

RELATÓRIO PINOTTI: A VOZ DE HIPÓCRATES NA MEDICINA MODERNA

LUIZ PERCIVAL LEME BRITTO

Tese apresentada ao Departamento de Linguística do Instituto de Estudos da Linguagem da Universidade Estadual de Campinas, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Linguística.

ESTE EXEMPLAR É A REDAÇÃO FINAL DA TESE DEFENDIDA POR LUIZ PERCIVAL LEME BRITTO E APROVADA PELA COMISSÃO JULGADORA EM 12.02.88

*Maz Hadler Coutinho.*

Campinas, fevereiro de 1988

para a Alice

## AGRADECIMENTOS

A Wanderley Geraldi, amigo e leitor de primeira hora.

A Maria Irma H. Coudry e Sírio Possenti, sem quem eu não teria feito esta tese, e Haquira Osakabe que me orientou no início do trabalho.

A Gastão Souza Campos e Emerson Merhy, que colaboraram na orientação com discussão e indicação bibliográfica sobre a medicina.

A Eleonora Albano, questionadora e instigadora.

A Flavio Digorgi, que me levou para as Letras e muito mais.

A Roberta P. de Oliveira, que cansou de ouvir e ler esta tese.

A meus pais, sempre comigo.

A Zita.

A meus amigos, que me fazem sentir vivo.

A Claudia Carezzato, amiga.

## RESUMO

Procura-se nesta tese desenvolver a análise do chamado relatório Pinotti, um discurso proferido pelo Dr. Henrique Walter Pinotti durante o tratamento do então presidente eleito da República. Para tanto, procurou-se localizar a análise do discurso dentro do quadro geral da linguística, em particular, através da adoção de uma noção de discurso compatível com a concepção de linguagem desenvolvida inicialmente por Franchi (1975,1977) e aplicada na análise do discurso por Coudry (1986) e Possenti (1986). Neste sentido, adota-se um noção de discurso em que este é considerado como acontecimento, inseparável das condições de produção que cercam seu aparecimento.

Em vista disto, recusa-se a interpretação do relatório como uma instanciamento de um tipo discursivo, considerando-o como um acontecimento particular, mesmo que produzido no interior da medicina e nela referenciado.

Candidato: Luiz Percival Leme Britto

Orientador: Profa. Dra. Maria Irma Hadler Coudry

"As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todas os domínios"

Mikhail Bakhtin

Chega mais perto e contempla as palavras.

Cada uma

tem mil faces secretas sob a face neutra

e te pergunta, sem interesse pela resposta,

pobre ou terrível, que lhe deres:

Trouxeste a chave?

(Carlos Drummond de Andrade)

## INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como tema de fundo a produção de discursos no interior de uma instituição - a medicina - e, como tema específico, a análise de um discurso determinado, a saber, aquele produzido pelo doutor Henrique Walter Pinotti, em 17 de abril de 1985, quando chefiava a equipe de tratamento do então presidente eleito da República, Tancredo Neves, e que ficou conhecido como "relatório Pinotti".

Ao se começar o trabalho de pesquisa, pretendia-se caracterizar o modo como o "discurso médico", a partir das relações interlocutivas que suponha-se, estabelecia, articularia um conjunto de fatos, constituindo determinados valores. Como se vê, esta postulação trazia a admissão de que existia algo que pudesse ser chamado de "discurso médico", o qual, por sua vez, poderia ser descrito ou caracterizado a partir de critérios e instrumento desenvolvido pela análise do discurso. Em outras palavras, estava aí suposta a noção de tipo discursivo e, além dela, a perigosa idéia de que caberia à análise do discurso, através da caracterização deste tipo, dar conta dos modos de articulação da medicina.

Para se trabalhar com esta noção de discurso, ter-se-ia que admitir que o discurso se caracteriza por um conjunto de traços virtuais presentes em todas as suas realizações efetivas ou, então, por um conjunto de regras e valores de natureza diversa que determinariam a sua produção. Dado seu aspecto virtual, o discurso seria necessariamente anterior e superior à enunciação e àqueles que o enunciariam. O trabalho do analista do discurso seria o de encontrar estes traços,

regras e valores do discurso a partir da análise de um corpus particular significativo. Este corpus seria considerado como uma "instanciação do discurso" mais do que como próprio discurso.

Foi nesta perspectiva que se postulou a análise de "documentos médicos" constituídos a partir do "caso Tancredo Neves". Acreditava-se que, dadas a maneira como se desenvolveu o tratamento, as polêmicas criadas em torno dos boletins médicos, do diagnóstico e da conduta médica e, finalmente, a importância do paciente - "o fiador da transição", os "discursos médicos" que se produziam naquele momento se caracterizavam por uma explicitação máxima do "discurso médico", sendo, por isso, ideais como corpus de pesquisa.

A leitura de outros trabalhos de análise do discurso, e até de outras áreas, como a sociologia e a história das idéias, permitia tais postulações. O trabalho de pesquisa deveria, então, tomar dois sentidos: por um lado, "descobrir" as regras e valores formadores do "discurso médico" e, por outro, encontrar a maneira como tais valores e regras se articulavam no corpus analisado.

No entanto, logo de início, a pesquisa deparou-se com dois problemas de difícil solução metodológica. Ao se postular um nível abstrato de discurso, característico da medicina, estava-se postulando uma entidade linguística extremamente ampla, cuja caracterização passa antes por critérios sociológicos e epistemológicos. E mesmo que se admitisse legítima a adoção de tais critérios, ainda ficava a dificuldade, a nosso ver intransponível, de articulá-los a critérios e métodos linguísticos de análise para se fazer a descrição "linguística" do tipo. Talvez seja por esta razão que trabalhos de análise do discurso que tomem esta perspectiva careçam exatamente de análise linguística.

O segundo problema está diretamente relacionado ao primeiro e refere-se à característica de "instanciação do discurso" que o corpus necessariamente tomava. Ao considerá-lo desta forma, estar-se-ia perdendo a especificidade discursiva que cada ato discursivo tem, já que ele seria a manifestação de um discurso anterior e superior. Além disso, ao tratá-lo como um discurso, estar-se-ia criando uma dupla definição de discurso que ora seria um conjunto de traços virtuais, de regras e valores, caracterizável por critérios sociológicos e epistemológicos, ora seria uma produção linguística efetiva, materialmente delimitada e temporalmente localizada, caracterizável por critérios linguísticos. Considerar o "discurso" objetivo teórico e o "texto" objeto empírico é antes uma manobra metodológica do que uma solução.

Assumiu-se, então, que o "discurso" é, antes de mais nada, uma entidade linguística e que só existe em sua materialidade, decorrente da colocação em funcionamento de recursos expressivos de linguagem por um determinado locutor a um alocutário, em condições históricas determinadas, não podendo ser considerado como uma instância ou entidade abstrata que sobrepaire aos atos linguísticos (cf. Possenti, 1986). Esta assunção fez com que o "relatório Pinotti" - base do corpus - fosse tomado como um discurso particular e não como um "texto" ou uma "atualização" (exemplar) de um "discurso médico", entendido como um tipo discursivo.

Tais decisões, por sua vez, considerando que o "relatório Pinotti" referencia-se na prática e instituição médicas e remete a fatos médicos, levantaram uma série de perguntas: como um discurso se relaciona com outros discursos e fatos do mundo? Como se vincula um discurso a uma atividade ou instituição? Que tipo de fatores sociais,

ideológicos, psicológicos, epistemológicos atuam na produção de discursos e como isto se dá?

Além disso, a mera observação do uso do termo "discurso" obriga a admitir outras acepções, não-linguísticas, de discurso. Trata-se de objetos distintos que, uma vez delimitados e dados os objetivos do pesquisador, têm usos legítimos.

No capítulo I procurou-se desenvolver uma definição de discurso esta esta perspectiva e, a partir daí, responder a algumas das perguntas que ela suscita.

No capítulo II, faz-se a leitura de três análises de discurso não-linguísticas do "discurso médico", procurando nelas elementos que contribuam para uma análise linguística e desenvolvendo algumas questões referentes às condições de produção de um discurso no interior de uma instituição.

Finalmente, no capítulo III, desenvolve-se a análise do "relatório Pinotti", tomado como um discurso particular referido na instituição médica, procurando entender tanto suas relações com o momento específico de produção quanto suas relações com a instituição médica.

Esta tese talvez contribua na reflexão dos compromissos e valores da medicina, mas não pretendo propor nenhum tipo de reforma na medicina. "Se a medicina deve ser renovada, cabe aos médicos a honra e risco de fazê-lo", dirá Canguilhem (1963:16) na introdução de seu ensaio sobre o normal e o patológico. No que tange à linguística, seguramente não se está querendo reformar nada, mas levantar questões, de forma a participar do debate sobre a linguagem e o discurso.

## CAPÍTULO I

### POSSIBILIDADES DE ANÁLISE DE UM DISCURSO MÉDICO

#### 1. Questões preliminares

O objetivo final deste trabalho é a leitura e análise de um discurso específico, a saber, aquele produzido pelo Dr. Henrique Walter Pinotti, em 17 de abril de 1985, quando tratava do então presidente-eleito da República Tancredo Neves, e que acabou conhecido como "relatório Pinotti".

Mas discursos não se produzem no vazio. Ao contrário, produtos da realidade sócio-histórica em que estão inseridos seus enunciatóres, eles se ligam e referem-se a outros discursos e fatos de naturezas diversas. Tal característica, por si só, já obrigaria o analista a considerar o discurso em seu contexto de produção. No caso do relatório Pinotti, o fato de ter sido publicado no interior de uma instituição e referir-se a uma atividade socialmente identificada - a medicina - coloca ainda uma outra questão em relevo: em que medida este discurso estaria incluído em uma categoria ou tipo discursivo mais geral? Em que medida ele deveria ser considerado como uma espécie de atualização desta categoria ou tipo? Ou, então, tomando-se outra perspectiva analítica, que admita que a tal discurso não se sobreponha uma categoria discursiva mais ampla como a de tipo, de que natureza seriam os vínculos que o discurso estabelece com o fato social e outros dis-

curso?

A orientação metodológica dada a esta tese inclui-se na segunda perspectiva apontada. Antes, entretanto, de desenvolver esta questão, cabe uma rápida discussão sobre o termo "discurso", mais exatamente, sobre o campo que se recobre com a noção de discurso e os tipos de análise que lhe são correspondentes. No caso particular da medicina - e este não é o único, são conhecidas várias análises do discurso, realizadas por diversos autores em perspectivas analíticas bem distintas entre si e igualmente distintas do que poderia ser uma perspectiva linguística (no capítulo II são apresentadas três análises nestas condições). Esta situação parece confirmar a observação de Osakabe (1979:7) de que a palavra "discurso", pelos vários usos que dela se tem feito, refere-se "a um domínio suficientemente amplo de investigação de tal forma que dentro dela cabem os mais diferentes interesses científicos".

Esta amplitude pode decorrer das relações da noção de discurso com outras, tais como, "representação", "significação", "valor" e "ideologia". Aceito isto, bem como que tais questões não se reduzem, enquanto objetos de investigação, ao domínio do linguístico, pode-se radicalizar a afirmação de Osakabe, admitindo-se que o termo discurso participa de diferentes domínios, com diferentes enfoques e metodologias. Em outras palavras, estar-se-ia admitindo a possibilidade de análises e definições não linguísticas do discurso, legítimas em seus interesses e perspectivas. Não se pretende com isto dizer que tais análises não tomem em consideração questões linguísticas, mas sim que, quando o fazem, tomam-nas com parte de uma teoria auxiliar. (sobre a noção de teoria auxiliar, ver Lakatos, 1965)

é neste quadro que se insere a análise do discurso. Tal quadro, entretanto, não é nem evidente nem precisamente delimitável. De fato, assim como não se tem claro até onde vai a análise do discurso e onde começam outras disciplinas, também não se sabe bem qual o seu espaço e o seu papel no interior da linguística, havendo, inclusive, aqueles que a consideram essencialmente uma área multidisciplinar e, neste sentido, não (exclusivamente) linguística.

O que se observa é que o termo "discurso" e as propostas de análise de discurso aparecem como uma espécie de panacéia, não só para a linguística como também para outras áreas de conhecimento. Contudo, se, por um lado, a postulação de sua existência como objeto de investigação linguística tem razoável fundamentação intuitiva e empírica, por outro, sua definição tem sido frouxa e variada, conforme os interesses e perspectivas epistemológicas do pesquisador. Fruto da sedução da descoberta, tudo vira discurso e a análise do discurso torna-se uma ciência que paira sobre todas as outras, quando não, mesmo que sem se assumir claramente, reedita-se o mito da ciência-piloto.

Não obstante, muitas das acepções do termo discurso, mesmo que levando em conta o linguístico e aplicando-se no interior da linguística, não são dela originárias e os resultados de aplicações de técnicas de análises linguísticas têm se mostrado bastante pobres, talvez até porque estas técnicas neguem o discurso como objeto de análise.

A pergunta que se coloca, então, remete à especificidade da análise do discurso como um campo de investigação linguística e, neste sentido, seria preciso definir que acepção de discurso interessa-lhe. E se se não admite uma instância tipológica enquanto instância privi-

legiada de análise, que relações estabelece um discurso com o seu exterior, com as condições que cercam o seu aparecimento.

## 2. A noção de tipo discursivo

São frequentes em análise do discurso trabalhos que se propõem a descrição de uma forma ou tipo discursivo hipoteticamente identificado a uma atividade específica ou a um grupo social ou político determinado. Não seria nenhum exagero, aliás, dizer que a análise do discurso, pelo menos em suas linhas mais divulgadas, nasceu com este claro propósito. Há tentativas de descrição do discurso político (e, aí, dos discursos socialista, comunista, patronal etc), discurso pedagógico, discurso religioso, missionário. Dentro deste raciocínio, dir-se-ia que o relatório Pinotti estaria em um tipo discursivo particular, o discurso médico.

O que está suposto em tais análises é que estes tipos apresentam certas regularidades (presentes em todas as instâncias do discurso) cuja descrição contribui para o entendimento de seu valor social, ideológico etc. Onde a preocupação do analista "não ser tanto a de remeter a um conjunto de textos efetivos, mas a um conjunto virtual, o dos enunciados produzíveis conforme as restrições ("contraintes") da formação discursiva" (Mainguenau, 1984:10). Onde também a caracterização do discurso como "uma dispersão de textos cujo modo de inscrição histórica permite definir como um espaço de regularidades enunciativas" (idem. pg 5).

Esta perspectiva, entretanto, se aparentemente amplia os horizontes dos estudos linguísticos, ao mesmo tempo apresenta, e exata-

mente pelo modo como se constrói, dificuldades não superadas e, quiçá, não superáveis. Apontam-se três:

1. Em geral, a existência destes tipos discursivos, sua caracterização enquanto tal, não tem sido objeto de discussão. Em outras palavras, sua existência é dada como um fato, cujos parâmetros de definição são exteriores à linguística, mais do que isto, sequer correspondem a parâmetros ou critérios de definição de discurso construídos no interior da linguística. Para ficar em apenas dois exemplos bastante conhecidos, vejam-se as análises que Osakabe (1979) faz do discurso político e Orlandi (1978) do discurso pedagógico.

2. Normalmente, e provavelmente como decorrência do que se aponta acima, as descrições que se encontram de discursos determinados (ou tipos) apresentam características que podem ser comuns a vários discursos, não servindo como forma de identificação. Para alguns defensores da noção tipológica, tal impossibilidade decorre da própria natureza do discurso. Como quer Orlandi (1986:120), "só pelo linguístico não dá para distinguir um discurso de outro. Para distingui-los é preciso tomar em consideração a sua exterioridade, uma vez que os discursos são objetos ao mesmo tempo integralmente linguísticos e integralmente históricos".

3. Não se tem clara a distinção entre discurso enquanto tipo e discurso enquanto atividade. Daí porque, em alguns casos, o objeto da análise não ser o próprio discurso, mas o texto, unidade material. No entanto, "um texto é atravessado por vários discursos" (Orlandi, 1986:118).

Tome-se um exemplo: um chamado discurso pedagógico, definido como aquele que se realiza no interior da escola (e não há aí nenhum

critério linguístico), pode ser caracterizado como "autoritário" a partir de um conjunto de traços que, numa certa tipologia, lhe seria pertinente (Orlandi, 1978:9 e segs). Mas esta característica não pode sequer ser considerada constitutiva do discurso, já que ele pode vir a transformar-se em outro tipo ("polêmico", segundo a autora em questão), sem deixar de ser o próprio discurso pedagógico, desde que haja certas modificações nas relações interlocutivas que se estabelecem entre os sujeitos.

É, então, o lugar em que se realiza e as relações que se estabelecem entre os sujeitos que definem o discurso e não suas possíveis marcas linguísticas. Como observa Wanderley Geraldix\*, trata-se de um tipologia de relações. E, mesmo que se admita que estas relações atuam sobre a realização dos discursos, não se encontrarão relações de correspondência imediatas entre este dois níveis.

As visões tipológicas podem até ter sua utilidade (são, de fato, imprescindíveis a certas análises), mas não funcionam como parâmetros de delimitação de discursos. E não seria nenhum absurdo dizer que a linguística, de uma maneira geral, e a análise do discurso, em particular, não tem um parâmetro próprio, uma metodologia, que permita definir e classificar um tipo discursivo. Algo do gênero: será considerado um discurso do tipo "x" todo aquele que apresentar as características A,B,C. Ao contrário, o que se depreende da leitura da maioria de definições de discurso encontradas na linguística é que este se associa ao seu momento de produção.

-----

\* conversa pessoal com este autor.

Vejam-se três destas definições:

1. "Do ponto de vista de sua natureza, o discurso caracteriza-se inicialmente por uma maior ou menor participação das relações entre um eu e um tu; em segundo lugar, o discurso caracteriza-se por uma maior ou menor presença de indicadores de situação; em terceiro lugar, tendo em vista sua pragmaticidade, o discurso é necessariamente significativo na medida em que só se pode conceber sua existência enquanto ligado a um processo pelo qual eu e tu se aproximam pelo significado; e, finalmente, o discurso tem sua semanticidade garantida situacionalmente, isto é, no processo de relação que se estabelece entre suas pessoas (eu/tu) e as pessoas de situação, entre os indicadores de tempo, lugar etc e o tempo, lugar etc da própria situação." (Osakabe, 1979:21)

2. "O discurso não é um mero conjunto de frases, mas é uma totalidade linguística específica além da soma das frases que o constitui. (...) é o enunciado formulado em certas condições de produção, determinando um certo processo de significação." (Orlandi: 1986:113 e 115)

3. [ O discurso é ] " a colocação em funcionamento de recursos expressivos de uma língua com certa finalidade, atividade que se dá sempre numa instância concreta e entre um locutor e um alocutário." (Possenti, 1986:64)

As três definições, a par de suas diferenças, parecem concordar em um ponto fundamental: o discurso se define por sua realização

efetiva, estando vinculado a um momento específico e a determinadas condições de produção. São estas condições e este momento que garantem sua significação e sua unicidade.

Pode-se argumentar que o tipo decorre do fato de se encontrarem em vários momentos discursivos a presença recorrente de certos aspectos linguísticos, por exemplo, um léxico próprio, uma maior ou menor presença de determinados operadores sintático-semânticos etc. Daí se falar em formação discursiva, regularidades enunciativas, superfície discursiva, entre outros termos. Orlandi (1986:117), no mesmo texto em que apresenta a definição acima transcrita, afirma que "o discurso é um conjunto de frases da mesma formação discursiva. Ou seja, ele é constituído por um certo número de enunciados para os quais se pode definir um conjunto de condições de existência".

Neste caso, é-se obrigado a admitir a existência de duas noções de discurso bastante diferentes e, até mesmo, opostas. Haverá, por um lado, sempre a possibilidade de se pensar o discurso enquanto acontecimento, atividade única e não reproduzível, e, por outro, o discurso enquanto um conjunto de "regularidades" (ou, se se quiser usar uma linguagem emprestada da matemática, um conjunto de "constantes") que subjazeriam a vários atos discursivos e, conseqüentemente, recorrentes em diferentes momentos discursivos.

