira séria, denominei *mimesis* I, *míme-*

sis II, *mimesis* III. Considero estabelecido que *mimesis* II constitui o eixo da análise; por sua função de corte, ela abre o mundo da composição poética e institui, como já sugeri, a literariedade da obra [...]. Mas minha tese é que o próprio sentido da operação de configuração constitutiva da composição da intriga resulta de sua posição intermediária entre as duas operações que chamo *mimesis* I e *mimesis* III e que constituem o antes e o depois de *mimesis* II. (Ricoeur, 2010: 94; itálicos do autor)

De um modo sintético, poderíamos dizer que toda efabulação narrativa, para Ricoeur, ocorreria mediante uma prefiguração do “mundo da vida” (“uma pré-compreensão do mundo da ação: de suas estruturas inteligíveis, de seus recursos simbólicos e de seu caráter temporal”; Ricoeur, 2010: 96); uma *configuração* (“composição da intriga” ou “agenciamento dos fatos”; Ricoeur, 2010: 113); e uma *refiguração* (“intersecção entre o mundo do texto e o mundo do ouvinte ou do leitor”; Ricoeur, 2010: 123). De modo esquemático:

<i>Tipo de Mimesis</i>	<i>Operação</i>	<i>Universo a que se refere</i>
Mimesis I (M1)	Pré-figuração	“mundo da vida” – fatos empíricos, categorias simbólicas e culturais
Mimesis II (M2)	Con-figuração	texto em si (narrativa)
Mimesis III (M3)	Re-figuração	ouvinte/leitor

Se fundamentarmos nossa argumentação utilizando a teoria das mimeses de Ricoeur, conseguiremos descortinar, na(s) narrativa(s) sobre a vida de P, um aspecto até certo ponto encoberto.

No processo de configuração/reconfiguração da história de P entre ela mesma, Residente e Assistente, no início é ela, P, que, a partir da sua seleção de fatos e mediante seu universo empírico, social, simbólico e cultural (M1), ou seja, seu “mundo da vida” caótico e sem um sentido previamente estabelecido, chega ao consultório, institui um narrador e *configura* sua narrativa (M2). Mesmo após a intervenção da Residente com perguntas (“A senhora nasceu onde?”; “Mora em São Paulo?”), ainda é esta configuração que está em jogo. Essa narrativa, em nível de M2, emerge do âmbito vivido concretamente pela paciente e, por meio de uma seleção de fatos e de sua ordenação numa lógica temporal, gera um significado para o que está sendo dito. Nesse momento, a Residente ocupa duas posições: M2, enquanto dirige, a partir de dado momento, a *configuração* da narrativa por P; e M3, pois vai *refigurar* a narrativa do paciente, interpretando-a, reconstruindo-a segundo seus próprios repertórios, seus objetivos e seu universo cultural, a fim de *reconfigurá-la*, na conversa com seu Assistente. Observe-se, como dado relevante aqui, a diferença substancial entre os conceitos de *refiguração* (leitura/interpretação) e *reconfiguração* (nova configuração da história em pauta). Assim, na primeira parte da consulta (Paciente-Residente),

<i>Consulta entre Paciente e Residente (1ª parte)</i>
M1 → Paciente (vivência pessoal) (+ Residente - fatos selecionados por um e por outro)
M2 → Paciente (+ Residente – ordem do discurso)
M3 → Residente

Esse processo, porém, é dinâmico, e há intercâmbio de papéis. No momento em que R inicia o relato do caso de P para A, a narrativa inicialmente configurada entre P e R no início da consulta já não é mais configuração – é *prefiguração*. Ela é um dado da “realidade” de R, da sua vivência com a paciente dentro do consultório, como também o são os exames clínicos realizados por R em P nesse contexto e os dados do prontuário de P na tela do computador e na ficha que R tem em mãos. Nesse novo turno de fala, entre Residente e Assistente, o responsável por M1 é predominantemente a Residente, como também o é por M2, a *configuração*. E quem prefigura (por

perguntas, indicando a seleção de fatos), configura e predominantemente *refigura* (compreende, interpreta, confere sentidos) é o Assistente:

<i>Conversa entre Residente e Assistente</i>
M1 → Residente (+ Assistente - fatos selecionados por um e por outro)
M2 → Residente (+ Assistente – ordem do discurso)
M3 → Assistente

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.

Diz Paul Ricoeur,

é tarefa da hermenêutica [da interpretação – portanto, nossa tarefa] reconstruir o conjunto das operações pelas quais uma obra [um texto, uma narrativa] se destaca do fundo opaco do viver, do agir e do sofrer, para ser dada por um autor a um leitor que a recebe e assim muda seu agir. [...] A questão é portanto o processo pelo qual a configuração textual faz mediação entre a prefiguração do campo prático e sua refiguração pela recepção da obra. (Ricoeur, 2010: 94-5; itálicos nossos)

Quando colocamos as narrativas produzidas no âmbito da saúde nessa dinâmica, entendemos que um paciente só faz sentido, dentro do contexto clínico, quando configurado por ele mesmo, e configurado e refigurado pelos médicos que o atendem. Nesse sentido, utilizar a narrativa como forma de conhecimento, na prática clínica, é reconhecer o seu caráter mediador de “síntese do heterogêneo” (Ricoeur, 2010: 115). Ainda nas palavras de Ricoeur, “todos os textos poéticos [em sentido amplo, de articulação expressiva de linguagem], sejam eles líricos ou narrativos, [...] falam *do* mundo, embora não o façam de modo descritivo”. A isso corresponderia, de acordo com o filósofo francês, “um poder mais radical de referência a aspectos de nosso ser-no-mundo que não podem ser ditos de maneira direta”, ou seja, ao alcance eminentemente *ontológico* dessas configurações narrativas (Ricoeur, 2010: 136). Ricoeur desenvolve a ideia de que existe uma identidade entre ser e agir em *O si-mesmo como um outro*, ao discutir a relação dialética entre a mesmidade e a ipseidade (Ricoeur, 1991: 11 e ss.). Por meio dessa relação, seria possível falar em uma “ontologia do agir humano”, radicada em nosso ser-no-mundo e, portanto, narrável. Essa via seria uma entre as possibilidades de valoração epistêmica da narrativa no contexto médico.

Os fios do tempo

No capítulo “Os jogos com o tempo”, do segundo volume de *Tempo e narrativa*, Paul Ricoeur busca sistematizar, a partir de categorias concretas, alguns modos possíveis da *configuração* narrativa enquanto *articulação dos fatos selecionados no tempo* – ou, nas palavras do filósofo, “como a invenção [no sentido de “descoberta”] das intrigas [seleção de fatos] se articula na sintaxe dos tempos verbais” (Ricoeur, 2010: 123).