Tome-se, por exemplo, a análise que Osakabe (1979) faz dos discursos de Vargas. Enquanto os toma como acontecimentos, o autor trabalha dentro de sua definição acima transcrita. No entanto, ao fazer uso de uma categoria como a de "discurso político militante" em oposição à de "discurso político teórico", para distinguir os discursos de Vargas de outros produzidos por ideólogos da época por ele ana-

lisada, Osakabe opera uma mudança de nível, passando da noção de discurso enquanto acontecimento para a de discurso enquanto tipo. E que elementos de sua definição poderiam ser invocados para dizer o que é um discurso político (tipo funcional) e para distinguir aí dentro dois tipos (formais) diferentes?\* São, afinal, categorias muito mais amplas do que aquelas que se caracterizariam apenas na situação discursiva (a menos que se amplie em muito esta noção).

Conforme explicita o próprio Osakabe (1979:90), "a configuração desses gêneros, distintos e opostos, contrariamente ao que se pode supor, não constitui simples registro classificatório de tipos de discurso, mas resulta basicamente de um relacionamento entre condições prévias de produção e o próprio discurso produzido". Se o autor consegue ainda definir critérios para esta distinção, tornando-a "não-arbitrárias", ele não pode evitar de referir-se a uma anterioridade que, mesmo considerando-se que a base da distinção esteja no tipo de ato perlocucional que se realizaria ("persuadir ou convencer"), caracteriza-se pelo tipo de atividade do locutor.

De qualquer maneira, neste segundo nível, que seria o do tipo, não serão apenas ou fundamentalmente as "regularidades" linguísti-

-----

\* A distinção entre tipo funcional e tipo formal é tomada de Maingueneau (1984). Para este autor, seriam do primeiro tipo do discurso político, religioso, jurídico etc. e, do segundo, o discurso narrativo, didático etc. Como se pode ver, enquanto que o primeiro tipo identifica os discursos, o segundo opera sobre eles, classificando-os.

cas que necessariamente definirão o discurso, já que elas podem pertencer a mais de um tipo. Em última instância, o que define estes discursos é mesmo o locutor em atividade e as relações que aí se estabelecem. Assim, um discurso será político, porque seu locutor é um político e será militante porque é um político militante. De igual maneira, o discurso pedagógico será definido como o que o professor realiza na escola (quando não o da própria escola), o religioso será o do padre, pastor ou sacristão em suas pregações (quando não o da própria igreja) e assim por diante.

Naturalmente, está suposto nesta visão que não é qualquer sujeito que pode preencher este lugar e que não se pode dizer qualquer coisa. O discurso médico, por exemplo, teria um lugar marcado para um locutor que não apenas dominasse o falar médico como também estivesse autorizado a fazê-lo. Além disso, não seria em qualquer instância discursiva que o mesmo sujeito estaria realizando o discurso médico, mas apenas e tão somente nos momentos em que se caracterizasse uma situação médica. Finalmente, a inclusão da fala do locutor no discurso estaria garantida pela "formação discursiva" correspondente, já que é "pela remissão à formação discursiva que se identifica uma fala" (Orlandi, 1987:18).

Há nesta perspectiva um duplo e paradoxal movimento. Por um lado, e diferentemente do que seria uma linguística da forma (Cf. Benveniste, 1939), admite-se a valoriza-se o sujeito como uma noção fundamental da análise linguística, a ponto de identificar-se o discurso a este sujeito. Mas, por outro, opera-se uma subvalorização deste mesmo sujeito na medida em que se desconsidera sua atividade na constituição do significado.

A análise tipológica do discurso parece ser aquela que, no interior da linguística, mais se aproxima das análises produzidas no exterior da mesma. Cabe bem aqui a observação de Possenti sobre a perspectiva de análise do discurso que está em questão. Trata-se do que o autor chamou de "questão da solicitação externa". Por exigência da sociologia, da literatura, da psicanálise, entre outras, a linguística teve diante de si uma série de problemas para resolver que apenas em parte teriam sido formulados no seu interior. Dadas essas exigências, ela teve muitas vezes que se transformar e adaptar-se aos pressupostos de outras áreas, bem como tomar de empréstimo conceitos que não eram seus. Ao comentar os trabalhos do centro de Saint-Claud, Possenti (1986:23) afirma que "claramente o que aconteceu neste centro foi a utilização da linguística como ciência auxiliar, só que se faz dela uma adaptação exatamente para conseguir a tal legibilidade significativa. (...) Havia critérios anteriores à utilização das técnicas linguísticas."

Em suma, pode-se dizer que tanto os critérios para definir o tipo discursivo enquanto tal (e, quicá, sua própria natureza) como também para a determinação de quais locutores estariam autorizados a exercê-los e quais relações interessam à análise não saem do interior da linguística, mas de outra ciência, talvez a sociologia, o que explicaria a afirmação de Culioli (in: Conien et al., 1981:193 e segs) de que a análise de discurso francesa seria no fundo uma substituição da relação entre linguística e sociologia.

Outra possibilidade de se delimitar um discurso determinado (de se definir um tipo) seria através de certas relações de referências estabelecidas no discurso, isto é, da maneira particular como uma

atividade discursiva organizaria uma sequência de significações que, por assim dizer, repartiriam o mundo de uma forma e não de outra. Naturalmente, esta atividade não se daria ao léu, livre de constrangimentos de diversas naturezas, mas, ao contrário, estaria sujeita a condicionadores sócio-históricos, para ficar nos mais evidentes.

Se se retoma a definição de Mainguenau transcrita páginas atrás, ver-se-á que, mais do que a noção de acontecimento, é o "espaço das regularidades enunciativas", caracterizado pelo "modo de inscrição histórica" de determinado "texto" que constitui o centro de atenção do analista. É neste sentido que evocar "o discurso da arte", "o discurso feminista" e outros remeteria a um "conjunto virtual" mais do que a um "conjunto de textos efetivamente produzidos".

Como se pode observar, o discurso deve ser caracterizado como uma entidade a um só tempo mais alta e anterior aos discursos efetivamente produzidos, isto é, como uma entidade abstrata (pelo menos do ponto de vista linguístico) que sobrepára aos atos linguísticos reais, os "enunciados" ou "textos". Mais do que isto, estes decorrem daquela.

Da mesma forma, e como uma decorrência metodológica desta decisão, não se considerará o sujeito propriamente, que é quem produz discursos, mas sim o lugar ou lugares sociais em que ele se inseriria. Não importará muito para a análise, salvo em casos específicos, se quem disse o enunciado "x" foi este ou aquele sujeito, mas sim que o enunciado "x", e não outro, existiu e que para que este enunciado existisse houve condições de produção específicas.

Esta perspectiva está muito próxima à empresa que se propõe Michael Foucault e por ele mesmo batizada de arqueologia:

"O material que temos que tratar em sua neutralidade primeira é uma população de acontecimentos no espaço do discurso em geral. Aparece assim o projeto de um descrição pura dos acontecimentos discursivos. (...) O campo dos acontecimentos discursivos é o conjunto sempre finito, e atualmente limitado, das únicas sequências linguísticas que tenham sido formuladas. (...) A análise do campo discursivo é orientada para compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de seu acontecimento; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui." (Foucault, 1969:38 e 39).

Dada a complexidade da obra de Foucault, uma discussão mais longa está fora das possibilidades deste trabalho. Interessa anotar que o projeto desenvolvido pelo pensador francês pretende tomar o discurso enquanto o lugar de constituição do próprio saber, particularmente dos modos de articulação das "ciências do homem". A proposta analítica de Foucault nega-se linguística em sua própria origem, e será o próprio autor quem fará a distinção entre aquilo que ele considera ser objeto da análise da língua:

"definir, a partir de um corpo de enunciados, regras que permitam construir eventualmente outros (e infinitos) diferentes daquele do corpus" (1969:38)

e o objeto da descrição dos acontecimentos do discurso:

"como apareceu um determinado enunciado, e não outro em seu lugar" (1969:39).

As próprias noções de enunciado e de discurso, que decorre daquela, não se apresentam ao mesmo nível da língua. A rigor, na análise arqueológica, o enunciado se coloca num nível de abstração diferente daquele em que é tratado na análise linguística. Como diz o próprio autor, "não se requer uma construção linguística regular para formar um enunciado, [nem] basta tampouco qualquer efetivação material de elementos linguísticos, não basta qualquer emergência de signos no tempo e no espaço para que um enunciado apareça e exista" (1969:107). Tome-se o seu exemplo da série de letras A Z E R T enumeradas num manual de datilografia e numa máquina de escrever francesa para se evidenciar a diferença.

Dados seus interesses, pensar o discurso como um "dispersão de enunciados", buscar a descrição de "formações discursivas" e das "regularidades enunciativas" é pensar um conceito não apenas operacional para o projeto que se constrói, como coerente com os procedimentos analíticos que se estabelecem. Cabe, entretanto, ressaltar que não se trata de uma proposta de análise linguística, ainda que pressuponha a existência da língua, mais ainda, que a tome como condição de existência do discurso. A análise de discurso foucaultiana não se coloca questões referentes à relação língua-discurso, sujeito-língua, língua e significação, entre outras, como fazem os linguistas que se propõem a investigar o discurso.

A questão do discurso para a linguística é bem diferente da análise arqueológica proposta por Foucault. Trata-se de pensar a lin-

gua a partir de um viés diferente daqueles que a repartem em "língua e fala" ou "competência e performance", levando-se em consideração fatos que são normalmente excluídos por estes recortes.

Foucault vê a língua, e a possibilidade de estudá-la, a partir de uma ótica essencialmente estruturalista e, nesse sentido, falar em estudos linguísticos é, no limite, falar em descrição de regras de construção e repetição. A tarefa que ele dá à linguística poderia ser comparada a aquilo que Bakhtin (1929:78 e 79) chama de objetivismo abstrato:

"Segundo esta tendência, o centro organizador de todos os fatos da língua, o que faz dela o objeto de uma ciência bem definida, situa-se no sistema linguístico, a saber, o sistema das formas fonéticas, gramaticais e lexicais da língua. (...) A língua opõe-se ao indivíduo enquanto norma indestrutível, peremptória, que o indivíduo só pode aceitar como tal".

Ora, é exatamente contra esta tradição que vê a língua como um objeto estático, desvinculado e independente de seu uso e produção, isto é, do sujeito que a manipula, que têm se colocado diversas tendências, tais como a teoria dos atos de fala, a linguística da enunciação, a psicolinguística sócio-interacionistas e outras. Deixando de lado suas diferenças, o que estas tendências trazem em comum é a postulação da necessidade do reconhecimento do ato subjetivo como um ato fundamental na construção do significado. Parodiando, com certa liberdade, uma passagem do próprio Foucault, pode-se dizer que, assim como

"não há, de um lado, a categoria dada uma vez por todas, dos discursos fundamentais ou criadores; e, depois, do outro lado, a massa dos que repetem, glosam e comentam" (1971:24-5), igualmente o trabalho linguístico não é o da repetição nem se realiza sobre uma forma acabada. Conforme Moreno (1985:76), em seu comentário de Wittgenstein:

"Quando falamos, usamos palavras da linguagem, empregamos termos vagos, que não delimitam precisamente, segundo regras fixas, aquilo a que se referem; as regras são usadas de maneiras diferentes pelos interlocutores, uma vez que elas não são normativas, mas apenas indicam uma direção geral, fornecem uma orientação".

### 3. Alguns exemplos

Recusou-se até aqui a noção de tipo discursivo basicamente por três razões: em primeiro lugar, porque ela nega ao sujeito do discurso seu papel de agente, seja através de sua abstração, seja através de sua submissão ao seu lugar social; em segundo lugar, porque tira do discurso uma de suas características fundamentais, a de atividade que se dá sempre numa instância concreta; e, em terceiro lugar, porque a própria caracterização do tipo discursivo é realizada a priori e no exterior da linguística, sem que haja critérios linguísticos correspondentes para sua corroboração.

A pertinência desta discussão nesta tese não é só teórica. O tema proposto traz um forte apelo ao tratamento tipológico, seja por

ser um discurso que ocorre preferencialmente no interior de uma instituição, seja porque há já análises de discurso médico que, mais ou menos explicitamente, o vêem como um tipo.

Então, antes de seguir a discussão sobre a noção de discurso, vejam-se alguns exemplos que de alguma forma remetem à medicina e que dificilmente poderiam ser incluídos na noção de tipo:

1. Imagine-se um charlatão passando por médico. Seguramente, um dos recursos de que lançaria mão para fazer com que os outros o tomassem por médico seria a linguagem. Haveria aí menos "discurso médico" do que se fosse um médico juramentado? Mas ele pode ser desmascarado, diriam; seguramente não seria através da linguagem, se ele a utilizasse bem. E supondo que tal acontecesse, tem-se que admitir que a autorização ou proibição para o exercício da profissão não teria sido linguística.

2. Uma outra situação, parecida a esta, seria a do ator que representa um médico. Se não dominar bem a linguagem, o falar do médico, seu papel não estará bem representado, não convencerá o público. Pode-se dizer que, neste caso, trata-se de um charlatanismo convencionalizado.

3. Outro nível de representação ainda: um sujeito não-médico pode fazer, através de sua fala, com que seu interlocutor creia que ele é um médico para conseguir um intento qualquer, como visitar um amigo hospitalizado fora do horário de visitas ou convencer um guarda de trânsito a não o multar ou apreender seu carro por estar sem documentos. Ele poderia usar outros recursos (como vestir-se de branco), bem como ser desmascarado ou mal-sucedido, apesar de "falar como um médico", mas isto não desautoriza o exemplo nem contraria a idéia de

que ele buscou, através da linguagem, um certo efeito de sentidos. Tomou-se esta passagem de um romance de Fante ("Pergunte ao pó", pg 151).

"Dia seguinte descobri o que tinham feito de Camila. De uma farmácia lá na cidade, dei um interurbano e entrei em contato com o Instituto Municipal para Distúrbios Mentais em Del Maria. Pedi à telefonista o nome do médico encarregado.

- Doutor Danielson - ela disse.

- Me dê seu consultório.

Ela apertou um botão e a voz de uma outra mulher atravessou o fio.

- Consultório do doutor Danielson.

- é o doutor Jones - eu falei - me deixe falar com o doutor Danielson. é uma emergência.

- Um momento.

Daí uma voz de homem:

- Danielson falando.

- Olá, doutor. Aqui é o doutor Jones, Edmond Jones, Los Angeles. Foi feita a transferência de uma paciente daqui, uma certa Camila Lopez. Como vai ela?

- Não dá para dizer. Ela ainda estava sob observação. O senhor disse Edmond Jones?

Desliguei. Já sabia pelo menos onde estava. ..."

Tem-se aí não apenas um exemplo do que se fala acima como também a maneira como um escritor idealiza um certa relação entre mé-

dicos. Para os propósitos da personagem, bastou que ele dissesse ser médico e utilizasse certas expressões corriqueiras ("emergência", "transferência", "paciente") para conseguir seu intento. Outras condições poderiam exigir o recrutamento de outros recursos.

4. É comum encontrarem-se em hospitais-escola doentes crônicos que dissertam longamente sobre sua doença, às vezes com mais perfeição do que profissionais de saúde ou estudantes. Entre as muitas razões para isto, pode-se imaginar uma tentativa de aproximação ou uma forma de chamar a atenção. O que interessa ressaltar é que o doente constrói como seu um discurso que, a princípio, seria de outro e sobre ele.

5. Uma criança ganha um kit do tipo "Doutor K." e começa a imitar o médico, fazer-se de médico, entre outras maneiras, através daquilo que ela crê ser uma linguagem de médico. Se a mãe comentasse: "ela está falando que nem um doutor", ninguém acharia estranho.

6. Um médium que incorpora o espírito de um médico, fala como médico por obra e graça do espírito? Cabe anotar que, neste caso, o locutor realiza um movimento duplo, buscando ser ao mesmo tempo identificado como médico e como não-médico, de forma a manter sua identidade mediúnica.

A esta lista poderiam ser acrescentados vários outros exemplos de situações mais ou menos cotidianas em que apareceriam "discursos médicos". O que eles mostram basicamente é que sujeitos não-médicos podem, por várias razões, realizar discursos que remetam àqueles que se supõem que médicos realizem e que terão como um de seus efeitos de sentido fazer com que o interlocutor creia que aquele que fala é um médico (e, portanto, deve ser tratado como tal) ou que conhece os sa-

beres próprios à medicina. Os recursos expressivos recrutados em cada caso poderão ser diferentes, de acordo com os interesses do locutor, da imagem que ele faça do interlocutor e do referente e do (suposto) conhecimento partilhado entre os sujeitos envolvidos. Em alguns casos, bastará a remissão a um certo estado de coisas (pense-se nas crianças brincando de médico), em outros será necessária toda uma articulação sintático-semântica (e até fonética), como acontece nos casos de charlatanismo.

É fundamental destacar que, do ponto de vista linguístico, não há possibilidade de distingui-los (supondo que eles tenham sido bem sucedidos) de outros discursos proferidos por médicos de fato.

Se estes exemplos mostram que não é necessário ser um médico ou um profissional da saúde para ocupar o "lugar" do médico, podem-se imaginar outros que talvez questionem o critério de suficiência de ser médico para que o discurso realizado seja identificado como médico:

1. a. "Pereba a gente cura com creme"  
b. "Deita aí, dona, que eu vou dar uma olhadinha na perseguida"  
c. "Esse cara é um tigre. Não vai sarar nunca"
2. a. "Este seu problema de dor nas costas é mau-olhado"  
b. "Este tipo de doença só se resolve com um passe"

Destes exemplos, supondo-se que tenham sido proferidos por médicos, pode-se dizer que, apesar do sujeito que os enunciou estar "autorizado" a dizer-se médico, dificilmente seriam identificados como discursos de médico, no primeiro caso por sua forma linguística e, no segundo, pelo tipo de relação que estabelecem com os valores e saberes da medicina. Se tanto, eles poderiam fazer com que o indivíduo que os

pronunciasse fosse visto como um mau médico ou um médico incompetente etc.

A razão de negá-los como próprios a algo considerado como discurso médico não está nem no locutor nem na atividade que este realiza, mas na avaliação que o ouvinte faz, a partir de sua experiência de vida e de seus sistemas de referência, do que o locutor disse. É um fato bem estabelecido na sociolinguística a importância da avaliação que uma comunidade de falantes faz das formas linguísticas que usa. É admitir isto é admitir que o interlocutor também participa da produção discursiva, não apenas pela imagem que o locutor faz dele (cf. Pécheux, 1969), mas também pela sua avaliação da fala do outro.

Finalmente, cabe lembrar que numa relação médico-paciente é comum o médico reformar, em seu turno de fala, certas expressões próprias ao paciente; muitas vezes, a partir de uma certa avaliação que faça da origem social do paciente, o médico já utiliza diretamente "expressões populares". Tais expressões não são necessariamente as mesmas que se usam no cotidiano, mas formas eufemísticas ou arcaicas e, tampouco, podem ser consideradas equivalente aos "termos técnicos"; de fato, pertencem a sistemas de referências distintos, devendo a significação comum ser negociada na relação interlocutiva que se estabelece. (Veja-se a respeito, Souza (1980), particularmente, pg. 72 e segs).

Poder-se-ia contra-argumentar às objeções que se fazem à noção tipológica, afirmando-se que estes exemplos apenas a confirmam. No primeiro grupo de exemplos estaria a evidência do "sujeito-função" mais do que do sujeito específico, uma vez que este, para passar por médico, teria que tomar o lugar daquele, e, no segundo grupo, a evi-

dência da noção de "formação discursiva": é porque não estão na mesma formação discursiva que tais exemplos dificilmente se identificariam ao discurso médico.

Óra, se se admitem estas possibilidades, ter-se-á, então, que admitir que qualquer sujeito pode ocupar o lugar previsto pela função-sujeito e, mais ainda, que seria ele quem determina que elementos linguísticos lhe são pertinentes, o que a tornaria totalmente inoperante. Quanto aos exemplos do segundo grupo, independentemente de elas serem ou não identificados como próprios a um discurso médico, ele estão efetivamente referidos numa prática médica, sendo, neste sentido, médicos. Além disso, o fato dos exemplos 2a e 2b não serem "discurso médico" por causa dos valores a que se associam permite ainda admitir níveis de representação de valores, de constituição de significações, que não são apenas linguísticos. Talvez possa-se interpretar nesta direção a afirmação de Foucault (1969:106) de que "língua e enunciado não estão ao mesmo nível de existência".