De fato, se toda narrativa, tal como definida por Aristóteles em sua *Poética*, é uma representação ou mimese de *ações* (Aristóteles, s/d: 248), representação essa que se faz por meio da linguagem verbal, nada mais natural do que procurar suas bases estruturais na categoria gramatical do *verbo*, definida como “palavra que, *exprimindo ação* ou apresentando estado ou *mudança* de um estado a outro, pode fazer indicação de pessoa, número, *tempo*, modo e voz” (Bechara, 1989: 103; itálicos nossos). A vinculação entre *ação* e *tempo*, assim, já está prevista na grande maioria das línguas conhecidas, de forma concreta, no verbo e suas desinências.

Nesse sentido é que Ricoeur inicia sua abordagem dos modos de articulação do tempo na narrativa por meio de um estudo das categorias verbais e suas propriedades específicas. “[D]essa perspectiva”, diz o filósofo, “a língua já tem pronto, com o sistema dos tempos, o meio de modular temporalmente todos os verbos de ação ao longo da cadeia narrativa” (Ricoeur, 2010: 105). No limite, toda declaração simples, toda frase que se articula em torno de uma ação verbal (por exemplo, no início da fala de P a R, “me inscrevi para fazer o tratamento antitabagismo”, ou de R para A, “ela veio aqui porque ela quer parar de fumar”, verbos no passado sublinhados) já é uma micronarrativa: temos ali *quem, quando, o quê, onde* e, potencialmente, *como*.

A partir das teorias de Émile Benveniste (1902-1976), Ricoeur postulará, assim, que

a narrativa inclui três tempos: o aoristo (ou passé simple definido), o imperfeito, o mais-que-perfeito (ao que podemos acrescentar o prospectivo: ele devia ou ia partir); mas a narrativa exclui primordialmente o presente e, junto com ele, o futuro, que é um presente por vir, e o perfeito, que é um presente no passado. (Ricoeur, 2010: 107; itálicos do autor)

Em outras palavras: quando narramos, narramos essencialmente *atos passados*. Mais do que isso: *selecionamos* fatos passados (tal como exposto na seção anterior) e os *organizamos* no “fio” do tempo. Genericamente, isso acontece do seguinte modo: tudo seguia de acordo com uma constante sem grandes alterações (uso do imperfeito), até que algo que muda o curso da história acontece (para esse “algo”, empregamos em geral o passado simples), mediante fatos que haviam ocorrido mesmo antes do fato modificador (para estes, empregamos o mais-que-perfeito).

Observemos a articulação temporal em um trecho do início da narrativa de P, já mencionado anteriormente:

<i>Narrativa da Paciente</i>
Doutora, é o seguinte
Eu já <u>vim</u> aqui uma outra vez
me <u>inscrevi</u> pra fazer o tratamento antitabagismo
<u>assisti</u> palestra
<u>passei</u> no médico
ele me <u>pediu</u> pra fazer uns exames
eu não <u>tinha</u> como chegar aqui às sete horas da manhã pra fazer o exame
eu <u>tenho</u> plano de saúde
Eu <u>fui</u> na minha médica
<u>pedi</u> pra ela pedir os exames que ele <u>pediu</u> no nome dela pra eu poder fazer pelo plano de saúde. Entendeu?

Se quiséssemos representar visualmente a organização temporal da seleção acima, teríamos:

←---eu não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã pra fazer o exame ---↓

vim
me inscrevi
assisti
passei
pediu

fui
pedi

.....→

Passado

Futuro

De pronto, podemos perceber, na narrativa de P, o uso ostensivo do passado simples, indicando fatos pontuais no passado (“vim”, “me inscrevi”, etc.), ordenados no tempo de acordo com a sequência dessas ações na fala; uma ocorrência do imperfeito, indicando um fato/ação não

pontual, mas duradouro no passado (“não tinha como chegar”); e dois empregos do presente, apontando, não fatos da narrativa, mas a situação de comunicação em si (“é”) e uma condição da paciente, que é até certo ponto “fixa” (“tenho plano de saúde”). Esta última condição está fora da linha do tempo, indica uma espécie de “estabilidade”, e não processo, portanto não se inclui na *narrativa* propriamente dita.

Estamos, assim, totalmente imersos no universo narrativo, em pleno “agenciamento dos fatos”, para usar o termo ricoeuriano, o qual implica sua organização temporal. Uma *sequência* propriamente dita: o que veio antes e o que veio depois no fio do tempo. Mas não apenas isso: temos também, nesse pequeno trecho, indicadores de *duração* dos mesmos fatos, por meio dos tempos verbais. Fatos que aconteceram apenas uma vez, pontuais, com começo e fim: “vim”, “me inscrevi”, “assisti”; e um fato contínuo no passado: “não tinha como chegar aqui”. Além disso, temos um *ritmo*, vertiginoso, diríamos, dessas ações no passado (“vim”, “me inscrevi”, “assisti”, “passei”, “pediu”, “fui”, “pedi”), algo como o descrito por Ricoeur: “saltar os tempos mortos, [...] precipitar a marcha da narrativa por um *stacatto* da expressão (*Veni, vidi, vici*)”, ao mesmo tempo em que se condensam “num único acontecimento exemplar traços iterativos ou durativos (todos os dias, sem cessar, durante semanas, no outono, etc.)” (Ricoeur, 2010: 134; itálicos do autor).

A quase ausência de traços durativos na breve sequência analisada, e a profusão rítmica, a sucessão vertiginosa de ações parecem corresponder a um tipo de agenciamento que aponta para um *traço de sentido* na história, tal como configurada por P. Para ela, não parece haver diferença de importância entre as principais ações narradas. Entre “vir”, “assistir”, “pedir”, “passar”, nada parece ganhar destaque ou ser mais digno de nota. Nesse sentido, a única ação/condição mais duradoura no tempo é o “não tinha como chegar aqui às sete horas da manhã”. Se considerarmos, com Ricoeur, a duração como um sinal da “exemplaridade” do fato, ou seja, da sua relevância dentro de uma cadeia ampla de ações fugazes de igual (e, aparentemente, pouca) importância, é no mínimo curioso que esse seja, justamente, um dos fatos narrados pela paciente que “desaparecem” na reconfiguração da sua história pela Residente ao Assistente. Tão relevante para um universo, ele é ínfimo, insignificante para o outro. A esse único fato, portanto, são atribuídos *sentidos* diversos; e a percepção desses diferentes sentidos se dá por meio da análise do seu *agenciamento no tempo da narrativa*.

Vista dessa maneira, a expressão da paciente que conclui o trecho citado é emblemática. “Entendeu?”, pergunta P à Residente. De um modo mais superficial, a pergunta pode ser traduzida por: “conseguiu compreender a *temporalidade dos fatos* que narrei, doutora?” (o *que e como* aconteceu), a que R responde, sem muita convicção ou atenção, em tom de voz mais baixo, “Entendi, tá”. Mas, de modo profundo, talvez pudéssemos postular a questão como: “doutora, você conseguiu perceber o *sentido* que, ao construir minha história, estou atribuindo aos fatos?”

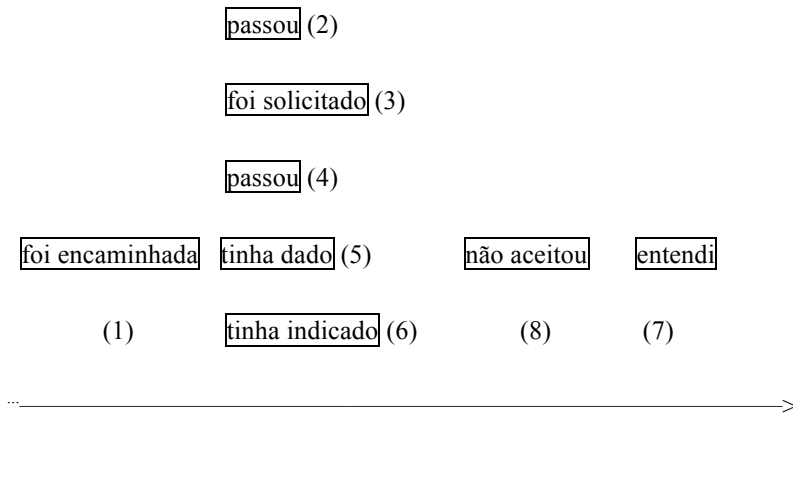
Observemos agora o início da reconfiguração da narrativa da paciente por R, ao recontá-la ao Assistente:

<i>Narrativa reconfigurada pela Residente</i>
Dona P
ela <u>tem</u> 52 anos
ela <u>foi encaminhada</u> aqui pro AGD pra cessação de tabagismo
Já <u>passou</u> em consulta em maio
<u>foi solicitado</u> /ela os antecedentes
ela <u>tem</u> diabetes tipo 2
Dislipidemia
Hipertensa
<u>tem</u> fibromialgia

<u>tem</u> um quadro de/ é uma queixa/um quadro de insônia também
uma osteoartrite no joelhos e quadris
E aí na primeira consulta que ela <u>passou</u> aqui
a gente <u>tinha dado</u> algumas orientações
também por conta do quadro de hipertensão, diabetes
A gente <u>tinha indicado</u> algumas medicações
Pelo que eu <u>entendi</u>
ela não <u>aceitou</u>

No excerto acima, R começa a recontar a A a história de P, e o que se percebe é que, além de proceder a uma outra seleção dos fatos para a configuração de sua própria narrativa, R também os *agencia*, no tempo, de modo bem diverso. Enquanto no início da narrativa de P temos apenas dois verbos no presente, apontados anteriormente, na história de R aparecem sete (sendo três deles elípticos, “[tem] dislipidemia”, “[é] hipertensa”, “[tem] uma osteoartrite nos joelhos e quadris”), de um total de 15 formas verbais no trecho (as elípticas incluídas). De imediato, podemos dizer que essas formas não correspondem a declarações constantes do processo narrativo, mas a estados ou condições de saúde da paciente considerados “constantes” ou “estáveis”, do ponto de vista narrativo.

Em relação à narrativa propriamente dita, ou seja, às ações no passado, a tentativa de R parece ser a de coordenar a sequência delas no tempo para explicitá-la de modo claro a seu interlocutor. Ela usa, para isso, não a ordem da fala propriamente (primeiro isso, depois aquilo, etc., como faz a Paciente), mas um tempo verbal, o mais-que-perfeito, que organiza a lógica temporal das ações, modulando o que veio num passado mais remoto em relação ao que está expresso no passado simples. Vejamos:



A ordem dos números corresponde à sequência em que as ações aparecem na fala de R. As formas verbais colocadas na mesma coluna correspondem a um mesmo momento na linha do tempo, o da primeira consulta de P no AGD. As idas e vindas na sequência das ações e o emprego profuso do mais-que-perfeito parecem denotar um grande esforço de R na reconstituição da cronologia tão facilmente apresentada por P: R vai e volta no tempo, tentando estabelecer uma sequência, mas relutando sobre a ordem dos acontecimentos, “adiantando-se” e tendo de “voltar atrás”.

Além disso, toda essa estruturação sequencial complexa, tateante, estabelece-se sempre em relação ao fato passado que, conforme o trecho parece indicar, é o mais relevante para R: o momento imediatamente anterior da sua consulta com P, representado, na linha do tempo, pela forma verbal “entendi”. É em relação ao momento da consulta, apenas suspensa para a conversa de

R com A, que toda a história se estrutura, na visão de R. Curiosamente, o verbo que “enraíza” esse momento na narrativa de R é, justamente, “entendi”, ou melhor, “pelo que eu entendi”, diz R. A hesitação explícita é sintomática, se a compararmos à atitude de certeza diante da paciente, no momento da consulta, em que R declara, até com certa indiferença, “Entendi, tá”, e mostra que talvez R não esteja tão certa de que tenha realmente *entendido* a narrativa que lhe fora contada. E talvez possamos postular que ela nem lhe fosse tão importante – sendo esse, novamente, o *significado* atribuído pelo agenciamento temporal de R em relação à narrativa de P: para R, todos os fatos passados só são relevantes no estabelecimento do um *presente*, que é a condição de saúde *atual* de P, sobre a qual buscará agir. Todos os passados, assim, são pensados na relação com o *presente* (ou passado imediato, mas ainda em curso, porque apenas suspenso: “não entendi”) da consulta; o discurso de R, diferentemente do de P, é absolutamente permeado de *presentes*, o que parece próprio, não do discurso narrativo, mas do discurso genérico e atemporal das constantes científicas.

E não apenas no trecho destacado. Observe-se a seguinte tabela, que compara as ocorrências de presente e passado (Modo Indicativo, que indica “certeza” na fala do locutor) na consulta em foco, em seus três momentos (Paciente-Residente; Residente-Assistente; Residente-Paciente):

	<i>Tempo Verbal</i>	<i>Paciente</i>	<i>Residente</i>	<i>Assistente</i>
<i>1º Momento (P-R)</i>	Presente	141	117	-
	Presente composto (duração)	10	19	-
	Pretérito perfeito	83	28	-
	Pretérito Imperfeito	10	5	-
	Pret. Mais-que-Perfeito	0	1	-
<i>2º Momento (R-A)</i>	Presente	-	70	93
	Presente composto (duração)	-	4	5
	Pretérito perfeito	-	49	6
	Pretérito Imperfeito	-	1	0
	Pret. Mais-que-Perfeito	-	4	0
<i>3º Momento (R-P)</i>	Presente	39	75	-
	Presente composto (duração)	0	3	-
	Pretérito perfeito	9	19	-
	Pretérito Imperfeito	5	0	-
	Pret. Mais-que-Perfeito	0	0	-

Somando-se o total de ocorrências de presentes verbais nas falas de P e de R, e mesmo levando-se em consideração o fato de R atuar em três turnos de fala (com a Paciente, com o Assistente e de novo com a Paciente), a diferença é significativa: 190 ocorrências de presente na fala de P, contra 288, na fala de R, o que parece corroborar a análise feita acima. Mesmo a curiosa abundância de presentes na fala de P no primeiro turno (141), até certo ponto inesperada em princípio (já que a Paciente, por meio de passados, está narrando sua história clínica para a Residente), torna-se compreensível, nessa lógica, se levarmos em consideração que o uso desses presentes aumenta consideravelmente, e evidentemente, após a intervenção da Residente com perguntas a respeito do quadro clínico de P (“Deixa eu só fazer algumas perguntas pra senhora, dona P...”) e apontam para estados “contínuos” de seu quadro clínico, objetos da pesquisa empreendida pela médica.