O que todos os exemplos apresentados sugerem é que é razoável postular-se a existência de formas linguísticas que, em certas condições de uso e em relação a um referencial específico podem caracterizar um discurso (efetivamente realizado) e que, para tanto, devem ser levadas em consideração as condições sócio-históricas em que estes discursos se produzem, assim como as intenções do locutor expressas no ato enunciativo (os efeitos de sentido que ele quis produzir) e as avaliações que o alocutário faz do mesmo (e, conseqüentemente, os efeitos de sentido de fato produzidos). Como sugere Eleonora Albano (observação feita no exame de qualificação desta dissertação), há nestes exemplos a indicação de uma certa autonomia na forma. Seguindo a concepção

de linguagem adotada aqui (cf. item 4 deste capítulo), seria mais indicado falar em quase-autonomia, uma vez que esta forma só se realiza quando posta em uso pelo locutor, como todas as consequências que isto implica.

Não se quer com isto negar que haja lugares privilegiados para a produção de formas linguísticas, ainda que não se tenha claro como estas formas são produzidas e em que nível de análise elas devam ser colocadas. Mas é preciso anotar que, uma vez introduzidas na língua, estas formas deixam de ser exclusivas daqueles que mais a manipulam (ainda que lhe sejam mais familiares) e que elas não constroem, por si, um discurso.

O que esta assunção quer recusar é uma certa tendência ao panlinguismo e ao pandiscursivo\*, que, como já se anotou acima, tende a reconstruir através da análise do discurso o mito da ciência-piloto, e admitir a existência de níveis de análise próprios a outras áreas de

\* Atente-se para esta passagem de Granger (1960:151):

"Uma determinação correcta do objeto científico exige que a distinção seja feita, e que não se reduza o "estruturalismo" metodológico a qualquer asneira engenhosa e provocante do gênero - "tudo o que é humano está estruturado como uma língua". Truísmo - se, com isso, se quer indicar que a formulação linguística implica, em todo o significado, algo de sua estrutura; erro - se se quer afirmar que todos os sistemas de símbolos, de que é feito o mundo humano, não são outra coisa senão pequenas e obscuras linguagens, que uma espécie de pan-linguística devesse tomar por objetos."

conhecimento, como se pretende mostrar no capítulo II. O caso Tancredo Neves produziu diversos discursos e é legítimo supor que estejam relacionados entre si de diversas maneiras. Mas, assim como há aí um nível de análise linguístico, há também outros níveis analíticos. Uma análise sociológica, por exemplo, daria um recorte distinto ao mesmo fenômeno, dando-lhe uma dimensão diferente. Não se quer com isto negar a interdisciplinariedade, mas garantir, nesta mesma interdisciplinariedade, a especificidade de cada área de estudo.

#### 4. O discurso enquanto acontecimento

Ao recusar-se a noção de tipo enquanto uma categoria própria ao discurso, pelo menos em sua dimensão linguística, pretende-se que a marca primeira do discurso seja sua realização efetiva, real e única. Naturalmente, e voltar-se-á este ponto mais adiante, não se quer negar o papel que regras sociais tenham na produção do discurso nem que possa haver mais semelhanças entre dois discursos produzidos, por exemplo, no interior de uma mesma instituição do que entre um discurso aí produzido e outro produzido em lugar completamente diferente. O que se afirma é que a especificidade de um discurso está em sua própria ocorrência e é neste nível que deve colocar-se uma análise linguística do discurso.

Já Bakhtin (1929) aponta para esta questão ao tratar, em seu livro "Marxismo e Filosofia da Linguagem", da questão da significação. A exemplo do que aqui se pretende, Bakhtin associa a construção de um significado ao momento preciso de sua realização, negando à língua a

possibilidade de significar por si só. Em sua exposição, ele chamará de "tema" o sentido da enunciação completa, acreditando que "o tema da enunciação é, na verdade, assim como a própria enunciação, individual e não reiterável. Ele se apresenta como a expressão de um situação histórica-concreta que deu origem à enunciação". No interior do tema estariam "os elementos da enunciação que são reiteráveis e idênticos a cada vez em que são repetidos", os quais o autor colocará noutra nível de análise ("a significação"), que garantiriam o processo interlocutivo (pg. 128; grifos meus).

Veja-se como os dois níveis se inter-relacionam segundo o autor:

"O tema constitui o estágio superior real da capacidade linguística de significar. De fato, apenas o tema significa de maneira determinada. A significação é o estágio inferior da capacidade de significar. A significação não quer dizer nada em si mesma, ela é apenas um potencial, uma possibilidade de significar no interior de um tema concreto." (1929:131)

Bakhtin deixa entender que estes dois estágios não existem separadamente, mas guardam uma relação estreita entre si. O processo último de construção de significados é caracterizado pelo trabalho que falante e ouvinte realizam sobre uma forma linguística prévia, historicamente construída, mas incapaz, por si só, de significar. A este estágio inferior, Bakhtin dará o epíteto "palavra dicionarizada". O seu uso constante, histórico e social, acrescentar-lhe-á novos valores

e fará com que outros sejam abandonados, de tal forma que a língua estará sempre em movimento, refletindo a própria dinamicidade social.

Cabem, entretanto, dois reparos à sua tese que, antes do que negá-la, explicitam-na. O primeiro reparo está naquilo que Bakhtin chamou de "palavra" e que deve ser entendido em uma acepção mais ampla, estendendo-se ao outros níveis de linguagem; a "palavra", neste sentido, teria também uma dimensão fonológica e sintática, além da dimensão semântico-pragmática, a única que apareceria em uma leitura mais restrita. Se a "significação" é um potencial, uma possibilidade de significar, não há porque recusar esta leitura mais forte. Assim feito, a noção de língua aí desenvolvida parece ecoar naquela desenvolvida por Possenti (1986:80):

"Pode-se, desta maneira, encarar o resultado de um trabalho coletivo durante períodos de longo tempo e, alternativamente, a ação individual de um locutor individual. O primeiro é condição necessária, embora não suficiente, do segundo. Ao primeiro chamarei de trabalho, ao segundo de atividade. Aquele produz uma língua, este, um discurso. Esta dupla face da linguagem é o resultado de uma tensão entre o individual e o coletivo, exigindo este uma certa sedimentação e sendo aquele uma tentativa de adaptação e mudança."

Ambos os autores apontam para um nível linguístico que é fruto do trabalho coletivo dos falantes e que existe enquanto condições do discurso, entendidas aqui não como determinantes mas como possibilidades a serem recrutadas pelos sujeitos em sua atividade linguística.

O segundo reparo está diretamente associado ao primeiro e diz respeito à noção de dicionário que Bakhtin emprega. Apesar de dar à língua uma estrutura que a condiciona à sua realização efetiva, garantindo o papel dos sujeitos na linguagem, ao apelar para a metáfora "palavra dicionarizada", o autor russo acaba por admitir que, pelo menos em algum nível, as formas seriam constantes e prontas (ou "idênticas"). De alguma maneira, está aí de novo o par mutabilidade-imutabilidade de Saussure. Em outras palavras, há um desnível teórico entre os dois estágios, já que, enquanto que um é aberto e dependente do contexto, o outro (mesmo que considerado inferior) é fechado e independente do contexto.

Assumir em sua radicalidade o postulado de que a língua, por si só, não significa, mas apresenta-se como possibilidade ao falante, implica postular também a indeterminação radical da linguagem, conforme defendem Coudry (1986) e Possenti (1986), na esteira de Franchi (1975;1977). Para este autor, a linguagem não é nem um instrumento de comunicação nem um sistema formal, mas sim uma "atividade quase-estruturante", na medida em que "dá forma" à ação linguística, mas não necessariamente estruturada, apresentando-se sempre incompleta e por fazer ao sujeito que a utiliza. O aspecto "palavra dicionarizada" de que fala Bakhtin deve ser relativizado em dois sentidos: 1) a forma linguística é sempre provisória e, além disso, 2) marca antes uma região significativa do que um lugar preciso. Em outras palavras, toda cristalização de forma e sentido será sempre provisória e remeterá não a um domínio de interpretação uno e preciso, mas a uma certa regionalidade.

A diferença entre Franchi e Bakhtin não está, assim, na ad-

missão de que a língua apresenta pelo menos um "esboço de estrutura abstrata", como quer Granger (1968:111), mas na radicalidade com que se assume o papel do sujeito. De fato, para ambos a linguagem é um objeto social, historicamente construído. Mas Franchi não pára aí, insistindo que ela "não é somente o instrumento de inserção justa do homem entre os outros; é também o instrumento da intervenção e da dialética entre cada um de nós e o mundo" (Franchi, 1977:19). Por isso, "antes de ser para a comunicação, a linguagem é para a elaboração; e antes de ser mensagem, a linguagem é construção do pensamento; e antes de ser veículo de sentimentos, idéias, emoções, aspirações, a linguagem é um processo criador em que organizamos e informamos as nossas experiências" (1977:18).

Há aí um postulado duplo que deve ser explicitado: enquanto produto histórico, social e cultural, as línguas constroem-se como estruturas ou sistemas, ligados a sistemas de referências que as fazem potencialmente significativas. Mas na medida em que necessitam de estar em constante atualização pelos sujeitos que as praticam, que as usam para a sua inserção no mundo, estas estruturas não são acabadas, precisas, mas marcam contornos imprecisos (e, por isso, a noção de quase-estrutura). Conforme explicita Coudry (1986:82), "isto significa que a língua dispõe de múltiplos recursos expressivos que, associados a fatores como o contexto, a situação, a relação entre os interlocutores, as leis conversacionais etc, fornecerão condições de determinação de uma dada enunciado".

E, ainda, a noção de jogos de linguagem de Wittgenstein: se não se pode dizer o que é a linguagem, pode-se pensar em seus vários usos possíveis, todos precisos em sua singularidade. "A linguagem pas-

sa a ser considerada em sua multiplicidade de usos, e o mecanismo referencial poderá, então, ser relativizado e situado em seu justo lugar: corresponderá a um de seus usos possíveis", anota Moreno (1985:69) em seu ensaio sobre Wittgenstein.

Uma das tarefas da linguística seria, então, a descrição das possibilidades linguísticas de que um locutor disporia e que estariam inscritas na língua em um momento particular. Estas possibilidades seriam fruto do uso da língua por "n" indivíduos que, em condições particulares e históricas, mantêm-nas ou modificam-nas, escolhendo algumas formas, abandonando outras, enfim, realizando um trabalho. Dado o caráter indeterminado da língua, descrever estas possibilidades é sempre um trabalho circunstancial e provisório.

Como se pode ver, mesmo nesta perspectiva há uma diferença fundamental entre o que se pretende com um trabalho desta natureza e o que pretende a arqueologia de Foucault. Imaginar a descrição de possibilidades discursivas (sejam elas fonéticas, sintáticas, semânticas ou pragmáticas) é bastante diferente de se trabalhar visando ao estabelecimento de regras de produção de infinitos enunciados a partir de um corpus finito, ainda que se aceite um "esboço de estrutura". Se se nega que um ato enunciativo seja a repetição do mesmo ou que existam regras suficientes para determinar as possibilidades de um discurso, por outro, reconhece-se que o trabalho de um sujeito deva ser construído sobre formas prévias, historicamente construídas, que o sujeito não é a origem do discurso. Aceitar esta última hipótese seria cair num outro extremo, caracterizado por Bakhtin de "subjetivismo idealista" (1929:72 e segs).

Resumindo, pode-se dizer que estão na raiz desta concepção a

recusa à noção de língua enquanto código e suas decorrências metodológicas (tal como a idéia de que a relação que se estabelece entre dois sujeitos seja a de codificação-decodificação de uma mensagem) e a recusa à noção de sistema formal, reduzível a um conjunto de regras de natureza lógica, assim como a adoção de uma concepção de linguagem como uma quase-estrutura, concepção que implica a ação dos sujeitos na e sobre a linguagem.

Disto decorre o fato de a linguagem, e as línguas naturais, ser vista como um trabalho que se faz histórica e ininterruptamente, sendo da sua natureza a indeterminação sintática, semântica e pragmática, estanto a significação vinculada à sua realização efetiva, contextual e única. O discurso será, então, uma atividade que ocorre necessariamente numa instância concreta, quando um locutor coloca em funcionamento determinados recursos expressivos, com certa finalidade, numa relação interlocutiva.

Tal concepção de linguagem tem decorrências teóricas e metodológicas significativas para os estudos linguísticos. Em primeiro lugar, pela recusa às noções dicotômicas do tipo língua e fala ou competência e performance, já que não há senão uma instância em que esta atividade acontece. O fato dela se dar sobre um trabalho já construído (uma forma anterior) não cria problema, visto que se postula a indeterminação sintática e semântica da linguagem, indeterminação esta que só se resolve na atividade linguística. A radicalidade desta assunção encontra eco na afirmação de Mainguenau (1981:9) de que "a língua enquanto sistema de signos sequer refere. Só referem os enunciados-token, emitidos por um locutor determinado, para um alocutório determinado, em circunstâncias determinadas."

Em segundo lugar, tem-se a radicalização da noção de social, é porque social e histórica, assim como os sujeitos, que a língua, sem o perigo de desintegrar-se, permite a interação e a construção de significados reais. Mas cabe ressaltar que, assim como a significação não está previamente garantida, também não está a coincidência entre a intenção e a atribuição de sentido. "A significação real produzida por um enunciado acontecido é, por um lado, aquela que o locutor pretende que o alocutário compreenda e, por outro, aquela que do ponto de vista do alocutário, decorre de uma certa composição entre a enunciação de um enunciado e certas condições de produção" (Possenti, 1986:66).

Em terceiro lugar, está a postulação de um sujeito ativo e criativo, que produz significados, e não de um sujeito que se submete à linguagem ou se constitui a partir da apropriação da mesma. Como afirma Coudry (1986:92), "não se pode falar em discurso se tais expressões linguísticas não se incorporem a uma prática institucionalizada, de ação interacional e recíproca." Será o partilhamento de interesses e de experiências comuns, de um sistema de referências, que possibilitará a coincidência de sentidos.

Finalmente, está o fato de que o discurso só existe em sua materialidade, dado que é acontecimento, não podendo ser considerado como uma instância ou entidade abstrata que sobrepaire aos atos linguísticos.

## 5. O relatório Pinotti e a instituição médica

A recusa à noção de tipo discursivo e a defesa da noção de

discurso enquanto acontecimento levam a ver o relatório Pinoti em sua especificidade e não como um exemplo ou atualização do "discurso médico".

Tal enfoque não deve prescindir da sua localização histórico-social. Se se procurou até aqui desvincular a caracterização de um discurso de definições de natureza sociológica, seria muita inocência querer negar que é junto às práticas médicas que um discurso como este tem mais possibilidade de se realizar, mesmo porque, admitida a hipótese de que as formas linguísticas (e suas regras de uso) se constroem a partir da atividade social, será a medicina o lugar privilegiado para a sua produção. Neste sentido, as observações anteriores não invalidam a proposta de se buscar, para a análise de um discurso particular, o entendimento do modo como ele se insere no meio social, a instituição médica, no caso específico deste trabalho.

Há, isto sim, uma significativa mudança de enfoque: ao invés de se colocar a linguística como ciência auxiliar de outras áreas de conhecimento, pretende-se, definido o escopo da pesquisa, a utilização de teorias auxiliares formuladas noutra lugar na resolução de questões que a linguística, por si só, não pode dar conta. De fato, muitos dos usos da linguagem só podem ser entendidos se entendidas as condições em que este uso se dá. Se isto é válido para situações corriqueiras, mais válido ainda se torna quando se trabalha com linguagens especializadas.

Sabe-se, por exemplo, que as práticas médicas são práticas fortemente institucionalizadas e que tal fato compromete o médico com a instituição. Ora, é bastante provável que estas relações também interfiram na atividades linguística, através da estipulação de certas

"condições de uso". Um dos exemplos mais gritantes é o da ética médica, que impõe ao médico uma série de restrições, como a proibição de comentar o trabalho de outro médico. A ética médica não é em si um fenômeno linguístico, mas atua sobre o ato linguístico ao prever regras como a acima.

Tal proposta se torna ainda mais necessária quando se reconhece que o domínio linguístico correspondente à prática médica é fruto de um trabalho coletivo\* realizado durante longo tempo e que implicou, e ainda implica, no estabelecimento de determinadas relações referenciais, na criação, modificação e abandono de itens lexicais, construções sintáticas etc. A análise que Foucault (1963; 1974A e B) faz do nascimento da clínica mostra como, ao nível da episteme, houve modificações fundamentais no modo como a medicina organizava seus valores, criava uma relação referencial específica, desenvolvia um estilo descritivo, construindo as bases para um pensamento clínico "positivo" (cf. capítulo II).

É este raciocínio que dá sustentação à afirmação de que não é o médico, enquanto indivíduo, que define e dá existência à medicina, mas sim que é a instituição que autoriza ao médico dizer-se médico.

-----

\* Há que cuidar para que não se entenda este trabalho coletivo como uma colaboração pacífica e consensual, do qual todos participam igualmente. Antes, ele se dá em constante conflito e disputa, seja a nível individual, seja a nível de relações de classe ou fragmento de classe social, seja ainda a nível dos próprios lugares institucionais.

Talvez seja neste sentido que Clavreul (1978:40) fala do médico como "funcionário da Ordem Médica".

Relação necessariamente tensa, decorrente da realização efetiva de atos e discurso por um sujeito individual (médico ou não) e a "função" prevista para este mesmo sujeito. Algo do tipo: o que ele diz e o que se espera que ele diga. São exemplos característicos tensão a relação médico-paciente, os compromissos e obrigações éticos do médico para com outros médicos e instituições médicas (conselhos profissionais, sindicatos, associações), o erro médico.

A hipótese desta tensão não é aqui formulada nem pensada exclusivamente para esta relação discursiva. Ao contrário, ela é constitutiva de qualquer discurso, já que o locutor, ao realizá-lo, trabalha sempre sobre um trabalho anterior que, de alguma forma, constrange-o. O que deve ser realçado é que esta tensão é mais forte quando se trata de uma situação fortemente institucionalizada. Em situações desta natureza, as "regras de uso da linguagem" tendem a ser mais imperativas, confundindo-se com as regras previstas para a atividade, ou seja, a própria prática médica.

Tome-se um exemplo do relatório Pinotti. A ética médica desautoriza o médico a falar sobre (comentar, condenar, corrigir) o trabalho de outro médico fora das instâncias apropriadas. Logo, o relatório não poderia se referir diretamente ao período em que Tancredo Neves esteve aos cuidados da equipe de Brasília. Mas pôde, por necessidade técnica de esclarecimento, referir-se ao estado em que o paciente foi recebido e levantar hipóteses das causas originárias da doença.

Outro exemplo, hipotético: o relatório está escrito quase todo em terceira pessoa, conforme a praxe deste gênero de texto. O que

aconteceria se fosse escrito em primeira pessoa? Talvez servisse para que Pinotti fosse acusado de estrelismo (como de fato aconteceu, por outras razões); talvez, ainda, acusassem-no de pouco técnico ou de profissional relapso. Mas ainda seria admitido como uma voz médica.

Há transgressões mais ou menos possíveis, dependendo da situação e das escolhas do locutor, correspondentes a "punições" mais ou menos severas. A compreensão destas relações passa pela compreensão dos modos como a medicina se organiza e se institui, pressupondo certos papéis a serem cumpridos por aqueles que a professam. Observe-se que a punição institucional só pode ocorrer sobre aqueles que estão na instituição, não sendo assim uma punição do discurso. Retomem-se os exemplos do item 3: mesmo que um daqueles sujeitos realizasse uma transgressão ética, ele não poderia ser "punido" do mesmo modo como um médico o seria, porque não está submetido a estas circunstâncias.

A esta tensão, decorrente da assimetria entre sujeito médico e função médica, deve-se acrescentar outra, decorrente da particularidade do próprio objeto que está em estudo. Ao se falar em medicina, remete-se a uma atividade que, pelo menos originalmente, não se quer discursiva, mas prática. A ação médica pode ser vista não como um discurso, mas o resultado da aplicação de um conjunto de técnicas terapêuticas que visa ao restabelecimento da saúde de um indivíduo doente. Neste sentido, a ação médica não se faria por um dizer, mas por um fazer que, pelo menos em algum nível analítico, pode não ser discursivo.