Além disso, é preciso observar a considerável diferença nas ocorrências de passados verbais entre a fala da Paciente (93) e da Residente (34) no primeiro turno da consulta, que é quando P

configura sua narrativa para R. Por sua vez, a diferença entre uso dos passados verbais torna-se ainda mais gritante entre Residente e Assistente, no segundo turno da consulta (R-A): 54 usos de passados por R, contra apenas 6 de A. Se considerarmos a observação de Ricoeur, já mencionada, de que “a narrativa exclui primordialmente o presente e, junto com ele, o futuro” (Ricoeur, 2010: 107), podemos concluir, a partir desse dado, que o uso de passados define, no contexto da consulta estudada, a definição de um *papel*: o papel do *narrador*, ou, em outras palavras, da instância que *configura* a história narrada, num primeiro momento exercido pela Paciente e, no segundo, pela Residente ao médico a quem se reporta. Essa conclusão novamente parece confirmar-se pela intrigante coincidência de ocorrências de tempos passados nas falas de P e R, ao longo dos três turnos de fala da consulta: P emprega, ao todo, 107 passados em sua fala; e R, igualmente 107!

Uma última observação sobre a questão dos tempos verbais na consulta analisada aqui, em relação à intervenção do Assistente. Se, nas falas de R, já observamos a profusão de presentes apontada acima, eles são quase absolutos na fala de A. A não conta a história de P, não *narra*: apenas busca e aponta constantes, pelo emprego dos presentes, como fica evidente em seu trecho de fala destacado abaixo, após seu longo silêncio inicial:

<i>Intervenção do Assistente</i>
só assim, ela primeiro ela <u>tá parando</u> de fumar porque o cigarro <u>tá fazendo</u> mal pra ela
só pra reforçar, a gente <u>para</u> de fumar pelas coisas positivas que o cigarro
o parar de fumar <u>traz</u>
e não pelas coisas negativas que o cigarro <u>traz</u>
então <u>tentar colocar</u> na cabeça dela que <u>parar de fumar</u>
ela <u>tá</u> com falta de ar
quando ela <u>parar</u> de fumar não é que ela <u>vai deixar de ter</u> falta de ar
ela <u>vai respirar</u> melhor
<u>Levar</u> pro lado positivo ao invés de ()
dizem os psicólogos que isso <u>é</u> melhor

Ao todo, são 98 ocorrências de presente na fala total de A, contra apenas 6 de passado, conforme apontado na tabela acima. Mas não apenas isso. A fala de A apresenta um padrão temporal muito próprio, relacionado ao papel exercido por ele na consulta estudada. Ao contrário do que ocorre com P e com R, seu discurso é permeado de *futuros* (são 23, no Modo Indicativo), já que uma de suas funções é planejar (ou “sonhar”...) possíveis desfechos clínicos para a história de P; e de *imperativos*, todos afirmativos. São no total 24. A manda, dirige, prescreve: “então tentar colocar na cabeça dela que[, ao] parar de fumar, [...] ela vai respirar melhor...”.

Ainda voltando a Ricoeur:

A ficção [ou a configuração narrativa], como dissemos, não cessa de fazer a transição entre a experiência antes do texto e a experiência depois dele. Ora, na minha opinião, o sistema dos tempos verbais, por mais autônomo que seja com relação ao tempo e a suas denominações correntes, não rompe em todos os aspectos com a experiência do tempo. Dela procede e a ela retorna, e os signos dessa filiação e dessa destinação são indelévels na distribuição tanto linear quanto paradigmática”. (Ricoeur, 2010: 125)

Nesse sentido é que a fala do Assistente, pela boca da Residente, retorna à Paciente, buscando modificar o curso de sua narrativa, intervir em seu desfecho, construindo-o enquanto nova vivência de fatos no tempo, enquanto transformação da experiência depois da narrativa, após o texto.

Miçangas “bichadas”: os chistes

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 descobrir um sistema de significados estranhos. O fio pode até conduzir a uma pitoresca e maravilhosa visão de mundo. (Darnton, 1996: 15)

Na relação entre médico e paciente, percebemos, por vezes, uma assimetria no diálogo que pode dificultar o vínculo terapêutico e desconsiderar informações. Essa relação assimétrica está associada a diversos fatores, como o avanço tecnocientífico e o apego às chamadas “evidências” da medicina atual³. Tais fatores acabaram resultando, historicamente, nas categóricas especializações médicas que, muitas vezes, reduzem o paciente e/ou as moléstias que o acometem a um diagnóstico. Atualmente, a medicina possui técnicas avançadas para lidar com cada fragmento do homem, destrinchar cada parte do corpo humano, para depois analisá-los minuciosamente; no entanto, algumas vezes falta ao médico a habilidade e a técnica para observar que o paciente, além do corpo, possui um discurso a ser considerado.

Diante desse quadro, o paciente, perante o rigor dos protocolos científicos, acaba respondendo à avaliação clínica de forma mecânica, pois percebe que os dados importantes naquele diálogo são os sintomas relativos à sua doença ou queixa, na maior parte do tempo desvinculados da sua experiência deles, que é expressa pela narrativa que ele configura diante do profissional da saúde. Muitas vezes, os fatos dessa experiência, aos quais a narrativa do paciente, como vimos, atribui um sentido, são vistos como dados de segundo plano, na interpretação do médico. São as “miçangas bichadas” do colar, desprezadas na reconfiguração da história, elaborada segundo os protocolos científicos. Muitas vezes, essa prática tem um impacto negativo sobre a possibilidade de criação de um vínculo eficaz entre médico e paciente, além de obscurecer dados de realidade importantes, que acabam passando despercebidos pelo profissional, por mais bem-intencionado que seja.

Dessa forma, apesar das evidentes diferenciações discursivas entre as práticas de médicos e pacientes no exercício de seus papéis na relação de consulta (o universo cultural do médico, marcado pelos modelos científicos, e o do paciente, marcado pelos modelos da vivência e da experiência), percebemos, no registro e análise das narrativas produzidas no contexto da saúde, a produção de formas “opacas”, elaboradas, de sentidos múltiplos, cuja interpretação é capaz revelar não-ditos e meandros dessas histórias⁴. Entender as lacunas discursivas, o que não se diz dizendo, ou o contrário, contribui para outra leitura das narrativas na prática de saúde e, conseqüentemente, pode levar, por vezes, a desfechos diversos nos tratamentos propostos.

Na consulta específica entre P e R, analisada neste artigo, percebemos a ocorrência dos fatores desprezados no emprego evidente de chistes e no recurso ao humor, por parte da Paciente, e em sua relação com o silêncio discursivo que eles provocam na Residente que a atende. Em meio à narrativa de seus problemas de saúde, P graceja, buscando, por meio do riso, estabelecer vínculos menos formais com a médica, receber apoio para seu tratamento e, principalmente, transmitir informações importantes que, diante do protocolo e da sistematização do atendimento, a profissional acaba deixando escapar. Tentaremos, portanto, abordar a questão do riso e seus

³ V. entre outros, Pompilio, CE. As “evidências” em evidência. *Diagnóstico & Tratamento*. 2006; 11: 16-17.

⁴ Fazemos referência, aqui, à distinção estabelecida por Ismail Xavier para o discurso cinematográfico, no limite válida para todos os tipos de elaboração discursiva: a oposição entre “transparência” (estilo de composição que, por sua aparente simplicidade de formas e pretensa objetividade, chama pouco a atenção sobre si mesma e busca favorecer a relação do leitor/ouvinte/intérprete com o mundo representado); e “opacidade” (estilo de composição que chama a atenção para o aparato técnico e textual da representação) (Xavier, 2005: 9). Por seus próprios modelos, a atenção médica costuma voltar-se para o discurso do/a paciente interpretando-o como algo “transparente”, visando somente aos dados empíricos que ele possa vir a veicular, sem prestar atenção à sua “opacidade” (seus modos de construção), eles próprios plenos de sentidos.

dizeres nesta consulta médica por dois planos: o plano individual (sentidos para o paciente) e o plano social (relação de hierarquia entre médico e paciente), pelo viés dos teóricos da linguagem.

Ao longo do primeiro turno da consulta em pauta, é possível perceber, em diversos momentos, que o silêncio de R diante do relato de P faz com esta fique constrangida e, em determinadas passagens, crie frases e episódios de viés cômico para contar sua história clínica. Observe-se, nesse sentido, o seguinte trecho:

<i>Narrativa da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
	e a senhora procurou aqui o ambulatório da clínica pra tentar parar de fumar, né?
Isso, também pra emagrecer	Perder peso, tá...
[Tom de riso] Só que aí o médico que me atendeu ele falou assim que era só dar uma seguradinha na boca porque eu não tava	
mas eu não tô conseguindo segurar a boca sozinha	
Eu bem tento, mas à tardinha pra noite eu sinto muita fome	
eu chego em casa e tento tomar uma sopinha Vono, sabe?	
Mas eu durmo muito tarde, que eu tenho problema de insônia	
e eu sinto muita fome, daí tenho que comer alguma outra coisa	a gente vai ver como tá a dieta da senhora

Situações como essa muitas vezes são permeadas, ao longo da consulta, pelo humor da Paciente, que funciona como uma válvula de escape diante daquilo que a atormenta, constrange, inibe ou deprime. Como tal, essas falas são plenas de informação, de significado. De acordo com Freud, em texto clássico sobre o assunto, o chiste é “a habilidade de encontrar similaridades entre coisas dessemelhantes, isto é descobrir similaridades escondidas” (Freud, 1974: 18-9). Assim, uma possível interpretação para a fala de P quando R pergunta sobre os problemas que a levaram a procurar tratamento médico é o seu desconforto quanto a seu peso, fator que, para ela, não parece secundário em relação ao tabagismo; aliás, demonstra, isso sim, uma preocupação central em seu contexto clínico e para sua motivação em cuidar da saúde.

Os gracejos de P em torno da questão do tabagismo estão permeados de um pedido de ajuda: o médico do Ambulatório que a atendera anteriormente lhe dissera “pra dar uma seguradinha na boca porque [...] não tava obesa não...”; com isso, a paciente expressa que tal intervenção fora ineficaz. Salta do seu discurso, assim, que tanto parar de fumar como de comer, além das questões fisiológicas que vinculam ambas as práticas, lhe exigiam um esforço que ela não sabe como empreender. Entre os fatos que conta e que se seguem, a Paciente tenta revelar outros quadros que intensificam o problema com a comida, como os de que não tem uma dieta balanceada e de que dorme tarde, ou seja, alimenta-se, mas não se sente saciada, logo está com fome quando vai dormir. No entanto, diante do computador, a Residente, séria, desvia o assunto e continua preenchendo o formulário de diagnóstico, retomando o tema apenas depois, ao pedir à paciente que repita todas as informações. R não ri.

Em outro momento, a Paciente passa a topicalizar todos os seus problemas de saúde, porém, diante de uma dificuldade de entender certo questionamento da Residente, P, mais uma vez, graceja diante da situação:

<i>Fala da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Eu tenho artrose	Da onde?
Dor?	Artrose da onde?
Nos dois joelhos, nos quadris e na coluna	
Chega né? [risos]	

Nesse trecho, percebe-se que a Residente, ainda olhando para a tela do computador, não consegue captar que a Paciente não havia entendido o que havia lhe sido perguntado e, ao repetir a pergunta, pouco a reformula. P, então, tentando compreender o questionamento, revela onde são suas dores e ironiza a própria situação. Observamos, então, o que aponta Ribeiro sobre o humor, funcionando como um mecanismo de esvaziamento e transformação do drama individual numa problemática mais geral, compartilhada com outros, sendo o compartilhamento da vivência, no caso, com a Residente, a abertura de uma possibilidade de mudança na própria história:

[...] O humor abre a possibilidade de as defesas se deslocarem e mudarem de posição e de lugar. Há um esvaziamento do estilo dramático da narrativa do paciente que neste momento se depara com a inutilidade do gozo que, até então, manteve o sujeito preso ao seu drama. (Ribeiro, 2008: 109-110)

Em todos esses momentos, R não ri, demonstrando, ou falta de interesse, ou não entender a “piada”. Também não menciona, entre os fatos selecionados da reconfiguração da narrativa da Paciente para o Assistente, nenhum dos chistes proferidos por ela. Assim, toda a sequência da consulta é marcada por pausas longas e silenciosas da médica, enquanto a Paciente, por vezes, tenta introduzir assuntos para além da doença ou explicar pormenorizadamente as suas atividades, suas dificuldades e sua relação com o tabagismo. Grosso modo, nesses momentos, a Residente interrompe o discurso da Paciente, voltando-se à pesquisa das informações constantes do prontuário e fazendo com que o discurso de P se re-organize dessa forma.