Michel Foucault não se coloca este tipo de questão, considerando a medicina a partir dos "fatos do discurso". No entanto, é fundamental destacar que suas preocupações não são linguísticas, mas epistemológicas, de forma que ele engloba em seu conceito de discurso

o conjunto de saberes e valores médicos. Mais do que com o como se faz, é com os princípios regentes deste fazer que ele se preocupa.

Ao se levantar a possibilidade de um pólo tensional dizer-fazer não se está absolutamente afirmando que haja dois níveis independentes e, eventualmente, concorrentes na prática médica, nem se está a imaginar uma relação linguística em que um signo, em qualquer contexto, remeta a um referente único e constante. Ao contrário, a admissão de níveis não discursivos aponta para um processo dinâmico e dialético, constituído de uma prática a um só tempo fundadora e resultante do discurso. Ao mesmo tempo, esta admissão alerta para a existência de outras concepções de discurso, pelo menos dentro de parâmetros linguísticos de análise.

Finalmente, a admissão deste pólo tensional dizer-fazer coloca uma interessante questão à concepção de língua enquanto uma quase-estrutura. Afinal, como se daria a relação de referência entre um termo técnico e o objeto que ele refere? Haveria aí também uma margem de interpretação dos locutores? Em que medida o significado construído será sempre novo? Qual a extensão e o valor dessa novidade?

E coloca também um problema para as próprias pesquisas de análise do discurso: a maior parte de seus trabalhos tem sido feita em áreas em que dizer é fazer (pelo menos presumivelmente); assim se passa com os discursos político, jurídico, pedagógico, religioso etc. Como se faria a análise do discurso matemático ou químico? Pode-se sempre dizer que tudo é discurso, mas uma definição desta extensão, além de seu viés idealista, tem muito pouco poder de explicação.

Em relação à primeira questão, será o próprio Franchi quem apontará a resposta. Para o autor, há diferentes níveis de linguagem,

de um mais assistemático, mais vago e inexato, a outro mais formal, cujos limites seriam as próprias linguagens artificiais, que procuram reduzir ao mínimo a indeterminação da linguagem (anotação de aula, 21 de maio de 1985). Estes níveis não são, para Franckl, coisas absolutas, mas tendências, de forma que haverá sempre um nível de determinação e outro de indeterminação na atividade linguística. Assim, postular níveis mais formalizados de linguagem não significa dizer que existam situações em que o contexto não deva ser levado em consideração, mas sim que a relação entre texto e contexto não é sempre a mesma.

Admitir que uma língua é uma quase-estrutura não é pensar que todos os seus itens tenham exatamente o mesmo estatuto e o mesmo uso. Ao contrário, haverá áreas da língua de usos mais especializados, mais precisos. Mesmo porque o trabalho sobre a língua não é homogêneo em nenhum aspecto. Não é absurdo dizer que os termos médicos sejam mais trabalhados no interior da medicina e que sua manipulação responda a determinados interesses, bem como que a criação de termos novos passe por regras definidas a partir da epistemologia e sociologia médicas. O que se afirma é que a língua não traz todos os elementos que garantam a significação, que esta só se faz contextualmente.

Tomem-se dois exemplos:

1. Diz o relatório Pinotti no segundo período de seu primeiro parágrafo:

"é importante reafirmar que, na noite de 14 de março, o Sr. Presidente Tancredo Neves, foi internado no hospital de

Base de Brasília e submetido à primeira intervenção cirúrgica em caráter de emergência pelo doutor Francisco Pinheiro da Rocha, para tratar de complicação aguda de afecção do intestino delgado, de caráter benigno, comprovando-se já haver infecção concomitante." (grifo meu)

A expressão grifada corresponde ao diagnóstico de Tancredo Neves e pode ser considerada como um termo técnico da medicina. Naturalmente, ela remete a um determinado tipo de doença e ninguém minimamente familiarizado à medicina diria que Tancredo foi internado por faringite ou colapso cardíaco. No entanto, o termo é escolhido com o intuito de recobrir diversos tipos de afecções intestinais, tais como diverticulite de Meckel e leiomioma, entre outras, não tendo sido o termo escolhido pelo médico da primeira operação. Assim, além de estabelecer um diagnóstico (que, em outras condições de produção, poderia ser considerado impreciso), o locutor visava a um certo efeito de sentido que não poderia ser conseguido com nenhum outro termo. Afirmar que o paciente tivera uma diverticulite de Meckel - tal como fora inicialmente anunciado e, em seguida, questionado pela imprensa - poderia dar a entender que o médico estava de acordo com o diagnóstico inicial. Por outro lado, dizer que se tratava de um leiomioma seria um desmentido público do mesmo diagnóstico, o que seria inoportuno e anti-ético, estimulando uma polêmica que não interessava nem aos médicos nem ao governo. A escolha é, assim, contextualmente determinada e está relacionada, mais do que ao diagnóstico, aos efeitos de sentido que o locutor queria produzir, esfriando a polêmica em torno do diagnóstico inicial sem passar por mentiroso ou anti-ético. O recorte significati-

vo do termo permitia aos interlocutores concluir que o diagnóstico real poderia mesmo ser leiomoma. Se o interlocutor fosse outro e outra a situação, a escolha provavelmente seria outra, apesar de ser o mesmo o referente (o laudo da morte de Tancredo Neves, por exemplo, dá leiomoma como causa primeira de sua morte).

2. Mal de Hansen, hanseníase, lepra e mal de Lázaro, apesar de dizerem a mesma coisa (referem a mesma doença), não criam o mesmo efeito de sentido. Basta lembrar que a denominação "hanseníase" surge exatamente em função do que se acreditava ser efeito indesejado do termo "lepra". Por outro lado, as diversas manifestações da doença, com suas variedades e características individuais são recobertas pelo mesmo termo.

A resposta à segunda questão é, em primeira instância, de ordem metodológica. Não haveria, a rigor, nenhum impedimento em se hipotetizar a existência de "discursos" de ciências exatas e, a partir daí, descrevê-los. Se se fiar em Mainguenau (1976:18), "a análise do discurso tem por especificidade procurar construir modelos de discurso, articulando estes modelos sob as condições de produção. (...) Em outras palavras, para trabalhar com o máximo de eficácia é preferível procurar equilibrar discurso e condição de produção para que sua articulação seja a mais rica possível; parece-nos que isto explica em parte o sucesso atual da análise de corpus de discursos políticos". Ou seja, a preferência por áreas de ciências humanas é uma questão estratégica e decorre daquilo que esta área fornece para uma disciplina ainda em formação.

Entretanto, se se admite a crítica que Culioli faz da análise

de discurso francesa ("um substituto da relação entre linguística e sociologia"), ver-se-á que, mais do que estratégia trata-se de uma questão metodológica. Até mesmo Foucault não tratou de discursos outros a não ser daqueles que chamou de ciências do homem.

Pensar uma análise do discurso que se queira linguística é, de alguma forma, admitir uma teoria menos poderosa, que se proponha a dar conta de um número menor de problemas, se bem que estes sejam mais linguísticos. Ao se propor a análise de um discurso médico, podem-se levantar várias questões quanto ao modo e à circunstância em que este discurso ocorreu, os efeitos possíveis que pretendeu produzir e os que produziu, os recursos utilizados, o estilo constituído. Não se pode, entretanto, querer dar conta de todas as suas consequências nem de compreender a medicina em toda a sua abrangência.

#### 6. A identificação do discurso

Retomem-se os exemplos do item 3. Sua análise procurou mostrar como dificilmente eles poderiam ser analisados a partir de uma noção tipológica. Mas caberia a pergunta: em que parâmetros os sujeitos envolvidos em sua produção basearam-se para identificá-los ou negá-los como próprios à medicina?

A resposta seria: a partir de sua experiência de vida e de seu conhecimento partilhado. Tome-se, para tanto, a noção de sistema de referência, tal como a postula Franchi. Para este autor, "constitui um aspecto fundamental da "situação" a maneira pela qual as opções do sujeito (atividade constitutiva da própria linguagem ao lado da per-

cepção) organizam os "objetos" a que se referem, segundo certos traços categoriais e relações, em um "sistema de referências", de natureza essencialmente linguística (Franchi, 1977:24).

Um sistema de referência seria assim o modo particular como os fatos do mundo, num determinado contexto histórico-social, são organizados na e através da linguagem. Não se trata de dizer que a linguagem faz o mundo, mas sim que os sujeitos em sua praxis o organizam através desta. E, se neste trecho de seu texto aparece mais a dimensão semântica da linguagem, isto não significa que a organização a que o autor se refere não se dê também em seus aspectos fonológicos, lexicais, sintáticos etc., de tal forma que todo uso da linguagem refere. Em suma, a língua se organiza, a partir do trabalho dos sujeitos, em sistemas de referências que permitem, numa situação dada, a construção de significados plenos. Dada a complexidade da atividade social, os sistemas de referência não são fixos, estanques, mas, ao contrário, vários, móveis, constituindo relações múltiplas.

Veja-se um exemplo sintático-semântico bastante simples: a preposição *por* estabelece uma relação de predicação entre dois termos; mas esta relação não é sempre a mesma, podendo indicar tanto uma relação de agentividade quanto de causalidade ou instrumentalidade. Será, então, a situação e contexto linguístico que permitirá a especificação de seu valor.

Tomem-se o conceito de semelhança de família, de Wittgenstein:

"Em vez de indicar algo que é comum a tudo aquilo que chamamos de linguagem, digo que não há uma coisa comum a esses fenômenos, em virtude da qual empregamos para todos a

mesma palavra, - mas sim que estão aparentados uns com os outros de muitos modos diferentes. E por causa desse parentesco ou desses parentescos, chamamo-los todos de "línguas". Tentarei elucidar isso.

Considere, por exemplo, os processos que chamamos de 'jogos'. Refiro-me a jogos de tabuleiros, de cartas, de bola, torneios esportivos, etc. O que é comum a todos eles? Não diga: "algo deve ser comum a eles, senão não se chamariam 'jogos', - mas veja se algo é comum a eles todos. - Pois, se você os contempla, não verá na verdade algo que fosse comum a todos, mas verá semelhanças, parentescos, e até toda uma série deles." (Investigações Filosóficas, §65 e §66)

A exemplo do que faz Franchi, Wittgenstein também admite um certo nível organizado da linguagem, mas recusa-se a ver aí algo que apresente contornos claramente precisos e delimitáveis. Não há uma característica única, comum a todos os jogos, que seja, neste sentido, constitutiva de "jogo". E, igualmente, não há uma característica que seja exclusiva de um único jogo e que o identifique claramente. Há, isto sim, uma cadeia de semelhanças ("de conjunto e de pormenos" - §66) que torna possível o conceito ("os jogos formam uma família" - §67), permitindo que cada jogo, em sua especificidade, esteja dentro do conceito mais geral do jogo.

Mas poder-se-ia, ainda, ver esta passagem ao contrário e perguntar não das semelhanças, mas das diferenças: o que, por exemplo, é exclusivo do jogo de futebol? O que se verá é que quase todas as suas características, são partilhadas com outros jogos e que, mais do que

esta ou aquela característica, será a maneira como elas estão arranjadas o que o distingue de outros jogos. E sequer este arranjo é estável: para jogar futebol é necessário uma bola, mas em certas situações uma tampinha de garrafa pode substituí-la; e pode não haver as balizas do gol ou, até mesmo, desaparecerem os próprios gols (o jogo do bobinho).

De volta ao tema desta dissertação, tomem-se, como exemplo, as semelhanças possíveis entre um discurso médico e um discurso jurídico, para se pensar em áreas aparentemente bem distintas. À uma primeira impressão haveria aí dois jogos bem distintos. Mas supondo-se que ambos são discurso que se produzem no interior de instituições, poder-se-iam encontrar entre eles marcas sintáticas bastante próximas. Imagine-se mais: o julgamento de um assassinato por envenenamento: as semelhanças seriam maiores, o advogado poderia fazer uso de laudos médicos, descrever clinicamente os efeitos da droga. Imagine-se ainda mais: um julgamento de um caso de ética médica realizado por uma comissão de ética médica. Que dizer, então, da medicina legal e da criminalística?

Um possível sistema de referência correspondente ao que normalmente se tem chamado de discurso médico não teria muito de exclusivo de constitutivo. Ao contrário, ele se inscreve na própria linguagem e compartilha com outros sistemas possíveis (e, até, imaginários) quase todas as suas características, mais com uns, menos com outros. Em essência, ele não se delimita por si, mas através do modo particular como o locutor recruta os recursos expressivos disponíveis para fazer um discurso numa situação dada.

Veja-se, por exemplo, uma expressão simples como "está com

doói"; ela tanto pode remeter a uma prática médica (suponha-se um pediatra conversando com uma criança ou com a mãe num consultório) como a uma situação familiar (suponha-se a mesma mãe conversando com a mesma criança em sua casa).

A noção de sistema de referência deve ser entendida diferentemente de duas outras noções bastante conhecidas e que, a seu modo, procuram dar conta de questões semelhantes. Trata-se das noções de "campo semântico" e de "formação discursiva".

Em relação à primeira, a distinção parece bastante tranquila, uma vez que nela se encontra um conceito restrito a um nível de linguagem e que exclui a atividade do sujeito, considerando apenas o tipo de referência que se estabelece entre um significado e um significante (a "Langue" saussurreana).

Já em relação à noção de formação discursiva, tal como a desenvolve Foucault (1972), a distinção é mais sutil e de ordem metodológica. Diferentemente desta, a noção de sistema de referência deve remeter basicamente à realidade linguística (da fonética à pragmática). Já a noção de formação discursiva não se refere à linguagem como tal, mas a formas de organizar e valorar o mundo, combinando fatos discursivos com fatos não discursivos. Trata-se, assim, de um conceito a um só tempo mais amplo (no sentido que vai além da linguagem) e mais especializado (no sentido que se refere a certas áreas de conhecimento).

Além da noção de sistemas de referência, outra noção que contribui para a identificação de discursos é a noção de estilo. Ao invocar-se a possibilidade de o estilo contribuir para a identificação de discursos, está-se postulando que, a exemplo do que acontece com os

outros níveis de linguagem, o estilo tem certa sistematicidade. Todo discurso tem um estilo e entre os trabalhos do sujeito não está apenas o de recrutar certos recursos expressivos, mas também o de associar, identificar e correlacionar um enunciado a outros, comparando-os, aproximando-os ou afastando-os. Neste duplo trabalho de, por um lado, dizer de uma certa maneira e, de outro, de associar um dito a outros ditos aparece a face social do estilo. É ela que permite que alguém comente da fala de outro: "parece médico falando". Se se admite a variabilidade de recursos como constitutiva da linguagem e que o locutor recruta expressivamente estes recursos, pode-se então admitir que o estilo decorre da escolha (inevitável) do locutor e não de um desvio.

Ora, este trabalho de escolha também está inscrito na língua. Dada a finitude destes recursos é de se esperar que uma mesma escolha se repita, que tenha lugares privilegiados para ocorrer, em suma, que ela, a exemplo do que acontece com os outros níveis da língua, socialize-se, historicize-se. Neste sentido, o estilo individualiza não somente o sujeito mas igualmente atividades, áreas de conhecimento e, até, dialetos e línguas.

Possenti (1986), de quem se tira a idéia básica da noção de estilo que aqui se expõe, anota a possibilidade de se perceberem efeitos estilísticos em três níveis:

1. Em primeiro lugar, embora seja o menos visíveis e o menos investigado enquanto fenômeno estilístico, em enunciados gramaticalmente previsíveis e produzidos de maneira menos marcada possível em termos da relação entre variável linguística e contexto de enunciação, pelo agenciamento de recursos gramaticais específicos.

2. Em segundo lugar, no agenciamento de recursos para produção de efeitos não gramaticais.

3. Em terceiro lugar, pela marcação dos enunciados por traços sociais avaliados, e que individualizam o locutor e o discurso em termos de classe, região, nível de educação, etc. é importante ressaltar que não só os traços estigmatizados produzem efeitos estilísticos mas igualmente os considerados constituidores da "boa linguagem", porque também são marcadores." (pg 277)

Como se vê, os níveis pensados por Possenti vão deste o mais absolutamente individual até o nível social ("traços sociais avaliados"). Dentre os recursos expressivos de que o locutor dispõe, um é aquele que oferece a seu discurso um estilo, ou seja, a escolha de formas socialmente valorada. Mas cabe observar que estes níveis não devem ser pensados como concorrentes, mas sim sobrepostos, de tal modo que ao se produzir um discurso está se trabalhando com todos simultaneamente.

Pode-se, agora, voltar à pergunta que motivou este item. A identificação ou a negação de determinados discursos, como os exemplificados no item 3, à prática médica é decorrente da colocação em jogo de diversos recursos expressivos da língua que remetem, num sistema de referência dado e num certo estilo, de volta a ela. Como estes recursos são vários e, em uso efetivo, estão sempre situacionalizados, nem é necessário que estes sejam sempre os mesmos nem está garantido o seu sucesso. Assim, em certas situações, basta uma regra pragmática do tipo "quem fala é um médico" para que se faça a identificação; em outras, haverá a necessidade de um maior contexto linguístico, como no caso do charlatão.

Em resumo, pode-se dizer que um discurso de um não-médico pode remeter à medicina desde que se inscreva, pelo estilo e outros recursos, a algo socialmente avaliado como próprio à medicina e assim identificado pelos interlocutores. Por outro lado, é de se esperar (ainda que isto não seja necessário) que um médico fale dentro deste estilo e considerando sistemas de referências apropriados. O que é fundamental destacar aqui é que, em qualquer hipótese, a identificação de um discurso não ocorre pela sua inclusão em um tipo discursivo, mas pela atividade (a produção e a avaliação) dos falantes num contexto efetivo.

## CAPÍTULO II

### DISCURSO MÉDICO E MEDICINA

#### 1. Às visões de discurso médico

Conforme já se disse no início do capítulo I, o uso da expressão "discurso médico" não se constitui propriamente em novidade, havendo vários trabalhos que procuram enfocar a medicina basicamente a partir do que consideram seu discurso. Observou-se, também, que as definições do que seja discurso e dos métodos de análise são bastante variados, uma vez que variam as perspectivas e os interesses do pesquisador. Neste capítulo, seguem-se três análises do discurso médico não linguísticas, a saber, as de Madel Luz (1979), Michel Foucault (1963 e 1974A e B) e Jean Clavreul (1983). O objetivo de sua leitura é duplo: de um lado, anotar diferenças e semelhanças entre estas análises e uma de perspectiva linguística e, de outro, procurar parâmetros e regularidades que permitem a localização do relatório Pinotti no contexto mais geral em que este se produziu.

#### 1.1. Luz: a análise sociológica do discurso médico

A mais frequente das interpretações que se fazem do termo discurso é aquela que o considera como uma atividade específica, de

natureza simbólica e representativa, em oposição às práticas sociais. À rigor, o discurso seria um tipo particular de prática, exatamente aquela que se caracteriza por um representar o mundo e as outras práticas. É exemplar desta concepção a famosa frase "seu discurso não corresponde à sua prática", quando se pretende dizer que aquilo que um sujeito diz fazer não é aquilo que ele realmente faz. Normalmente, aceita-se neste nível que os significados veiculados por uma expressão têm relativa constância e estabilidade, remetendo sempre (em se tratando de discurso "claro") a um conteúdo do definido e identificável por todos.

Imagine-se, por exemplo, um médico que diga defender uma medicina estatizada; é de se esperar que sua ação profissional e política oriente-se neste mesmo sentido, de tal forma que dificilmente poder-se-ia encontrá-lo defendendo a existência de hospitais privados. Deve-se, entretanto, observar que a compatibilidade entre "discurso" e "prática" não é uma questão transparente, de forma que há aí um grande espaço de disputas interpretativas.