Quando o preenchimento do da ficha clínica termina, ainda antes de a Residente pedir licença para discutir com o caso com o Assistente, a Paciente demonstra a sua ansiedade quanto ao tratamento e retoma o assunto do início da consulta sobre o tabagismo e sua relação com alimentação. Ela discorre sobre alguns antidepressivos que já utilizou para controlar a sua ansiedade e questiona a médica se terá algum outro tipo de amparo. Neste momento, utiliza-se novamente do riso para falar de seus problemas e angústias, entremeando no seu discurso, em tom irônico, o medo de não conseguir concluir o tratamento e explicitando algumas das dificuldades que teria, após ouvir a sugestão da Residente quanto ao uso de uma goma de nicotina para diminuir a vontade de fumar:

<i>Fala da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Essa goma é no final?	No final
	a gente vai aos poucos
Espero nem precisar dessa goma	
porque eu uso prótese	
não masco chiclete porque gruda tudo [risos]	Uhum... tá bom

Como se vê, a Residente não faz nenhum comentário sobre o fato mencionado pela Paciente, restringindo sua resposta a “Uhum... tá bom”, o que faz com que P, na exata sequência das falas acima, conte um caso para elucidar a sua preocupação quanto ao processo, revelando, por meio do discurso, um pedido de ajuda para permanecer no tratamento:

<i>Narrativa da Paciente</i>	<i>Intervenção da Residente</i>
Né?	É
[<i>Em tom de risada</i>] Eu até fiz amizade com uma senhora ali embaix/ lá fora	
e a gente foi na lanchonete, né?	
Então, eu tomando cafezinho lá	
e a gente começou a conversar	
aí quando eu falei pra ela, né	
que eu tava vindo pra começar o tratamento	
Ela: “ai boba eu já fiz e não adiantou nada	
isso aí não adianta nada não”	
eu falei “bom, eu conheço gente que fez e parou, né”	Aqui...

Verificamos, nos trechos destacados, algumas tentativas de comunicação da paciente que vão além das anotações dos sintomas. A paciente constrói enredos, situa personagens e fala de si, sempre em relação ao que a incomoda do ponto de vista físico e para o que viera buscar tratamento. No entanto, a maioria dessas intervenções não são compreendidas e/ou consideradas pela Residente, lembrando aquilo que o historiador Robert Darnton afirmou a respeito da incompreensão entre universos culturais distintos (históricos, no caso dele): “Quando não conseguimos entender um provérbio, uma piada, um ritual ou um poema, temos a certeza de que [estamos diante de] um sistema de significados estranhos” (Darnton, 1996: 15). Nesse sentido, o encontro entre pacientes e profissionais da saúde parece vir se configurando, em nosso tempo, como um embate entre universos culturalmente distintos; quase, poderíamos dizer, entre modelos hegemônicos da cultura e suas margens.

Enquanto a visão aristotélica do cômico, conservadora e rígida em seus padrões morais, estabelece que só conseguimos rir daqueles que consideramos “piores do que nós” (a distinção entre comédia e tragédia, para Aristóteles, seria que “uma propõe-se imitar os homens, representando-os piores, a outra melhores do que são na realidade”, Aristóteles, s/d: 242, e “[a] comédia é [...] imitação de maus costumes, Aristóteles, s/d: 246) – segundo a qual, se considerarmos a assimetria hierárquica entre médico e paciente na relação de consulta, esperaríamos que R risse, sim, das piadas de P –, de acordo com as teorias sobre o cômico desenvolvidas por Mikhail Bakhtin a partir das formas populares de cultura, o riso prevalece na sociedade como uma das forças de combate à tirania, já que, desde a propagação da visão de mundo cartesiana, o cômico passa a ser culturalmente desprezado. Para Bakhtin, diante das fórmulas e teorias científicas da Idade Moderna, o riso teria sido expulso dos espaços políticos, religiosos e acadêmicos:

A partir do XVII, o riso refere-se apenas a certos fenômenos parciais e parcialmente típicos da vida social, a fenômenos de caráter negativo; o que é essencial e importante não pode ser cômico; a história e os homens que a encarnam (reis, chefes de exército, heróis) não podem ser cômicos; o domínio do cômico é restrito e específico [...] (Bakhtin, 1999: 57)

No desenrolar da consulta analisada, observamos, então, que a Paciente, muitas vezes, busca atuar discursivamente segundo uma outra lógica cultural, expressando, pela via do chiste e da ironia, aquilo que a aflige, imersa num modelo de ação que é vivencial e advém, não do conhecimento científico, mas da experiência. A Residente, por sua vez, guiada pelos protocolos de sua cultura científica, não dá atenção aos ditos de P que não se apresentam como dados claramente relativos ao seu quadro sintomático. Tal postura médica condiz com uma crença na medicina como conjunto de verdades e de procedimentos empiricamente comprovados como eficazes,

e o médico, como detentor dessas verdades e métodos duramente aprendidos, comporta-se como o homem clássico, o sábio, que nunca ri, já que o riso é culturalmente considerado secundário e está vinculado à ideia de imoralidade.

Nesse sentido, os médicos só ririam de suas próprias piadas e no interior de seu próprio grupo profissional, assim como fazem, em dado momento, Residente e Assistente em sua conversa particular sobre o caso de P. A certa altura, A diz a R: “Fala pra ela fazer compromisso social, que compromisso social é fundamental. Fala pra todo mundo. Se ela não for política, né? Se ela for política, não resolve compromisso social [risos]”. Como analisa Baudelaire, segundo as escrituras, o grande conhecedor, o sábio, não ri, pois o riso está relacionado com aquele que nada sabe, o bobo:

O sábio, isto é, aquele que é animado pelo espírito do Senhor, aquele que possui a prática do conjunto de fórmulas divino, não ri e só abandona ao riso tremendo. O Sábio treme por ter rido; o Sábio teme o riso, como ele teme os espetáculos mundanos, a concupiscência. Ele se detém às bordas do riso, como às bordas da tentação. Há, pois, segundo o Sábio, uma certa contradição secreta entre seu caráter de sábio e o caráter primordial do riso. Com efeito, para mencionar apenas superficialmente lembranças mais do que solenes, eu assinalarei - o que corrobora perfeitamente o caráter oficialmente cristão dessa máxima - que o Sábio por excelência, o Verbo Encarnado, nunca riu. Aos olhos d'Aquele que tudo sabe e que tudo pode, o cômico não existe. E, no entanto, o Verbo encarnado conheceu a cólera; conheceu até mesmo as lágrimas. (Baudelaire, 2002: 2)

Portanto, ao buscar o ideal da objetividade científica, o médico imbuí-se do discurso da ciência, que exige neutralidade e controle, já que apenas os corpos enfraquecidos se entregam à força do riso, ao descontrole das palavras, ao discurso pouco articulado, opaco e pitoresco de uma anedota. No entanto, agindo assim, como vimos, esse profissional pode perder dados importantes de uma trama que se constrói para além do corpo, mas se manifesta corporeamente, nas narrativas configuradas na relação entre ele e os pacientes.

Uma hidra de duas cabeças

Em *Tempo e narrativa*, Paul Ricoeur tece considerações a respeito das relações entre o que chama de “autor real” e de “narrador fictício” (Ricoeur, 2010: 148 e ss.). De fato, como já mencionado anteriormente aqui, no momento em que, em atos de fala, Paciente e Residente configuram e reconfiguram a mesma história, já não são mais os autores, com seus nomes reais e suas biografias, as vozes que, ali, constroem a narrativa, mas, sim, narradores, instâncias narradoras, não seres empíricos. “O recurso à voz narrativa”, diz Ricoeur, “permite que a narratologia dê um lugar à subjetividade, sem que esta seja confundida com a do autor real” (Ricoeur, 2010: 149).