É, em linhas gerais, esta a perspectiva que se coloca Luz (1979) ao estudar as "Instituições Médicas no Brasil". Ainda que em nenhum momento de seu trabalho a autora defina claramente o significado do termo discurso, o uso que faz dele permite supô-lo num nível determinado da ação social distinto daquele em que se daria a prática. Prática e discurso, aliás, formariam uma espécie de relação bi-polar e excludente, ainda que se interferindo mutuamente. Como escreve Luz,

"o discurso é visto como prática política (em sua dimensão ideológica) que tem por finalidade a modificação (ou a con-

servação de relações sociais). A própria distância entre discurso institucional (entendido como "fala institucional") e prática institucional - no sentido estrito de atividade, ação institucional - é significativa para análise. Nos vazios ou nas posições entre um e outro ocultam-se as contradições, manifestações de interesses conflitantes face ao discurso institucional dominante ou face à totalidade social existente." (pg 75)

Dado que a característica distintiva do discurso é sua oposição à ação, pode haver diferentes categorias analíticas e diferentes formas de abordá-lo, conforme se observe esta oposição. Assim, sempre no interior da medicina, pode-se caracterizar o discurso em função do seu lugar de produção (discurso institucional - aquele que se produz na instituição; discurso sanitarista - aquele que é produzido por sanitaristas) ou por seu conteúdo expresse (discurso tecno-científico; discurso planejador, discurso medicalizante) ou, ainda, por sua posição relativa a outros discursos (discurso hegemônico; discurso dominante; discurso alternativo; discurso tradicional). A caracterização última estará sempre relacionada ao "produtor", já que seria deste lugar que emanaria, em última instância, o discurso.\* Conforme explicita

-----  
\* - Anote-se, mais uma vez, a distinção entre tipo funcional e tipo formal de Mainguenau (1984). Os discursos associados aos seus "lugares de produção" seriam do tipo funcional, enquanto que os outros do tipo formal, o que garantiria a anterioridade daqueles.

Luz, ao delimitar quatro tipos de discurso praticados no interior da instituição médica, no período de 1960 a 1974, "esses não são entidades. Supõem agentes institucionais, grupos institucionais de interesses, classes que suportam tais discursos, que os emitem, e que na prática social propõem alianças, oposições, boicotes, incentivos" (1979:77). É interessante observar que os discursos não são tomados a partir da produção individual, pois, mesmo quando se toma o discurso de um sujeito particular, ele interessa enquanto expressão de classe ou fração de classe.

Estas diferentes maneiras de se identificar um discurso podem, por sua vez, combinar-se para identificações cada vez mais específicas. Não há nenhum problema em dizer de um discurso que ele é a um só tempo "hegemônico" e "tradicional", desde que seja considerando como o discurso que se impõe dominantemente e como o que expressa valores considerados tradicionais na medicina. Como se vê, estas classificações pouco rigorosas funcionam como rótulos que, uma vez acoplados aos discursos, remetem-nos a uma atividade, uma posição política ou a uma posição relativa a outros discursos no interior da análise.

Todos estes discursos (ou classificação de discursos) podem, por sua vez, ser pensados como pertencentes ao "discurso médico", porque ocorrem sempre em relação à instituição médica, caracterizando-se por diferentes perspectivas políticas no interior da mesma e por seus "agentes sociais" correspondentes. Ao fazer isto, Luz coloca sua análise num nível bem determinado, em que o que mais aparece é a disputa pelo controle da medicina.

Anotar-se a proximidade entre a análise de Luz e a desenvolvida por Souza Campos (1986), que estuda "as relações da categoria médi-

ca brasileira com a estrutura da Assistência Médico-Sanitária" (pg 1), ou, mais exatamente, "as relações entre os médicos e a política de saúde em um contexto social dado: o brasileiro de 1970 a 1984". A partir da identificação de três correntes políticas no interior do "movimento dos médicos", o autor, através do exame de seus discursos, procura caracterizar suas concepções e práticas, buscando razões para seu sucesso ou insucesso.

De volta ao trabalho de Luz, observe-se que, ainda que chegue a aventar a possibilidade de modificação do próprio discurso médico, pensado em um nível mais alto (por exemplo, o da sua episteme), em decorrência da hegemonia de um tipo ou outro dos discursos apontados, a autora não desenvolve a análise nesta direção, permitindo que se entenda por "discurso médico" o discurso dominante sobre saúde. Assim como identifica a existência de vários discursos em luta no interior da instituição médica, ela poderia igualmente falar em diferentes discursos sobre a saúde ou sobre o corpo (por exemplo: o discurso da medicina homeopática ou da medicina oriental em oposição ao da medicina alopática ocidental).

Vê-se, então, que o discurso médico é tomado em dois níveis básicos: um que o unifica e um que o reparte; aquele está no próprio nível da ciência, lugar em que se produz o conhecimento técnico; este será o da disputa social pela aplicação deste mesmo conhecimento. Muito provavelmente, a relação entre estes dois níveis implica em influências de um sobre o outro, de tal modo que dificilmente o "nível da ciência" será o mesmo conforme predomine no outro uma tendência medicalizante ou sanitária, ainda que a relação não seja automática. Além disso, o nível do "conhecimento médico-científico", como qualquer

outro tipo de conhecimento, não é produzido por programas de investigação uniformes. Conforme assinala Lakatos (1965), é característica dos programas científicos conterem teorias pelo menos parcialmente antagônicas. Este nível mais alto, para o qual apontariam todos os discursos médicos, realiza-se historicamente e sua análise passa pela análise da instituição médica. É no interior desta que ocorrem as disputas sociais, fruto da própria estrutura social, e da qual um dos níveis de expressão são os discursos.

A noção de discurso médico utilizada por Luz pode, desta forma, ser caracterizada como uma concepção sociológica de discurso. Mais do que sua organização formal ou constituição, interessa definir quem disse o que em que perspectiva no interior de uma instituição, que relações existem entre as forças sociais que subjazem a estes dizeres e como elas se compõem e atuam na luta pelo poder. Esta perspectiva de análise fica também evidente no trabalho de Souza Campos (1986): partindo de uma "categoria analítica denominada de corrente política", o autor, após identificar uma determinada corrente política localiza seu discurso correspondente; este "discurso", por sua vez, corresponderá aproximadamente ao ideário político desta corrente.

A análise do discurso é, neste sentido, um instrumento auxiliar do pesquisador, de que ele lança mão para chegar ao seu último, a análise de determinadas relações sociais. O discurso seria a expressão das concepções, valores e interesses do grupo social que o emite. Não há, por isso mesmo, preocupação de se delimitar a extensão ou definir-se a natureza do discurso, ou, ainda, de se identificar os recursos expressivos de que dispõe o locutor e estabelecerem-se as relações que se constroem entre o locutor e o interlocutor. Interessa, repete-se, a

análise do discurso como expressão de um movimento social.

Cabem, ainda, duas observações: em primeiro lugar, a de que a instância produtora - os agentes sociais - é exterior ao discurso e está fora de sua análise. Neste sentido, ela pode ser caracterizada por critérios exclusivamente sociológicos, como classe social, profissão etc. O discurso, como expressão ou produto de classe, ao mesmo tempo em que é caracterizado a partir daí, permite a compreensão dos movimentos, das posições, que este produtor tem no tecido social, mas não se confunde com ele. Neste sentido, não há como confundir esta instância produtora com a "função - locutor" imaginada por Foucault (1969), que seria ainda uma instância do discurso. Em segundo lugar, observe-se que a significação do discurso é autônoma, isto é, ela traz um conteúdo próprio e claramente identificável. Daí porque, mais do que a forma, é aquilo a que ele remete que interessa.

Se se tomam as observações que Pêcheux (1969:3 e segs) faz sobre tipos de análise do discurso, os trabalhos desenvolvidos por Luz e Souza Campos podem ser considerados como uma "análise temática", que se situa entre as que ele chama de não-linguísticas. Desta forma, a pouca preocupação em explicar claramente o conceito de discurso não deve ser vista como uma ingenuidade destes autores, mas sim como uma perspectiva de trabalho. Mesmo se propondo a fazer uma análise do discurso, o trabalho de Luz consiste basicamente num levantamento temático e seu cotejamento com os fatos históricos correspondentes.

A perspectiva sociológica da análise do discurso de Luz fica ainda mais evidente na segunda parte de seu trabalho - "Políticas de Saúde: A Racionalização do Discurso Institucional", na qual ela se propõe a analisar as políticas de saúde no período de 1960 a 1974 a

partir de uma análise do discurso. Seu objetivo básico é o de "comparar, face à estratégia de hegemonia do Estado, a mudança no papel das instituições médicas no períodos de 60/64 e 68/74, (...) [considerando que] estes dois períodos configuram duas conjunturas significativas para a transformação das instituições médicas como peças importantes do projeto de hegemonia do bloco do poder na formação social brasileira" (1979:71).

Para tanto, a autora desenvolve, a partir da "leitura sistemática" dos documentos institucionais que constituem seu corpus, duas categorias analíticas, "as categorias discursivas" e "as temáticas discursivas". Aquelas se constituem a partir da identificação de "conceitos, temas e lemas" presentes nos discursos estudados, sendo "a expressão mais simples de temáticas que supõem um discurso médico e encontrados em todos os documentos institucionais da época" (pg. 76). As categorias discursivas remetem a "temáticas discursivas, que se aproximam, às vezes, de um verdadeiro programa de política institucional. Outras vezes, mais elaboradas (quando "modernizantes") ou mais cristalizadas (quando "rotinizantes"), aproximam-se de um projeto institucional." (pg. 75)

Luz identifica em seu trabalho nove categorias discursivas, correspondentes a nove temáticas. Exemplificando, a uma categoria discursiva do tipo "integração (de atos médicos preventivos e curativos)" corresponde a temática discursiva "superação da dicotomia medicina preventiva e curativa"; já à categoria "descentralização (dos serviços de Saúde Pública)" corresponde a temática "municipalização dos serviços de saúde - ligados ao Ministério de Saúde" (pg. 76).

Nesta linha de raciocínio, as temáticas são uma decorrência

interpretativa (a nível do subentendido) das categorias, interpretação esta que se realiza através da vinculação do conteúdo veiculado nas categorias a questões mais gerais. As categorias, por sua vez, definem-se pelo tipo de conteúdo que expressam. (Mesmo correndo o risco de redundância, vale observar que em nenhum momento interessa a forma da expressão que, neste tipo de análise, não caracteriza o "conteúdo").

À partir das temáticas discursivas, que "supõem um conjunto de discursos conflitantes, às vezes contraditórios (excludentes), às vezes complementares no interior do próprio conflito" (pg. 76), a autora identifica "quatro formas de discurso médico":

1. discurso médico assistencial privatista;
2. discurso médico assistencial estatista;
3. discurso médico sanitarista campanhista;
4. discurso médico sanitarista desenvolvimentista;

Feito isto, Luz procura, através da análise dos fatos históricos, identificar o período em que cada um - ou mais de um - dos discursos é dominante e as consequências práticas decorrentes deste domínio. Assim, enquanto que "até 1964 nenhum dos quatro discursos foi isoladamente dominante, (...) entre 1965 e 1970 domina isoladamente o discurso médico assistencial privatista" (pg. 77), indicando que os serviços médicos no Brasil tenderam a se organizar, neste período, em uma prática assistencial e privada.

É interessante anotar que na análise de Souza Campos, que privilegia o movimento dos médicos (pensado enquanto uma categoria social), é neste mesmo período em que domina a corrente chamada de Kassabista, que defendia os princípios "liberais" da medicina. Se a análise de Luz se estendesse até tempos mais recentes é bastante provável

que ela encontrasse novos temas e novos discursos na prática médica e que, grosso modo, correspondessem às correntes que passam a dominar o movimento dos médicos a partir de 1978, conforme aponta Souza Campos. Segundo este autor, a direção dos movimentos dos médicos foi por um tempo dominada por uma corrente denominada REME ("Movimento de Renovação Médica"), que defendia posições próximas às do conjunto do movimento popular, e, em seguida, por um grupo neo-liberal que combinaria uma perspectiva liberal à defesa da medicina privada.

A base da análise de Luz repousa na importância que se dá em seu trabalho ao papel das instituições no processo de acumulação capitalista e nas relações que, presumivelmente, há entre o discurso (tal como ela o entende) e a instituição. Deter a hegemonia do "discurso institucional" representa maior poder de interferência nas práticas médicas e na própria organização da instituição. Veja-se como Luz caracteriza o discurso institucional:

"Este discurso, ou prática discursiva, não se confunde com as normas. É, pelo contrário, o elo entre relações institucionais de poder e os regulamentos que asseguram a continuidade da dominação institucionalizada. O discurso institucional pode se exprimir em normas, mas nelas não se esgota. Ele é o sapec que as suporta: conhecimento e técnica, ciência e arte, ideologia materializada em práticas (discursivas) específicas." (1979:33)

O discurso institucional seria, então, o nível mesmo da constituição do saber e, simultaneamente, da sua condução. Daí porque, na

perspectiva de sua análise, a importância da disputa pela condução deste discurso. Deter a hegemonia sobre ele é deter o poder sobre a instituição. Observada em sua historicidade, esta disputa (como indica Souza Campos) é refletida na movimentação dos diversos segmentos sociais interessados. A análise do discurso destes segmentos permite o entendimento de seu papel, de seus interesses e de sua importância histórica.

Resumam-se os aspectos básicos da concepção analítica de Luz:

1. Luz dá como estabelecido o significado do termo discurso e, portanto, não desenvolve ou explicita esta noção. Aparentemente, adota uma concepção de linguagem em que a língua é vista como "representação da realidade e a ela remete". Interessa-lhe o discurso apenas enquanto expressão dos interesses de um segmento social. A identificação de certos "valores" num discurso permite identificar seus enunciados a uma determinada perspectiva política no interior da sociedade de classes.

Cabe observar que Luz não é a única a desenvolver uma análise nesta perspectiva. Há, tanto na sociologia da medicina quanto na de outras áreas, vários trabalhos que, ora mais explicitamente, tomam acepções de discurso desta natureza. Mais do que contestá-las ou corroborá-las, interessa aqui anotar a distância entre este tipo de análise e uma conforme a esboçada no primeiro capítulo. Sem negar seu valor, deve-se frisar que aí a linguística não tem senão um papel de ciência auxiliar. Os trabalhos analisados, aliás, não se propõem linguísticos.

2. Em função da concepção de discurso que adota, sua análise valoriza fundamentalmente o conteúdo expresso e seus subentendidos,

aproximando-se da chamada "análise de conteúdo", desenvolvida na França nos anos 60 e 70. A significação do discurso não se constrói aí pelo estabelecimento de relações discursivas determinadas nem pelo agenciamento de recursos expressivos formais da linguagem, mas sim pela emissão de "conceitos, temas e lemas".

3. Dado que não há nenhuma referência a alocutários, pode-se depreender que o "discurso médico" caracteriza-se, em primeira instância, pelo seu lugar social de produção, isto é, a instituição médica, em segunda instância, pela posição social em que o enunciador se acha e, em terceira instância, pelos valores que são assumidos neste discurso. Assim, o discurso médico não se define por relações do tipo médico-paciente, mas sim por relações que se estabelecem no interior da medicina.

4. O discurso médico, pelo menos do ponto de vista dos interesses sociais em jogo, não é único nem homogêneo, ainda que haja um discurso hegemônico: "o discurso [do poder institucional] é composto de várias razões" (1979:32). Neste sentido, pode-se dizer que a medicina permite vários discursos.

5. A análise de Luz, entretanto, não demonstra se a medicina - pensada enquanto ciência - modifica-se em função dos vários discursos que disputam sua direção ou se, de fato, sobrepõe a todos eles um único "discurso científico". Na forma em que a autora coloca sua análise, não se postula senão um falar científico e, a este nível, não haveria disputa. A hipótese de um discurso médico único é, por exemplo, a adotada por Chavreuil (1978), como se verá adiante.

6. Os discursos, se bem que sempre referidos à instituição, são produzidos tanto no seu interior como no seu exterior, já que os

agentes sociais que os produzem podem, hipoteticamente, estar tanto em seu interior como excluídos dele. Isto implica na disputa (inclusive discursiva) pela hegemonia da condução da instituição.

7. Os discursos, pensados enquanto prática, contrapõem-se a outras práticas e devem ser pensados em sua materialidade histórica.

## 1.2. Foucault: a análise epistemológica da medicina

A análise que Michel Foucault faz da medicina encontra-se no conhecido "O Nascimento da Clínica" (1963), em outros artigos menores incluídos em "A Microfísica do Poder" (1974A, B e C) e em diversas passagens da "Arqueologia do Saber" (1969). Trata-se de obra de fôlego e profundidade que, por sua vez, inscreve-se em um projeto ainda maior, o de fazer uma arqueologia das "ciências do homem", de forma que está fora do alcance desta dissertação retomar todas as questões que ela levanta.

Além disso, há em sua leitura uma dificuldade extra, decorrente exatamente da orientação metodológica de Foucault, que propõe seu estudo ao nível da análise do discurso e tem sido, por sua riqueza, utilizada em alguns estudos de linguística que trabalham com discursos. Conforme já se salientou no capítulo I, sua análise não se situa neste nível de conhecimento, mas sim ao nível da própria análise epistêmica, o que obriga a tomá-la como contraponto mais do que como direção.

Os estudos de Foucault sobre a medicina não se localizam no presente, mas recuam, "num projeto de ser ao mesmo tempo uma pesquisa

histórica e crítica" (Foucault, 1963:XVIII), a um período em que teria ocorrido o surgimento das bases conceituais e práticas da medicina contemporânea. Veja-se como ele próprio define seus objetivos na introdução ao "Nascimento da Clínica" (1963:XVIII e XVII)

"A pesquisa aqui empreendida implica, portanto, o projeto deliberado de ser ao mesmo tempo histórica e crítica, na medida em que se trata, fora de qualquer intenção prescritiva, de determinar as condições de possibilidade da experiência médica, tal como a época moderna a conheceu. (...) Trata-se de um estudo que tenta extrair da espessura do discurso as condições de sua história".

"Desejar-se-ia tentar aqui a análise de um tipo de discurso - o da experiência clínica - em uma época em que, antes das grandes descobertas do século XIX, ele modificou menos seus materiais do que sua forma sistemática. A clínica é, ao mesmo tempo, um novo recorte das coisas e o princípio de sua articulação em uma linguagem na qual temos o hábito de reconhecer a linguagem de uma "ciência positiva".

Seu interesse claro e expresso é o de compreender, a nível da crítica histórico-filosófica, os processos de formação do pensamento clínico. Trata-se, acima de tudo, de procurar entender a maneira como a medicina organizou, num determinado momento de sua história, certos valores e excluiu outros, constituindo um determinado corpo de saber e uma "disciplina".

Para tanto, o autor recua sua análise à segunda metade do sé-

culo XVIII e início do século XIX, período em que identifica uma profunda mudança dos conceitos e objetos da medicina, que se funda como "ciência positiva", período em que se estabelece uma nova relação entre o corpo e a doença, a vida e a morte. "Época que marca a soberania do olhar, visto que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou as mesmas falhas, a experiência lê, de uma só vez, as lesões visíveis do organismo e a coerência das formas patológicas." (1963:2)

Siga-se, a título de exemplo, sua exposição de "O Nascimento do Hospital" (Foucault: 1974B). O artigo começa com a forte afirmação de que o hospital teria surgido, para a medicina, no final do século XVIII; não que não existisse antes esta entidade, mas simplesmente que ela não era um "instrumento terapêutico", mas "essencialmente uma instituição de assistência aos pobres" (pg. 101), um lugar aonde se ia para morrer e não para ser curado. O hospital, tal como é conhecido hoje, aparece no período indicado em decorrência do surgimento de "um novo olhar sobre o hospital considerado como máquina de curar e que, se produz efeitos patológicos, deve ser corrigido" (pg. 101).

Dito isto, passa-se a buscar as razões do aparecimento deste novo fenômeno, ou seja, buscam-se as condições históricas que o permitem. E, para Foucault, "houve, na história dos cuidados do Ocidente, duas séries não superpostas: as séries médica e hospitalar" (pg. 101), de tal forma que para que surgisse a medicina hospitalar foram necessárias várias transformações.

A reorganização do hospital deu-se através da "invenção" da disciplina, técnica de exercício do poder necessária para o controle das populações. Novamente adverte Foucault que o novo não está no apa-

recimento em si, mas no deslocamento e elaboração de princípios novos. Se a disciplina existia já havia tempos, a partir do século XVIII ela passa a ser "o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade", através da "distribuição espacial dos indivíduos, da vigilância perpétua e constante, de um registro contínuo e do controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre seu desenvolvimento" (pg. 105 a 107). É a disciplinarização dos hospitais, por razões econômicas, sociais e epidemiológicas, que permite uma nova organização de seu espaço, adequado à prática médica.

Em "A Ordem do Discurso" (1971:31 e segs), Foucault apresenta uma noção mais forte de "disciplina", incluindo-a, ao lado do "comentário" e do "autor", entre os procedimentos internos do discurso que "funcionam como princípios de classificação, ordenação e distribuição". Uma disciplina, imaginada como um conceito que desloca o de ciência, define-se "por um conjunto de métodos, um corpo de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e definições, de técnicas e instrumentos. Neste sentido, a disciplina marca os limites e a possibilidade de construção de novos enunciados, de tal forma que "para pertencer a uma disciplina, uma proposição deve inscrever-se em um certo tipo de horizonte teórico". Por isso mesmo, "a medicina não é constituída do total do que se pode dizer sobre a doença", mas daquilo que está inscrito na disciplina. De fato, as duas noções de disciplina são complementares, aquela anterior a esta, esta englobando aquela e ambas sustentado a tese de Foucault de que o nascimento do hospital, como fato médico, ocorre no momento em que ele é disciplinarizado.

A medicina, por seu turno, experimenta também uma radical

transformação, passando de individualista, onde "a cura era um jogo entre a natureza a doença e o médico" (1974B:102), para uma medicina do meio, "cujo grande modelo de inteligibilidade da doença é a botânica" (pg. 107). A cura passa, agora, fundada nos novos saberes da anatomia patológica e do estudo do meio, por uma intervenção sobre o próprio meio, sobre o que circunda, o indivíduo e a doença.

é deste duplo processo, destas "duas séries não superpostas", que nasce o hospital medicalizado e com ele, um novo médico - o médico hospitalar, um novo ensino médico - o ensino sistemático do hospital - e um novo sistema de poder médico. A clínica será, então, "a organização do hospital como lugar de formação e transmissão de saber" e terá no indivíduo seu objeto de "saber e prática" (pg. 111).

Estas seriam "as condições de possibilidade da experiência médica", que permitiram o aparecimento de um novo discurso.

é neste sentido que se torna pertinente a afirmação de que Foucault busca fazer uma epistemologia da medicina ou, então, "um projeto deliberado de fazer ao mesmo tempo uma pesquisa ao mesmo tempo histórica e crítica". Recusando a divisão tradicional entre "as palavras e as coisas" e supondo que conceitos e objetos se articulam discursivamente, ele coloca a episteme ao nível mesmo da linguagem: o discurso médico aparece, então, da episteme médica e vice-versa. A concepção de linguagem aí abraçada, entretanto, será constituída por todo tipo de relação simbólica, incluindo-se desde símbolos não-linguísticos até a própria leitura simbólica dos objetos, que será também elemento de um enunciado, parte de um discurso.

Dentro da proposta arqueológica, a compreensão do saber médico, das possibilidades de sua constituição, não se faz nem olhando

apenas ou fundamentalmente para o presente, nem buscando-se uma origem jamais alcançável. Estabelecido que "a medicina como ciência clínica apareceu sob condições que definem, com sua possibilidade histórica, o domínio de sua experiência e a estrutura de sua racionalidade" (Foucault, 1963:XIV), então é preciso dirigir-se à "região em que as "coisas" e as "palavras" ainda não se separaram, onde, ao nível da linguagem, modo de ver e modo de dizer ainda se pertencem" (pg. IX).

Não se trata de, na sequência do tempo, acompanhar e descrever uma hipotética acumulação de conhecimento sobre a saúde e a doença que a medicina, de Hipócrates até hoje, teria realizado. Contra esta concepção linear de história, Foucault apresenta o princípio da reviravolta (boulversement):

"lá onde, segundo a tradição, acreditava-se reconhecer a fonte dos discurso, o princípio de sua superabundância e de sua continuidade (...) é preciso reconhecer antes jogo negativo de um corte e de uma rarefação do discurso." (Foucault, 1971: 53-4)

e o princípio da descontinuidade:

"os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam, se justapõem, às vezes também se ignoram ou se excluem." (Foucault, 1971:54-5)

É em cima destas noções que Foucault se permite localizar o nascimento da clínica na segunda metade do século XVIII. Seguramente

não foi neste século que se deu o aparecimento primeiro da medicina, a sua origem; mas houve, segundo o autor, uma mutação no discurso, caracterizando-se "um destes períodos que delineiam um inapagável limiar cronológico" (pg. 225), quando teria havido "uma reorganização do espaço manifesto e secreto que se abriu quando um olhar milenar se deteve no sofrimento dos homens" (pg. X), permitindo o aparecimento de um "medicina positiva", que constitui para si uma nova episteme.

Trata-se de um período de ruptura, de descontinuidade, em que se dá uma "reorganização epistemológica da doença, em que os limites do visível seguem novos planos" (pg. 225) e que implica muito mais em uma transformação ao nível dos objetos, conceitos e métodos do que em um simples aprimoramento de antigos conceitos ou na construção de novos instrumentos de observação. Mudou o olhar e mudou o discurso.

A noção de discurso para Foucault é, assim, bastante ampla e, ao mesmo tempo, relacionada às formas como se constitui o saber. Daí porque ele abarca todo tipo de representação simbólica e, até mesmo, tudo aquilo que possa ser enunciado ou lido como tal, fundindo-se o olhar à palavra. Por isso mesmo sua preocupação básica não é com a forma última da linguagem, "a superfície discursiva", mas com o que chama de "regularidades pré-terminais" ou, ainda, "pré-discursivas", que seriam os "sistemas que tornam possíveis as formas sistemáticas últimas" (Foucault, 1969:94).

O discurso médico originário da experiência clínica seria, assim, o conjunto de enunciados pertencentes à formação discursiva que se constitui a partir desta experiência, sendo decorrente de uma situação histórica bem determinada que permitiu seu aparecimento, não tendo nada de natural. Leia-se o que Foucault diz no primeiro capítulo

do Nascimento da Clínica, ao comentar como o corpo e a doença são vistos hoje:

"Esta ordem do corpo sólido e visível é apenas uma das maneiras da medicina espacializar a doença. Nem a primeira, sem dúvida, nem a mais fundamental. Houve e haverá outras distribuições do mal". (pg. 1)

Esta maneira atual de ver a medicina, chamada por Foucault de "medicina das reações patológicas" (pg. 221), tornou-se possível por uma série de fatores discursivos e não-discursivos que, conjugados, permitiram o seu aparecimento. Conforme resume Foucault na conclusão do "Nascimento da Clínica":

"Para que a experiência clínica fosse possível como forma de conhecimento foi preciso toda uma reorganização do corpo hospitalar, uma nova definição do estatuto do doente na sociedade e a instauração de uma determinada relação entre a assistência e a experiência, os socorros e o saber: foi preciso situar o doente em um espaço coletivo e homogêneo. Também foi preciso abrir a linguagem a todo um domínio novo: o da correlação perpétua e objetivamente fundada entre o visível e o enunciável. Definiu-se então um uso absolutamente novo do discurso científico: uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência - dizer o que se vê mas também de fundação e de constituição da experiência - fazer ver, dizendo o que se vê: foi, portanto, necessário

situar a linguagem médica neste nível aparentemente muito superficial, mas, para dizer a verdade, profundamente escondido, em que a fórmula da descrição é ao mesmo tempo gesto de desvelamento." (pg. 222) - grifos meus -

é assim, ao nível da constituição das ciências em que se encontraria o discurso médico, lugar desta constituição e, ao mesmo tempo, de expressão dos conceitos e valores desta ciência.

A exemplo do que faz Luz, também Foucault, para realizar sua análise de discurso, não parte da relação eu-tu, considerando o discurso e os enunciado que o constituem como um acontecimento. No entanto, diferentemente de Luz, os discursos não serão identificados a produtores sociais determinados nem permitirão sua identificação. Ao contrário, nega-se um papel de destaque aos "agentes sociais" (pensados enquanto expressão de classe ou fragmento de classe), distinguindo-se o sujeito do enunciado do autor de sua formulação. Para Foucault, "o sujeito do enunciado é uma função vazia, podendo ser ocupada por indivíduos, até certo ponto, indiferentes, quando chegam a formular o enunciado" (Foucault, 1969:117).

Não há, além disso, uma ação fundadora ou uma consciência constituinte de um sujeito por trás do horizonte geral da racionalidade no qual se destacam os progressos da medicina:

"as modalidades diversas da enunciação não estão referidas à unidade de um sujeito - quer se trate do sujeito tomado como pura instância fundadora da racionalidade ou do sujeito tomado como função empírica de síntese. (...) O discurso é um

conjunto em que se podem determinar a dispersão do sujeito e sua descontinuidade consigo mesmo. é um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos." (Foucault, 1969:69 e 70)

Tomando o discurso no nível da episteme, ele descarta também a relação médico-paciente do centro das atenções. O discurso médico se relacionará privilegiadamente a um conjunto de conceitos e objetos que constrói a partir da experiência clínica. A relação médico-paciente, normalmente tomada como o centro de atenção, passa a ser apenas um aspecto menor da medicina. "A medicina moderna é uma medicina social que tem por background uma certa tecnologia do corpo social; (...) é uma prática que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-paciente" (Foucault, 1974A:79).

Em síntese, a concepção de discurso médico desenvolvida por Foucault implica:

1. Uma epistemologia médica, sendo o discurso médico o conjunto de enunciados próprios à formação discursiva médica, submetidos a determinados procedimentos do discurso. Neste sentido, sua análise do discurso é um método de investigação de formulações científicas (especificamente das ciências do homem) e não um método de análise de língua.

2. Uma noção de discurso enquanto acontecimento, mas que privilegia sua existência enquanto tal (a nível de estrutura), em detrimento dos sujeitos do discurso.

3. Uma concepção semiótica de discurso que, além do linguístico, abarca toda representação simbólica e toda ação simbolizante. é

exemplar a primeira frase do "Nascimento da Clínica": "Este livro trata do espaço, da linguagem e da morte, trata do olhar" (pg. I).

4. O discurso médico, enquanto próprio a uma disciplina, constitui um corpo coeso, unitário, que rejeita todo enunciado que não tenha o mesmo referencial. É, em suma, um discurso sobre a vida e morte, articuladas nas noções de saúde e doença.

### 1.3. Clavreul: a leitura psicanalítica da medicina

Uma terceira tentativa de análise do discurso médico é encontrada no livro "A Ordem Médica - Poder e Impotência do Discurso Médico", do psicanalista francês Jean Clavreul (1978). Propondo uma "leitura psicanalítica do discurso médico", o autor faz uma análise que toma um viés bastante diferente daqueles encontrados nos trabalhos de Michel Foucault e de Madel Luz, ainda que, a exemplo destes, postule um nível outro que o da efetiva realização para a caracterização do discurso médico.

Seu objetivo fundamental é o de negar, através da análise dos respectivos discursos, a característica de especialidade médica à psicanálise, vendo-a antes como o "avesso da medicina" e, a partir daí, estudar o modo de relação intersubjetiva que cada um desses discursos estabeleceria. Enquanto que o discurso médico seria um discurso que se fundamenta na ordem do objeto, da elisão dos sujeitos - "o discurso médico não se sustenta senão por sua objetividade, sua cientificidade" (pg. 30), o discurso psicanalítico faria exatamente o oposto, devolvendo ao sujeito seu papel no discurso - "o direito à subjetividade é,

ao contrário o que reivindica Freud" (pg. 30).

Coerente com a perspectiva de recusar a idéia de que a psicanálise seja uma ciência, a análise de Clavreul, como se verá a seguir, marcar-se por uma imprecisão conceitual proposital, de tal forma que, seja pelo uso abundante do termo, seja por sua constante adjetivação, não se encontra em nenhum momento uma definição precisa do que seja "discurso". Se, em algumas passagens, o discurso aparece como o tipo de relação intersubjetiva estabelecida entre dois indivíduos, em outras ele identifica-se com os enunciados da ciência médica e, em outras ainda, com a própria instituição. Há, é verdade, todo um capítulo destinado a discussão do conceito lacaniano de discurso (capítulo 11), em que se encontra uma re-leitura psicanalítica de várias noções da linguística estrutural. Mas mesmo aí, ou na polêmica que o autor estabelece com Bloomfield em cima do famoso exemplo de estimulação, em que Jill pede uma maçã a Jack, o que se encontra são proposições sobre um objeto outro que não o discurso em sua materialidade linguística.

Clavreul vê a medicina como uma ordem instaurada pelo discurso e propõe-se a "falar da medicina como sendo um discurso" (pg.48), mesmo porque "não há fatos senão pelo fato do discurso" (pg. 84). Esta ordem que a medicina instauraria - "ordem do discurso que precede aos conceitos e a epistemologia que ela não cessa de renovar" (pg. 27) - é, para o autor, autônoma, independente: "a ordem médica não tem que ser defendida ou demonstrada, (...) impõe-se por ela mesma" (pg. 40); superior aos sujeitos: "os médicos são seus executantes, seus funcionários" (pg. 40); e anterior aos conceitos, importando mais sua permanência do que sua evolução: "a evolução do discurso médico é menos importante que sua permanência, sua imobilidade" (pg. 35).

Acima de tudo, Clavreul vê o discurso constituído de uma realidade própria, anterior e superior à prática cotidiana: "é por aí que podemos separar da comodidade que consiste em colocar sobre as costas dos médicos, considerados insuficiente, ou da administração da saúde, invasora, ou das fraquezas do saber médico, o que é na realidade dependente do que o discurso médico constitui e destitui" (pg. 35).

Dentro desta perspectiva, soa natural a idéia de se identificar o aparecimento do discurso médico à medicina hipocrática (capítulo 5), já que é nela que se encontraria a "instauração de um método, e, para dizer melhor, de um discurso sobre a doença, sobre sua etiologia e sua patologia: um discurso que permite constituir como fatos elementos que, sem ele, permaneceriam puramente contingentes, inessenciais" (pg. 79). Se, durante o período entre Hipócrates e a medicina contemporânea, houve mudanças, cortes, rupturas e deslocamentos na constituição de conceitos e valores médicos, isto é menos importante em relação a um elemento que, no raciocínio de Clavreul, deve ter permanecido inalterado por todo esse tempo: a maneira como o discurso médico encara os outros discursos sobre a saúde e o corpo, em particular o do paciente, negando-os sistematicamente e mantendo sua posição de discurso único: "em mais de dois mil anos as coisas não mudaram. A medicina não pode ser julgada porque ela é seu próprio legislador. (...) Seu discurso é um discurso do mestre sem partilha" (pg. 93).

Clavreul toma neste particular uma posição diametralmente oposta a de Foucault, apresentada páginas atrás. Para este autor, são em primeiro lugar, estes conceitos e, além deles, o seu modo de constituição que caracterizam o discurso médico e que, aliás, autorizam-no a localizar o nascimento da medicina moderna no final do século XVIII.

Já para Clavreul, são as posições relativa que os sujeitos podem ocupar no discurso que o caracterizam, posições que teriam permanecido as mesmas deste Hipócrates.

Este aspecto imutável do discurso médico é, para Clavreul, decorrente do alçamento daquilo que originalmente seria seu objeto - a doença - ao papel de sujeito do enunciado e a conseqüente exclusão dos sujeitos do discurso:

"Constituindo o que faz seu objeto (a doença) como sujeito de seu discurso, a medicina apaga a posição do enunciatador do discurso que é a do próprio doente no enunciado do sofrimento, e a do médico na retomada desse enunciado no discurso médico" (1978:50).

Como decorrência desta inversão, o discurso médico aparece como um nível discursivo em que não há propriamente sujeitos, já que tanto o paciente quanto o médico estariam "despossuídos de suas posições subjetivas" (e, por conseguinte, de seus discursos individuais). Este nível sem sujeitos seria o da Ordem, onde a relação médico-paciente é substituída pela relação "instituição médica - doença". Dizendo de outra forma, a relação médico-paciente seria uma relação sem "sujeitos" porque estes teriam lugares e falas pré-estabelecidas pela medicina, de tal modo que o doente não teria direito à sua doença, à sua dor (pensadas enquanto expressão de subjetividade e experiência individual), mas seria o lugar da doença, tal como o discurso médico a constituiria.

Fundamentando-se na noção dos quatro discursos de Lacan (dis-

curso do mestre; discurso universitário; discurso da histórica; e discurso Psicanalítico), Clavreul identifica o discurso médico, pensado enquanto discurso da "Ordem", da instituição, ao discurso do mestre, que seria o discurso primeiro, fundador de significação, e que valoriza a constituição dos objetos em detrimento das subjetividades. Daí o discurso da "Ordem" ser visto como "totalizador", "totalitário", "dominante", "normativo", em suma, um discurso que não vê outra coisa senão a si próprio:

"Eliminando qualquer outro discurso, e conseqüentemente o do próprio doente, o discurso médico afasta, pois, um certo número de elementos que não deixam de ter interesse em si mesmos. É da visada totalitária do discurso médico (como de todo discurso) nada querer nem poder saber do que não lhe pertence, porque é inarticulável em seu sistema conceitual e não pode resultar em nenhuma prática que fosse médica (1978.: 84)."

A maneira como Clavreul trabalha com a noção de discurso, ainda que isto não seja claramente explicitado, permite distinguir dois níveis discursivos bastante distintos. Há, por um lado, um discurso impessoal, que prescinde de sujeitos para existir e que, mais ainda, anula os discursos de natureza subjetiva; da maneira como ele está apresentado, não há sequer a possibilidade de se imaginar que esta impessoalidade funcione como uma estratégia discursiva de um locutor, que se esconderia atrás dela. O discurso parece existir, assim como a instituição, como se fosse uma estrutura independente da ativi-

dade social concreta. Contrariamente à perspectiva de Luz, que vê vários discursos disputando a hegemonia da instituição, há aqui um único discurso, homogêneo, que se impõe aos indivíduos.

Por outro lado, ao falar em discurso do paciente, em médico despossuído de seu discurso, o autor deixa passar a idéia da existência de discursos individuais, produzidos por sujeitos reais, mesmo que também neste caso não haja a inclusão destes sujeitos na realidade social. A marca destes discursos seria a pura subjetividade: o discurso do paciente é aquele que expressa a sua dor.

Esta caracterização dupla de discurso parece oscilar entre diferentes concepções de sujeitos: ora tem-se um sujeito de natureza psicanalítica, que representa no sujeito do discurso seu desejo e fantasia - como aquele pressuposto no discurso do paciente -, ora tem-se um sujeito epistemológico - como aquele que se identifica a Hipócrates, "admitido como o "autor" de Foucault -, ora, ainda, tem-se um sujeito de natureza sociológica - como seria o "sujeito" do discurso da instituição. A exemplo do que acontece com a concepção de discurso, também estes sujeitos devem ser entendidos como próprios a níveis diferentes, já que, enquanto que o primeiro aproxima-se ao individual, os outros correspondem a sujeitos virtuais, ou lugares discursivos.

Estes dois níveis supostos na análise de Clavreul parecem decorrer da combinação de uma concepção estruturalista da linguagem, que valoriza a produção socializada em detrimento dos fatos individuais, e de uma concepção psicanalítica de representação, que valoriza o sujeito em detrimento do fato social. Diferentemente de Foucault, que, ao centrar sua análise no enunciado enquanto acontecimento, busca na análise do discurso uma compreensão dos valores sócio-históricos que se

construíram no discurso, Clavreul, ao mesmo tempo em que faz uma leitura estrutural do discurso e das relações sociais, visa, através do viés psicanalítico que empresta à análise, à caracterização do tipo, ou tipos, de relação que se estabeleceu entre o médico e o paciente no interior da instituição médica, ou seja, visa à caracterização de uma determinada relação intersubjetiva.