Além disso, articulando a noção de voz narrativa (ou narrador) à da configuração do tempo na história narrada, diz Ricoeur que “o presente da narração [ou da enunciação] é entendido pelo leitor como *posterior* à história narrada [enunciado] e, assim, [...] a história narrada é o *passado* da voz narrativa” (Ricoeur, 2010: 171, itálicos do autor). A partir de comentários a respeito de *Em busca do tempo perdido*, de Proust, ele postula uma espécie de “relação bipolar entre narrador e personagem” (Ricoeur, 2010: 161): são uma “mesma” identidade, porém diversos *no tempo*.

No primeiro momento da consulta entre P e R, quando P institui sua *voz narrativa* enquanto um narrador-personagem em primeira pessoa (ou, como conceituado por Norman Friedman, “narrador-protagonista”, que conta sua própria história - Friedman, 2002: 176), essa voz imediatamente cinde a “vida” em dois momentos: o presente, em que conta o que viveu até ali e se torna *narrador*, e o passado, aquilo que é contado, do qual é *personagem*. Mais ou menos da seguinte forma: “Era uma vez uma mulher que era eu e que passou por isto, por isto e por aquilo, até chegar até aqui...”. Nesse sentido, podemos afirmar que se institui, nesse momento, um ponto de vista até certo ponto convencional, especificamente em primeira pessoa, bastante comum enquanto modelo de configuração narrativa e previsto, como tipo e conceito, pela teoria da literatura.

Algo análogo acontece quando, diante de A, em particular, R reconta a história de P: “Dona P, ela tem 52 anos, [...] foi encaminhada aqui pro ADG para cessação de tabagismo”, diz R. A narrativa começa. Nesse caso, porém, temos R contando, não a história de sua própria vida, mas a de um outro, a Paciente. Portanto, o narrador que se institui na reconfiguração da narrativa de P por R não é mais um narrador-protagonista, como o de P, mas aquele que poderíamos classificar, ainda de acordo com Friedman, como “câmera”, cujo objetivo, segundo esse autor, seria “transmitir, sem seleção ou organização aparente, um ‘pedaço da vida’ da maneira como ela acontece diante do *medium* de registro” (Friedman, 2002: 179). Conforme já verificamos anteriormente, a suposta “falta de seleção e organização” é mero efeito de sentido, pretensa objetividade, simulacro de ausência: um narrador, uma vez instituído, *sempre* seleciona e organiza – *configura* – os dados de sua história. Na tipologia de narradores friedmanianos, porém, como o crítico bem esclarece, a câmera é o tipo de ponto de vista que “parece ser o último em matéria de exclusão autoral” (autor ≠ narrador ≠ personagem) (Friedman, 2002: 179). Novamente, nesse enunciado que se conta mediante outra enunciação, o que vemos é um tipo de narrador bastante corriqueiro, estudado e previsto nas principais teorias sobre o ponto de vista narrativo.

Na primeira conversa entre P e R, porém, ocorre, em relação ao ponto de vista, e, por conseguinte, à própria *configuração* da história, um fenômeno singular. P inicia a consulta narrando a R sua “vida” até chegar ali: “Doutora, é o seguinte: eu já vim aqui uma outra vez, me inscrevi para fazer o tratamento antitabagismo”, etc. Entretanto, no momento em que R interrompe a fala da narradora-personagem com a frase “Deixa eu só fazer algumas perguntas pra senhora, dona P”, ainda é P que continua narrando os fatos de sua própria história (“Salvador, Bahia”, “Moro”, “Trinta anos”, “Trabalho”, “...sou artesã”), *porém é uma outra racionalidade que seleciona fatos e organiza essa configuração – a racionalidade de R*. Um narrador que conta, outro – uma outra *inteligência* – que *aponta* fatos a contar e os *organiza*. Um dá os fatos; o outro diz quais, e como. Que tipo de ponto de vista – híbrido, estranho – seria esse?

Em seu estudo clássico, Friedman aponta a existência de um tipo de narrador que chama de “autor onisciente intruso” (Friedman, 2002: 173), uma tradução para o português do original em inglês “editorial omniscience” (Friedman, In Stevick, 1967: 119 e ss.), que, apesar de apresentar a ideia de “intrusão”, não parece ter muita relação com o fenômeno observado na consulta em análise. Para Friedman, “a marca característica [...] do Autor Onisciente Intruso é a presença das intromissões e generalizações autorais sobre a vida, os modos e as morais, que podem ou não estar explicitamente relacionadas com a estória à mão” (Friedman, 2002: 173)⁵. Em momento nenhum da consulta, porém, observamos esse tipo de “intrusão” na performance narrativa de R. O que observamos é uma *clivagem*, uma divisão de funções narrativas entre duas inteligências distintas: uma que *seleciona e organiza*; a outra, que *informa*.

Tal observação nos permite postular um tipo distinto de narrador ou de ponto de vista que nos parece original e característico do gênero do discurso que convencionamos chamar de consulta médica e que denominaremos de *narrador clivado* ou *impuro*: quando duas (ou mais) “inteligências” dividem as funções implicadas no ato de configurar a mesma história, numa mesma situação de comunicação. Na primeira parte da consulta analisada aqui, é isso que acontece: P ainda é narradora-protagonista de sua narrativa, e continua sendo, até o fim desse encontro. Mas, a partir de certo momento, não é mais ela que *escolhe* o que dizer, nem em que *ordem*: ela apenas *alimenta* de informações *suas* uma estrutura *alheia*.

Com isso, a narrativa que se configura ali é até certo ponto esdrúxula, quase monstruosa. Um “bicho” com duas cabeças. Colar de várias voltas. Uma hidra. No mito grego da Hidra de Lerna, essa serpente gigante e mortífera, de muitas cabeças, é símbolo dos vícios múltiplos⁶. Em nosso contexto, de uma consulta no AGD, é uma história de males, de moléstias, pensada e conduzida

⁵ Para fins de comparação, segue o mesmo trecho no original, em inglês: “The characteristic mark, then, of Editorial Omniscience is the presence of authorial intrusions and generalizations about life, manners, and morals, which may or may not be explicitly related to the story at hand” (Friedman, in Stevick, 1967: 121). A indistinção entre autor e narrador também nos parece problemática no trecho, porém não cabe discuti-la aqui.

⁶ Para mais informações, v. Brandão, 2004: 242-4.

por um narrador que se divide em dois. Como extirpar os males dessa história, mudar seu curso, domar a serpente?

Nesse encontro entre dois universos culturais distintos que é a consulta médica, a constituição de narradores clivados, como indicada acima, nos parece habitual, comum, até certo ponto necessária e, ao contrário do que possa inicialmente parecer, não negativa em princípio. Tudo dependerá do tipo de efeito que a ação eminentemente narrativa de pensar mesma a história sob outra racionalidade terá sobre a vida do paciente – ou ainda, para voltar a Ricoeur, da *refiguração* que este fará da sua narrativa depois de *reconfigurada* pelos médicos que o atendem. 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.