A ordem médica e seu discurso, entretanto, não estão colocados neste nível de relação, mas num outro, que se poderia chamar de nível das estruturas, onde o papel dos sujeitos não é relevante para a análise. Na melhor das hipóteses, interessariam os lugares previstos para estes sujeitos, mas na análise de Clavreul sequer estes lugares podem ser considerados, dado que o discurso médico apagaria inclusive esta possibilidade. Não há como evitar uma comparação entre a "Ordem Médica", tal como ela é aí apresentada, e os aparelhos ideológicos de estado. Daí sua homogeneidade e seu discurso autônomo, totalizador, que submete (ou assujeita) os sujeitos a ele. O médico só é médico porque reproduz o discurso da "Ordem Médica" e não há como fugir disto; e não se estabelecem relações entre o discurso médico e o paciente (aquele seria sempre inacessível a este que, além disso, teria seu discurso anulado).

É extremamente pertinente a observação de Luz sobre alguns tipos de análise de instituições que, ansiosas por entendê-las, perdem sua dimensão histórica:

"Note-se que o nível descritivo em que frequentemente permanecem as análises da "instituição" Ciência Política é bastante "seletivo". Especificamente, as análises do Sistema

Político ou das Instituições como subsistemas ou meios face a um Sistema ou conjunto de fins dados têm o efeito político-ideológico específico de apresentá-los como encarnação da Ordem entendida como sistema coerente, harmônico, natural, isto é, sem contradições, sem lutas, sem história" (Luz:1979:24)  
(grifo meu)

A questão dos aparelhos ideológicos e sua suposta homogeneidade e autonomia já foi, aliás, bastante discutida na sociologia, de forma que não cabe ficar repisando os argumentos que mostram os equívocos deste tipo de análise. Mas cabe dizer que não é absurda a hipótese de que o médico (o mesmo acontecendo em outras áreas) fale em função de um referencial discursivo relativamente estabelecido, que inclusive permita que ele seja identificado (e aceito) como médico. Há, porém dois aspectos que não podem ser negligenciados:

1. Este referencial discursivo não é absolutamente estanque ou fechado, passando sua produção, necessariamente, por agentes sociais concretos, como a análise de Luz demonstra; e

2. A relação entre o sujeito médico e a instituição médica, ou mesmo a do paciente com a medicina, é uma relação de tensão, havendo sempre e necessariamente a participação do locutor e do interlocutor na produção dos discursos.

Supor que a medicina, ou qualquer outra instituição, apresenta-se sempre da mesma maneira no que diz respeito às relações que se estabelecem no seu interior e a partir dela, independentemente dos sujeitos que atuam na sociedade é, no mínimo, olhar para a história com um viés reducionista que desconsidera a ação humana.

Sintetizando os pontos básicos da análise do discurso médico desenvolvida por Clavreul, tem-se:

1. O discurso médico constitui-se enquanto discurso da Ordem, sendo anterior e superior aos sujeitos, de forma a impor-se sobre eles e a negar-lhes sua subjetividade.

2. Independentemente de modificações históricas em seu método, a medicina, enquanto discurso, permanece a mesma desde Hipócrates, no sentido em que são as mesmas as relações que aí se estabelecem. Enquanto discurso fundador, que estabelece os objetos, o discurso médico é o "discurso do mestre".

3. Nem o médico nem o paciente têm, propriamente, acesso a este discurso, a não ser enquanto funcionário, aquele, e enquanto objeto, este. Neste sentido, o discurso médico paira sobre as contradições sociais, encarnando, nas palavras de Luz, "a Ordem entendida como sistema coerente, harmônico, natural"; nas palavras de Clavreul, "o discurso médico prossegue segundo suas leis próprias, que impõem sua coerção ao doente e também ao médico" (p. 290)

#### 1.4. Considerações gerais

A leitura destes três autores, independentemente de esgotar a literatura no assunto, permite que se possa clarear alguns aspectos básicos sobre o que se tem, normalmente, entendido por discurso e estabelecer relações possíveis com a noção de discurso que se está adotando neste dissertação.

A primeira questão que salta à vista é que, ao se supor a

existência de um "discurso médico", mesmo que com diferentes concepções de discurso, todos os autores resenhados apontam para um nível discursivo que estaria acima daquele previsto pelas definições de discurso apresentadas no capítulo I. Trata-se de um nível mais abstrato, de construção e disputa de valores, que, de alguma maneira, dá-se ao nível mesmo da instituição. Por isso mesmo, o discurso médico não se identifica a nenhum discurso concreto, mas a um conjunto de enunciados, sejam estes de natureza sociológica, epistemológica, psicanalítica etc, o que remete de volta à perspectiva de Mainguenu de considerar mais a virtualidade discursiva do que sua realização efetiva. Este nível não é propriamente o linguístico, mesmo que guarde relações com a linguagem. Pode-se dizer que os três autores, mais ou menos, estão atentos para o fato de que a linguagem não é a representação pura e simples da realidade mas sim um modo de aproximar-se e apropriar-se dos "fatos", marcado e articulado historicamente, ou seja, dependente das condições em que um dado discurso é produzido. A diferença, então, entre uma concepção linguística do discurso e, por exemplo, uma sociológica está no modo de se encarar os fatos de linguagem e as decorrências que se pode tirar daí. Neste sentido, não haveria nenhum problema em se falar de discurso médico como o discurso da medicina em oposição a discurso médico como um discurso efetivamente realizado e referido à medicina, desde que se explicitem as diferentes concepções que recorrem cada um dos usos do termo discurso. Recupera-se, assim, o que disse no início do primeiro capítulo ao se comentar as observações de Usakabe a respeito das interpretações e usos do termo discurso, a saber, que a análise do discurso não é um privilégio da linguística e que esta, ao propor um estudo do discurso, deve definir a especifici-

dade do seu objeto.

Cabe observar que este nível mais abstrato não é apenas ou fundamentalmente um nível discursivo, mas também sociológico, político etc. E porque estes aspectos se manifestam todos no discurso é que se podem encontrar análises que, mesmo se considerando do discurso, são sociológicas, epistemológicas, psicanalíticas, e não linguísticas, como é o caso das três resenhadas.

A hipótese deste nível discursivo mais abstrato desloca a relação médico-paciente do centro da análise da produção do discurso médico (apenas Clavreul analisa o discurso considerando esta relação), é, ao contrário, no interior mesmo da instituição que ela ocorreria. Isto não significa dizer que não há discurso médico na relação médico-paciente, mas que o discurso que aí se produz passa tanto pelas condições imediatas de produção (e os discursos serão tantos quantas forem as situações), como pelas condições determinadas por este nível mais alto.

Uma vez que o que está neste nível é uma produção social, o seu acesso não se restringe a médicos ou outros trabalhadores da saúde, mas a qualquer locutor. Claro está que, numa sociedade de classes e numa atividade altamente especializada, o acesso passa também por privilégios, por possibilidades desiguais, mas isto não está linguisticamente proibido ou garantido. Além disso, este acesso a formas de dizer médicas não garantem a ninguém o estatuto de médico, que depende de questões de outra natureza.

Finalmente, cabe perguntar em que medida estes aspectos todos que perpassam os discurso atuam na sua produção. Afinal, a linguagem, mesmo tendo sua especificidade, não está imune aos movimentos sociais,

aos valores, à história. Tal questão torna-se ainda mais significativa quando se propõe a análise de um discurso produzido no interior de uma instituição e cercado de tantos interesses, como é o caso do relatório Pinotti.

Dizer-se-á, então, que este nível de representação caracteriza uma espécie de "paradigma" de identificação de um discurso como pertencente à medicina. Ele constituiria o que Foucault (1969) chama de "disciplina", que recusa como seu tudo aquilo que não estiver conforme seus valores. Tomam-se, por exemplo, algumas das hipóteses "populares" da doença de Tancredo Neves, como a história que falava de um atenuado a bala de que Tancredo teria sido vítima. Em nenhum momento os médicos se preocuparam em respondê-las porque não estavam no escopo das hipóteses diagnósticas próprias à medicina. A hipótese de uma septicemia provocada, entretanto, mereceu um espaço no documento que o Conselho Regional de Medicina de São Paulo emite sobre o caso Tancredo e respostas oficiais de vários órgãos de controle da medicina (ver anexo 2, 58). Claro que os limites do que é interior à "disciplina" não serão jamais precisos e dependem de fatores diversos. Assim, as ofertas de órgão para transplante feitas por vários cidadãos que queriam a cura de Tancredo Neves, apesar de terem sido produzidas a partir do que se acreditava uma possibilidade médica, não são senão a caricatura das relações disciplinares, pois a tomam apenas ao nível de sua aparência.

Para terminar, cabe assinalar que não se deve confundir este "paradigma" com o tipo discursivo, já que não se postula para ele uma existência linguística, mas sim sociológica e epistemológica. Seria mais razoável aproximá-lo aos sistemas de referência, tal como pensado

no capítulo primeiro. A existência desse paradigma sugere, isto sim, que o discurso, em sua produção efetiva, está em relação com fatos não discursivos e, até, não linguísticos, que o tornam possível, suportam-no e constroem-no.

## 2. As condições de produção de um discurso médico

Retome-se o exposto até aqui.

A idéia de caracterização de discursos institucionais, como seria o caso de um discurso médico, tem passado pela suposição de um nível de discurso relativamente sistematizado que não é exatamente o nível de sua produção imediata. As leituras apresentadas neste capítulo apontam para a existência deste nível, mas apontam também para o seu caráter não-linguístico. Trata-se, antes, de um lugar de produção de discursos, lugar social, que prevê relações sociais determinadas. O trabalho de Madel Luz privilegia a análise das "instituições médicas ou de saúde", entendidas como "aquelas que estão vinculadas à organização disciplinar, à conservação ou recuperação da capacidade de trabalhar" (Luz, 1979:51). Tem-se aí um nível de análise bastante preciso, com critérios claros de identificação. Já a análise de Foucault coloca-se num nível mais abstrato, o da "experiência clínica", que implica diferentes tipos de articulação; mais do que noções como a de instituição utilizada por Luz, é com conceitos gerais, como o de "disciplina" que trabalha este autor. Clavreaul, por sua vez, também utiliza a noção de instituição, mas dentro de uma visão supra-estrutural: a Ordem Médica não se confunde com nenhuma organização em particular,

ela se sobrepõe à prática médica como um todo.

Estas diferenças de interpretação não são casuais. Elas decorrem do tipo de análise a que cada um desses autores se propõe a fazer e daquilo que consideram como discurso. A análise de Luz está voltada, dentro de uma ótica marxista, para o entendimento das relações entre medicina e Estado, seu papel político-ideológico, e vê o discurso como uma prática social de um tipo particular. Foucault busca construir uma nova noção de história das idéias e da crítica do conhecimento, que nega as unidades tradicionais de análise. Como já se observou, o discurso é para ele o lugar mesmo da constituição do saber. Finalmente, Clavreul quer caracterizar o tipo de relação que se estabelece entre a medicina, pensada enquanto lugar de constituição do saber e de prática, e os sujeitos individuais. O discurso médico é a própria expressão da medicina e o mediador desta relação. Seu autoritarismo é consequência de um "discurso autoritário", que funda determinados valores e nega outros, à revelia de sujeitos outros.

Entre as diversas implicações destas análises, interessa destacar particularmente as concepções de sujeito nelas presentes. De fato, nenhuma das três localiza sujeitos individuais, quer porque não interessa à análise, mais preocupada com o "acontecimento discursivo" (Foucault), quer porque os discursos são expressões de classe ou fração de classe (Luz), quer porque ele é produto do discurso ou pelo menos, está assujeitado a ele (Clavreul).

Viu-se nas definições de discurso apresentadas no primeiro capítulo que o discurso se caracteriza, fundamentalmente, pelo estabelecimento de uma relação intersubjetiva que se realiza sob condições de produção determinadas. Estas condições de produção do discurso po-

dem e devem ser entendidas como englobando tanto as condições imediatas - aquelas que se estabelecem entre um *eu* e um *tu* no momento mesmo da produção do discurso - como condições mais gerais, que vinculam o fato discursivo (o acontecimento de Foucault, mas aí incluídos os sujeitos) a um domínio discursivo mais amplo, a certos sistemas de referência, a outros discursos já realizados.

é neste segundo nível que se pode incluir o papel das "instituições", das "disciplinas", que teriam um papel regrante, regulador da ação discursiva. Serão elas, por exemplo, que determinarão as funções do médico e do paciente (dentre uma das interlocuções possíveis de serem pensadas na produção de discursos médicos), que tipo de associações o médico pode fazer ou deixar de fazer, a maneira ou maneiras dele conduzir a entrevista, as respostas possíveis do paciente e suas interpretações etc. é este nível, que aqui se caracteriza como um dos elementos que compõem as condições de produção do discurso, que se tende a chamar de "discurso médico" na maioria das análises de discurso.

Não há dúvida de que a compreensão de um discurso médico passa por este nível. Não se pode, entretanto, confundi-lo (se se aceita a definição de discurso apresentada no primeiro capítulo) com o próprio discurso, em primeiro lugar porque não há aí propriamente um discurso, mas condições de possibilidade de sua realização e, em segundo lugar, porque a relação que se estabelece entre um discurso e essas condições é múltipla e dependente também das condições imediatas de produção.

Franchi, ao defender sua concepção de linguagem como uma quase-estrutura apresentada no primeira capítulo, supõe que o maior ou

menor grau de indeterminação está vinculado aos tipos de funções a que determinada língua (ou um segmento seu) se presta. As línguas naturais, particularmente em seu uso trivial, tendem a ser mais indeterminadas e, neste sentido, a significação será mais contextualmente dependente, enquanto que as linguagens especializadas e as línguas artificiais tendem a ser mais precisas e menos dependentes do contexto. Da mesma forma, pode-se dizer que os discursos de cotidiano são mais dependentes das condições imediatas de produção, enquanto que os discursos produzidos no interior de uma instituição ou disciplina, como é o caso de um discurso médico, têm uma maior dependência destas condições mais gerais de produção. Lembre-se, porém, que muitos desses discursos médicos se produzem em condições de cotidiano que mesclam o institucional com o trivial.

Dizendo de outra forma, o que se está supondo é que a produção de um discurso médico, como, de resto, outros discursos disciplinares, tem mais "constrangimentos" à sua produção do que discursos de cotidiano. Noções de discurso médico como as de Foucault e de Clavreul tendem a considerar estes "constrangimentos" como a própria expressão do discurso. Foucault aponta para isto quando diz que são as "formas pré-terminais", as "regras de formação" que mais lhe interessam.

Talvez seja por isso que Foucault supõe o sujeito como uma "função do enunciado", um lugar vazio que pode ser preenchido de muitas maneiras, e Clavreul chame o médico de "funcionário" da Ordem Médica. Para ser médico o indivíduo deve, nestas análises, submeter-se a estas regras - o próprio discurso para Clavreul - ocupando o lugar que lhe está reservado. O controle é tão forte nesta perspectiva que sequer a decisão de ocupar o lugar fica a cargo do sujeito, sendo o dis-

curso que autoriza quem pode ocupá-lo.

Os trabalhos de Possenti (1986) e de Coudry (1986) sugerem outra maneira de se pensar a relação entre o sujeito (locutor), que é o agente imediato da produção de seu discurso, e as condições nas quais ele se dá, ao advogarem que o sujeito é sempre uma instância criativa, produtiva, na construção do discurso. Se se admite esta posição e, ao mesmo tempo, se reconhece a existência de regras de construção de discursos, que aparecem enquanto possibilidade mais do que necessidade, tem-se, então, que admitir que a relação que aí se estabelece é de constante tensão e não de submissão, reprodução ou assujeitamento.

O próprio grau de obediência ao "paradigma" a que se referiu há pouco não será sempre o mesmo, variando conforme se dê a produção do discurso, ou seja, conforme as suas condições de produção. Ela será maior em situações bastante intra-institucionais, como as que acontecem em escolas médicas ou simpósios e congressos, e menor em situações de trabalho cotidiano, como as que acontecem num posto de saúde.

O jogo de "traduções" linguagem médica - linguagem do paciente é, neste sentido, exemplar: o médico "traduz" para o paciente sua linguagem especializada; e "traduz" para esta mesma linguagem informações que tome ao paciente numa entrevista. Por exemplo, uma frase do tipo "estou sem fome" vira, num prontuário, "o paciente refere anorexia"

Ela também será maior na escrita do que oralidade, maior em textos formais (um relato de caso ou um manual de clínica) do que em prontuários etc. (Em relação à escrita, vale ressaltar ainda que há outros constrangimentos, próprios da condição do texto escrito. Pode-

se, inclusive, afirmar que certas construções de oralidades, fortemente marcadas por um padrão linguístico socialmente valorizado, são de fato originárias da escrita: fala-se um texto escrito).

Finalmente, é razoável supor que a obediência varie de acordo com a relação interlocutiva que se estabeleça, sendo provavelmente maior numa relação médico-médico (e aí maior ainda quando se tratar de relação de subordinação, como a do professor-aluno) do que numa relação médico-não médico. E mesmo durante uma mesma interlocução ela pode variar, dependendo do grau de formalidade, atenção etc, que podem variar durante o período em que se dá a interlocução.

Há, ainda, um outro aspecto a se ressaltar. Tanto as análises sociológicas como também aquelas oriundas da sociolinguística permitem afirmar que estas condições de produção refletem relações sociais mais amplas. São, neste sentido, expressões de classe, socialmente marcadas e com acesso diferenciado às diferentes classes sociais. As palavras de Osakabe (1982:149) a respeito da apropriação da escrita por uma classe social (a classe dominante) serve bem para caracterizar esta situação:

"Mediatizada por estratégias mais tensas e sistemáticas de aprendizagem, a escrita acabou-se e acaba-se profundamente marcada pela sua assimilação por parte das camadas sociais que, por condições de privilégio, mais a manipulam. Direito apenas de camadas favorecidas por processos particulares de educação, a escrita guarda, não por essência, mas por razões estratégicas, marcas dessas mesmas camadas. Além disso, convém salientar que essa apropriação da escrita por segmentos

sociais favorecidos, institui ao longo do tempo o próprio sistema de referência para sua apreensão. É desse modo que se explica a afinidade entre o código dito da escrita e um padrão linguístico socialmente dominante, e é desse modo ainda que um conjunto de discursos escritos se oferece ao aprendiz como modelos implícitos dos discursos a serem preferidos." (grifos meus)

Se se retomam algumas questões que Foucault desenvolve em seus trabalhos que remetem à análise do poder, bem como as análises do papel das instituições médicas como a de Luz, ver-se-á que o que Otsuka afirma para a escrita vale também para outros níveis linguísticos. As marcas que carrega fazem com que o discurso médico, o falar médico e o saber médico, não possa ser visto fora do contexto social em que é produzido. Daí também sua proximidade a outros discursos "disciplinares", como podem ser considerados os do direito, da psicanálise etc, em suma, discursos oriundos da academia, do poder ou do Estado.

Tome-se um outro enfoque para esta questão. Michel Pêcheux (1969), retomando o clássico modelo do circuito comunicativo de Jakobson com algumas modificações, advoga que todo processo discursivo supõe a existência de formações imaginárias, isto é, que os sujeitos do discurso, ao localizarem-se nos papéis de locutor e interlocutor, fazem uma certa representação de si, do outro e daquilo sobre o que falam (o referente). Pêcheux é categórico e insistente na afirmação de que estas representações são estabelecidas a partir de condições sociais mais gerais, ou seja, que "existem nos mecanismos de qualquer

formação social regras de projeção, que estabelecem as relações entre as situações (objetivamente definíveis) e as posições (representações dessas situações)" (Pêcheux, 1969:19).

Aceitando-se em linhas gerais esta formulação de Pêcheux, pode-se dizer que os lugares previstos para o locutor e interlocutor, bem como os tipos de representação possíveis para o "referente", estão, numa situação de produção de um discurso médico, relacionados ao tipo de relações institucionais, de natureza sociológica, que se estabelecem na medicina. É em função deste tipo de relação (e das representações daí decorrentes) que se pode imaginar "a figura do médico" ou "o modo de falar do médico" ou, ainda, "os conceitos do médico". Não se trata propriamente de discurso, mas de representações que permitem ao sujeito supor, imaginar, o que é que um médico diria, e que atuam ao lado do estilo e dos sistemas de referência. São representações ideológicas, as mesmas que se associam ao modo de andar ou vestir de um médico, e que certamente têm um papel constritor, normativo, na produção do discurso.