No caso de P, parece que a serpente de seus males ainda a assombrará por algum tempo, e que o colar de contas, por fim, se desfez. Com reavaliação marcada para depois de um mês, a Paciente não retornou ao AGD.

REFERÊNCIAS

- Aristóteles. *Arte retórica e arte poética*. Rio de Janeiro: Ediouro, s/d.
- Arrigucci Jr., Davi (1998). Teoria da narrativa: posições do narrador. *Jornal de psicanálise*. 31(57), pp. 9-44.
- Bakhtin, M. (1999). *O mundo popular da Idade Média e do Renascimento: o contexto de François Rabelais*. 4. ed. Trad. de Yara Frateschi Vieira. São Paulo: Hucitec; Brasília: Editora da UNB.
- Barthes, Roland *et alii* (2013). *Análise estrutural da narrativa*. Petrópolis: Vozes.
- Baudelaire, Charles (2002). Da essência do riso (e de modo geral do cômico nas artes plásticas). In: *Poesia e Prosa*. Rio de Janeiro: Nova Aguilar. pp. 733-746. Consultado em http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/dezembro2006/textos/essencia_riso.pdf. Última consulta em 10-12-2013.
- Bechara, Evanildo (1989). *Moderna gramática portuguesa*. 33.ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Benjamin, Walter (1987). *Magia e técnica, arte e política*. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, (Obras escolhidas, I).
- Brandão, Junito de Souza (2004). *Mitologia grega*. 18. ed. Petrópolis: Vozes.
- Darnton, Robert (1996). *O grande massacre de gatos e outros episódios da história cultural francesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal.
- Freud, S. O humor (1927). In: *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1974, v. XXI.
- Friedman, Norman (2002). O ponto de vista na ficção: desenvolvimento de um conceito crítico. Trad. de Fábio Fonseca de Melo. In *Revista USP*, São Paulo, n. 53, pp. 166-182, março/maio.
- (1967). Point of view in fiction. In Stevick, Paul (ed.). *Theory of the novel*. New York: The Free Press, p. 108-137.
- Pompilio, Carlos Eduardo (2006). As “evidências” em evidência. *Diagnóstico & Tratamento*. 11, pp. 16-17.
- Ribeiro, M. (2008). Do trágico ao drama, salve-se pelo humor! *Revista Estudos de Psicanálise*, nº 31, outubro, pp. 104-113.
- Ricoeur, Paul (1991). *O si-mesmo como um outro*. Trad. de Lucy Moreira Cesar. Campinas: Papirus.
- (2010). *Tempo e narrativa* 3 vols. Trad. de Márcia Valéria Martinez de Aguiar. São Paulo: Martins Fontes.
- Sobel, Rachel K. (2005). Becoming a physician: MSL – Medicine as a second language. *The New England Journal of Medicine*. 2005 May 12; 352 (19), pp. 1945-1946.
- Souza-E-Silva, Maria Cecília Perez de & Piccardi, Tatiana (2012). Linguagem, comunicação e trabalho: a comunicação na prática médica. In *Tempus: actas de saúde coletiva*, 6(2), pp. 209-222.
- Vieira, José Luandino (1987). *João Vêncio: os seus amores*. 2.ed. Lisboa: Edições 70.
- Xavier, Ismail (2005). *O discurso cinematográfico: a opacidade e a transparência*. 3.ed. São Paulo: Paz e Terra.

SOBRE OS AUTORES

Fabiana Carelli: é mestre (1997) e doutora (2003) em Teoria Literária e Literatura Comparada pela Universidade de São Paulo, e docente e pesquisadora do Programa de Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa dessa Universidade desde 2004. Suas áreas de docência e pesquisa incluem literatura comparada e narrativa em geral, modelos narrativos, literaturas de língua portuguesa, literatura e oralidade e literatura e outras formas de linguagem e do conhecimento, em especial literatura e cinema e literatura e medicina. Desde 2011, coordena, com Carlos Eduardo Pompilio (HC-FMUSP), o GENAM-USP (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo), que vem promovendo eventos e cursos, orientando pesquisas e publicando artigos no sentido de desenvolver o estudo das relações entre narrativa e saúde, mediante pontos de vista provenientes da literatura, dos estudos da linguagem e da filosofia.

Andrea Funchal Lens: é estudante do 5o ano da graduação de Letras - habilitação Português/Espanhol da Universidade de São Paulo. Desde 2011 participa do GENAM (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da USP), em cujo âmbito desenvolve a pesquisa de iniciação científica “Anatomia da Clínica: um estudo teórico-literário das narrativas médicas”. Desde 2013, acompanha pacientes em consultas médicas no Hospital das Clínicas da FMUSP, coletando, transcrevendo e analisando narrativas produzidas nesse contexto clínico.

Amanda Cabral Carvalho Alcântara De Oliveira: é graduanda em Letras na Universidade de São Paulo, com habilitação em Grego Clássico e Português. Atualmente desenvolve pesquisa de iniciação científica no âmbito do Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo (GENAM-USP), com projeto intitulado “Se essa história fosse minha: narrativa, criança e doença”, que busca analisar narrativas construídas por crianças em ambiente hospitalar.

Ariadne Catarine Dos Santos: é aluna de graduação do curso de Letras da Universidade de São Paulo, com habilitação em Português. Pesquisa na área de Estudos Comparados de Literaturas de Língua Portuguesa, com foco nas relações entre a literatura e outras formas do saber, com especial atenção para a confluência entre literatura e medicina e literatura e psicanálise. Integra o grupo de pesquisa GENAM (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da USP), por onde desenvolve, atualmente, com bolsa, o projeto de iniciação científica intitulado “O percurso histórico-social da melancolia através da literatura: a doença que inspira ou a arte que adoenta”.

Mariluz Dos Reis: é médica geriatra, assistente do Serviço de Clínica Geral do Hospital das Clínicas da FMUSP e da Diretoria Executiva do Instituto Central do HC FMUSP, coordenadora do Ambulatório de Clínica Geral do HCFMUSP, doutorado em medicina pela FMUSP, especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública USP e MBA em Gestão de Projetos pela FGV. Coordenou e foi professora do Curso de Clínica Médica do 4o. ano de Medicina da FMUSP por 12 anos e professora no curso de Propedêutica e de Clínica Geral do 3o. e 5o. anos da FMUSP.

Carlos Eduardo Pompilio: é graduado (1989) e doutor (2000) em Medicina pela Universidade de São Paulo, com especialização em Clínica Médica e Medicina Intensiva. Atualmente, é médico-assistente do Serviço de Saúde Suplementar do Hospital das Clínicas da FMUSP e membro do corpo clínico do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e do Hospital Israelita Albert Einstein, em São Paulo. É fundador e coordenador do GENAM-USP (Grupo de Estudos em Narrativa e Medicina da Universidade de São Paulo) e um dos professores-coordenadores da disciplina de pós-graduação “Literatura, Narrativa e Medicina” da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da mesma Universidade.