Tais representações, por sua vez, vêm das práticas sociais e não devem ser pensadas como um bloco único, monolítico, mas sim como expressões ideológicas de uma sociedade heterogênea e conflituosa, sendo desta maneira que elas se inscrevem na linguagem. Como bem adverte Bakhtin (1929:46), "em todo signo ideológico confrontam-se índices de valor contraditórios".

Outro tipo de elemento constritor do discurso pode ser pensado a partir das regras de uso da linguagem como as advogadas por Searle (1965). Ele, em seus trabalhos sobre atos de fala, identifica dois tipos de regras: as reguladoras e as constitutivas. "As regras regula-

doras regulam uma atividade pré-existente, uma atividade cuja existência é logicamente independente da existência dessas regras. As regras constitutivas constituem (e também regulam) uma atividade cuja existência é logicamente dependente da regra" (Searle, 1965: 41). A relação médico-paciente seria regida por um conjunto de regras, algumas constitutivas, outras reguladoras, que criariam condições particulares à produção do discurso. Uma regra constitutiva dessa relação seria aquela que reserva ao médico o papel de fazer o diagnóstico e a prescrição. É, aliás, sempre uma curiosidade, quando não um chiste, para os médicos as vezes em que o paciente chega com o diagnóstico fechado (de resto, desconsiderado pelo médico). Há regras previstas pelo código de ética médica, há outras próprias de uma atividade que busca caracterizar-se como ciência etc.

Não se pretende, ao invocar as noções de regra de Searle, pensar a produção do discurso como um ato de fala. O que se postula é que, entre outras questões já levantadas, tanto as representações ideológicas como as regras de produção do discurso (que, inclusive, cumprem um papel importante na construção e sustentação destas mesmas representações) são condições prévias ao discurso e atuam como elementos de força na sua produção. Enquanto condições de possibilidade, elas não determinam o seu aparecimento ou sua significação, mas os tornam possíveis e é nesta medida que o analista deve encará-las.

## CAPÍTULO III

### UM DISCURSO HIPOCRÁTICO

#### i. O relatório Pinotti: primeira aproximação

"O chamado 'Relatório Pinotti', divulgado no dia 17.04.85, em São Paulo, teve objetivo de esclarecimento ordenado dos fatos médicos relacionados ao paciente, dele não participando fatores políticos ou de segurança. No entanto, dadas a maneira e a ocasião em que se apresentou, tal relatório foi considerado inoportuno."

(Conclusões da Comissão de Sindicância do Conselho Regional de Medicina de São Paulo, § 10, divulgado em 26.02.86 - anexo 2)

"Hoje, passados dez meses do 'Relatório Pinotti', que teve, não obstante o alegado desvinculamento político, fortes repercussões precisamente nesta área, o médico-chefe da equipe que assistiu o presidente diz que o "faria de novo". "Eu o faria, porque é hábito relatar e ordenar os procedimentos clínicos, mais do que isso, é rotina e tradição num trabalho de elevada qualidade, ainda mais em se tratando de um paciente da importância do presidente", disse."

(Folha de São Paulo, em 27.02.86, da reportagem local - anexo 4)

O relatório Pinotti (anexo 1), um texto de dez laudas lido

pelo médico aos jornalistas que cobriam o tratamento de Tancredo Neves e transmitido ao vivo por rádio e televisão, foi divulgado no dia 17 de abril de 1985, com Tancredo Neves ainda vivo. Era um momento particularmente importante na vida política brasileira, já que o presidente eleito era visto como o grande fiador da "transição democrática" e sua internação, à véspera da posse, fora feita em clima de suspense. A imprensa falava em "paralisia" do governo, falta de direção política e coisas do gênero; nomeações para cargos de segundo e terceiro escalões administrativos aguardavam uma definição; as informações de suas condições de saúde eram contraditórias. Em suma, esperava-se por Tancredo.

Havia, acima de tudo, um clima de expectativa quanto ao futuro do presidente (e, conseqüentemente, dos rumos políticos que tomaria o país) e de forte desconfiança das informações dadas pelos médicos, posto que os boletins não estariam traduzindo, desde o início da internação, nem os verdadeiros diagnósticos nem as reais condições clínicas do paciente.

Eram frequentes na imprensa matérias que questionavam e até desmentiam as informações dos boletins. Corriam boatos de que Tancredo Neves fora vítima de atentado (tiro, envenenamento ou, até mesmo, septicemia produzida) e, por duas vezes, já fora anunciada a sua morte. Paralelamente, vinham os boatos de intervenção militar, golpe etc. Com uma multidão aglomerada em frente ao Instituto do Coração de São Paulo, onde estava internado Tancredo, numa cena de cores messiânicas, perguntava-se: Tancredo sobrevive? E se sobreviver, governa? Quando?

O relatório, apresentado com toda pompa pelo médico-chefe, para ter alguma razão de ser, deveria tocar nestas questões. é o que

surgeririam as leis da informatividade, da exaustividade e da litotes, tal como as interpreta Ducrot (1972). Afinal, para fazer um relatório que pretendia "transmitir algumas informações" para melhor esclarecer a opinião pública sobre o quadro clínico de Tancredo Neves, é de se esperar que o locutor cresse que o ouvinte as ignorava (lei da informatividade) e que daria as informações mais fortes que possuísse (lei da exaustividade). E se não as dissesse com todas as palavras é porque esperava que o interpretassem como dizendo mais do que sua significação literal (lei da litotes).

Daí a afirmação da reportagem da Folha de São Paulo, de que o relatório teria tido grandes repercursões na área política. De fato, houve na época várias interpretações dos possíveis recados políticos que ele estaria mandando. Reproduzem-se algumas passagens de uma matéria assinada pelo articulista Clóvis Rossi, publicada na Folha de São Paulo no dia seguinte à apresentação do relatório (anexo 5):

1. "O médico-chefe da equipe que atende o presidente eleito Tancredo Neves (...) subiu ontem ao palco do Centro de Convenções Rebouças para uma mensagem de dez laudas que reintroduz a palavra esperança no caso clínico de seu ilustre paciente e contém explosivo conteúdo político."

2. "Aí entra o conteúdo político inescapável da alocução do médico, mesmo que não estivesse em suas intenções".

3. "Convém reiterar que esta análise sobre a leitura política do documento não é do repórter mas de uma qualificada fonte da presidência."

4. "Para se ter uma definição mais precisa, será preciso esperar a reação dos políticos..."

5. "Um assessor da presidência garante que o trabalho é exclusivamente dos médicos, que só deram ciência dele à família..."

6. "Mas uma fonte política responsável garante que também o Serviço Nacional de Informação tinha conhecimento do texto que Pinotti leria."

O texto do repórter sugere vários aspectos interessantes à análise. Em (1) ele afirma o caráter político do relatório e em (2) alerta que este caráter político independia do interesse e intenção do locutor, porque decorre do caráter fático do relatório; um fato sobre o presidente da República será sempre um fato político, e isto torna-se ainda mais verdadeiro nas condições em que o pronunciamento do médico ocorreu. Em (3), (5) e (6), ele argumenta, por autoridade, a favor da força de sua interpretação, lembrando a importância social de suas fontes, ou seja, a autoridade com que falaram os locutores dos discursos que ele refere. Em (4), aponta para as reverberações do discurso, que podem gerar atos e discursos outros. Finalmente, em (6), põe em dúvida a inocência do médico, através da aproximação deste ao SNI.

De acordo com este raciocínio, Pinotti estaria, mais do que simplesmente informando sobre as possibilidades de recuperação de seu "ilustre paciente", avisando a "classe política" de que não deveria esperar por um retorno breve de Tancredo Neves e que, portanto, ela deveria tomar as rédeas políticas do país e governá-lo sem Tancredo, mas ao mesmo tempo trabalhar com uma possibilidade de volta a médio prazo. Em relação às perguntas que se faziam, o médico estaria dizendo que o presidente eleito poderia sobreviver, mas que sua recuperação

demoraria. Dada a sua função de médico, função técnica e não política, tal "recado" não poderia ser dado explicitamente sem que fosse considerado uma ingerência em assuntos de outra esfera, o que explica sua interpretação através da litotes.

Não obstante, os dois pronunciamentos que se transcrevem no início deste item - o da comissão de sindicância do Conselho Regional de Medicina e o do médico - recusam peremptoriamente a interpretação do relatório em termos políticos, ainda que o primeiro reconheça, ao considerá-lo inoportuno, que haveria razões suficientes para que ele fosse interpretado nestes termos. Tais razões, entretanto, seriam decorrentes do contexto em que o relatório foi apresentado e, desta forma, exteriores ao mesmo e a seus objetivos, o que, em termos linguísticos (Ducrot: 1972), significa que a interpretação política teria ocorrido pelo componente retórico, caracterizando antes um subentendido do que um pressuposto.\*

---

\* - Pressuposto e subentendido são, para Ducrot, dois tipos de implícitos. O pressuposto é entendido como pertencente à ordem exclusivamente linguística, estando sistematicamente associado ao sentido de uma oração. Já o subentendido é um implícito discursivo, cuja interpretação decorre de fatores contextuais, não sendo inerente ao sentido literal da oração. Um enunciado como "Pedro parou de fumar" tem como pressuposto que "Pedro fumava" e diversos subentendidos, tais como, "siga seu exemplo" ou "veja como nossa clínica é boa". Por isso mesmo, em seu tratando de subentendido, o locutor sempre pode negar o que se interlocutor entendeu, afirmando que ele não queria dizer isto mas aquilo. (Ducrot; 1972:79 e segs).

Se se admite isto, admite-se também a possibilidade de que a interpretação política era, por simples decorrência discursiva, passível de ser negada pelo locutor, como de fato ocorreu. Entretanto, atentando-se para as falas da comissão e do médico, percebe-se que elas apontam para algo mais interior à medicina como argumento básico para a recusa da leitura política do relatório: "o relatório teve objetivo de esclarecimento ordenado dos fatos médicos relacionados ao paciente"; e "é hábito relatar e ordenar os procedimentos clínicos, mais do que isso, é rotina e tradição num trabalho de elevada qualidade".

De acordo com estes depoimentos, haveria, algo na própria instituição do relatório e em sua organização textual que, apesar das implicações contextuais, permite a recusa à leitura política. O médico reafirma sua posição remetendo o relatório a uma determinada prática comum da medicina, considerando-o próprio à sua "tradição" e "rotina" e reivindicando para si e seu discurso um lugar institucional. A comissão de sindicância do Conselho de Medicina, enquanto órgão institucional de controle e fiscalização da prática médica, endossa a demanda do médico, identificando no objetivo e na forma do relatório a marca da prática médica. Em outras palavras, o relatório Pinotti seria um fato médico, integrante do compromisso ético e científico da medicina para com a sociedade e do médico para com a sua profissão.

Tem-se, portanto, o resgate de certas regras institucionais (cf. capítulo II, item 2) como argumento central de negação à interpretação política do relatório. Entre estas regras estaria aquela, ética e técnica, que responsabiliza o médico por seu paciente e seus atos, obrigando-o a prestar conta dos mesmos à instituição. Fundada em

seu código de ética e sua epistemologia - os quais, mesmo que centrados em princípios de ciência e humanidade mais gerais de que o caso individual, buscam neste mesmo caso ("o caso clínico") o paradigma último de sua função -, a medicina não abre mão do princípio hipocrático do compromisso do médico para com o paciente. A doença seria uma forma de individualidade que recusa, em sua manifestação, sua descrição como a de uma lei físico-química. Conforme anota Foucault (1963: 193), na medicina que surge no século XVIII, "toda doença é individual: não porque o indivíduo reage sobre sua própria doença, mas porque a ação da doença se desenvolve, de pleno direito, na forma da individualidade".

Esta individualidade da doença reproduz-se numa também individual relação do médico com seu paciente e na valorização, teórica e prática, do caso clínico. Através dele se fará o ensino de medicina e o controle da saúde, através dele se construirá a casuística da clínica. Além das generalizações, inevitáveis e necessárias, a medicina mantém firme a máxima "cada caso é um caso". É sob este princípio disciplinar que se organizam os prontuários, a discussão de caso clínico e o relato de caso. É sob este princípio que se organiza o relatório Pinotti.

## 2. O relato de caso: um caso de estilo

Atente-se mais de perto ao princípio acima referido.

Quando se observam os discursos produzidos no interior da medicina, encontram-se as mais variadas formas de discurso, realizadas

em diversas situações. Além da fala do médico ao paciente, a mais evidente aos não-médicos, há os compêndios, os manuais de especialidade, as atualizações clínicas e terapêuticas, o código de ética, as bulas de remédios, as propagandas para leigos e para médicos, os prontuários, as receitas, os artigos científicos, os relatos de caso. Esta profusão de discursos tem uma série de razões, relativas às diversas condições em que são produzidos. Razões econômicas, sociais, epistemológicas, disciplinares etc. Dentre estas razões, interessa destacar aquela que decorre da dupla face de ciência e não-ciência, área de conhecimento e de serviços, tão própria à medicina.

O relato de caso clínico encontra-se no interstício desta dupla face da medicina, voltado a um só tempo para a prática médica, assistemática e incerta, e para o conhecimento científico, sistemático e regular. Ele garante, no anonimato da ciência, que descreve e escrutina patologias, agentes etiológicos e evoluções, o ato individual do médico no tratamento de seu doente.

Foucault (1963 e 19748) anota bem a passagem de uma medicina "individualista", na qual "o que qualificava o médico era a transmissão de receitas e não o campo das experiências que ele teria atravessado, assimilado e integrado" e onde a "cura era um jogo entre a natureza, a doença e o médico" (Foucault, 19748:100 e 101), para uma medicina como "forma de conhecimento", quando ela "descobre que a incerteza pode ser tratada como a soma de graus de certeza isoláveis e suscetíveis de um cálculo rigoroso". Descoberta que não recusa o caso individual, mas o coloca em uma "série de acontecimentos cuja convergência eram os princípios mensuráveis" e faz "de cada elemento percebido um acontecimento registrado e da evolução incerta em que ele se encon-

tra coloca uma série aleatória" (Foucault, 1963:110).

O caso clínico não perde nesta passagem sua especificidade, mas redimensiona-se, passando a ser uma manifestação particular dessas possibilidades e probabilidades, as quais, através de um jogo de "combinações", "analogias", "percepções de frequências" e "cálculo de graus de incerteza" (Foucault, 1963:112 e segs), autorizam o médico a pousar seu olhar perscrutador no doente e encontrar aí a doença. Por isso mesmo, o caso clínico será sempre de interesse, seja confirmando a casuística, seja acrescentando-lhes novos dados.

A esta mudança anotada por Foucault na organização da clínica ocorrida no século XVIII, que lhe garantiu o estatuto de conhecimento organizado, "positivo", pode ser acrescentada outra característica que a medicina moderna teria herdado de seus tempos remotos: a manutenção do papel e da responsabilidade do médico perante o paciente. Se se muda o olhar, mantém-se a relação médico-paciente, fundada não na ciência, mas na ética. Como anota, com boa dose de ironia, Clavreul (1978:64), "ao 'desejo de saber' atribuído ao cientista, acrescenta-se para o médico um 'desejo de curar' e uma 'intuição', todas qualidades inatas, que, sem dúvida, existem em todo homem e mesmo em todo animal, e que são suficientes para explicar os 'dons' do 'bom médico' para o diagnóstico e terapêutica".\*

---

\* - Clavreul anota ainda, perspicazmente, que "uma história da medicina, fundada no desejo de curar, está inteiramente articulada em função da ideologia apregoada pela medicina contemporânea. Ela é uma aplicação da ideologia em curso na sociedade, mas não a trans-

O caso clínico seria o lugar de confluência destes dois "desejos", mas ainda, da dupla relação que subjaz a eles: o "desejo de saber" traz consigo o olhar frio e calculista, que vê, por detrás do corpo do indivíduo, a regularidade da doença; o "desejo de curar" traz o olhar quente e humano, que vê, por detrás da manifestação da doença no corpo, a expressão única do sujeito.

Os avanços tecnológicos da medicina não mudaram, em essência, este caráter singular do "caso clínico". É ainda sobre ele que se constitui a ética e a prática médicas, bem como a transmissão de seu saber e arte. Mesmo que munido da teoria sobre a entidade doença, será na experiência viva do contato com o doente, e a doença (e a morte) no doente, que o médico se formará.

Prática instituída, o caso clínico é motivo de discussão em hospitais-escola e frequente nas revistas médicas - o relato de caso - em que se encontram os casos exemplares. Finalmente, é a forma última de controle da instituição sobre os médicos, que têm a responsabilidade de anotar nos prontuários todos os fatos referentes ao paciente. Vejam-se estas passagens do § 12 da nota à população do Conselho de Medicina de Brasília sobre o caso Tancredo (anexo 3):

"O prontuário médico carece de suficiência, apesar de

-----  
cende" (1978:67). Este caráter ideológico do "desejo de curar" fica evidente em análises sociológicas da medicina que identificam seu papel de reprodução da força de trabalho (cf. Donnangelo, 1976) e de controle político-social (Foucault, 1974c). O "desejo de saber" teria, então, outras razões que não o nobre "desejo de curar".

tratar-se de um paciente especial que emprestava prestígio e importância à instituição. (...) O dia-a-dia de um paciente grave, com má evolução, que se caracterizou por mudança de quadro clínico a cada momento, não está descrito com os detalhes e a cronologia adequada."

A responsabilidade dos médicos é tal que, por causa desta falha apontada nos prontuários e, em outro parágrafo da nota, nos boletins médicos, os médicos respondem a um processo ético profissional. A mesma instância institucional, por razões de mesma natureza, considerou o relatório Pinotti apropriado à prática médica e responsabilizou os médicos de Brasília pelos "erros" que teriam cometido.

Há, assim, três funções básicas para o "relato ordenado dos fatos médicos relacionados ao paciente". Enquanto prática hospitalar ou ambulatorial, tem as funções de controle institucional e de transmissão de saber; já enquanto um artigo para revista especializada, tem a função de ampliar a casuística, através da apresentação de casos exemplares, seja pela forma como se manifestou a doença, seja pelo tipo de terapêutica aplicada. Tome-se, de exemplo, uma passagem do relato de caso "Nefroma Mesoblástico Congênito" (in: "Jornal de Pediatria, Vol. 62, 1/2, Jan/Fev 1987) para ilustrar este último caso:

"Fazemos o relato de um caso de nefroma mesoblástico congênito em uma criança de seis anos, com o objetivo de atentarmos para esta hipótese quando se diagnostica um tumor renal, uma vez ser este diagnóstico pouco frequente neste grupo etário."

Em todos os casos, trata-se de uma prática interior à instituição, com relações interlocutivas bem estabelecidas - relação entre médicos - e objetivos definidos - fiscalizar, ensinar, exemplificar. "A descrição, na medicina clínica, não tem o sentido de colocar o oculto, ou o invisível, ao alcance daqueles que a ele não tem acesso; mas de fazer falar o que todo mundo vê sem vê-lo, e de fazer falar apenas aos iniciados na verdadeira palavra" (Foucault, 1977:131).

Sendo uma prática institucional, com funções previstas e bem definidas, o relato de caso não estará reafirmado o imutável "desejo de curar", a "abnegação" do médico imposta pela Juramento hipocrático, mas sim o dinâmico "desejo de saber": relata-se um caso para que se aprenda com ele; registra-se um caso para que haja controle. E, dentre as práticas de relato de caso, destaca-se exatamente aquela que se apresenta nas revistas especializadas, a forma mais acabada e mais pública do relato. Aí se encontram, na forma escrita plena, os casos mais ilustrativos (as discussões de caso em hospital-escola são, normalmente, orais e se dão sobre casos comuns; os prontuários não são publicados e trazem apenas os dados do paciente, resultados de exame etc, sendo caracterizados por uma escrita abreviada).

O fato destes relatos de caso serem uma prática e de apresentarem uma relação interlocutiva mais ou menos constante e objetivos definidos faz com que haja uma série de características recorrentes que constituem, por assim dizer, um estilo, a exemplo do que se pode ver em cartas comerciais ou em relatórios contábeis. Examinem-se algumas desta características:

Em primeiro lugar, está o fato de o título, fiel ao "desejo de saber", trazer o nome da doença e não o do paciente ou o do médico.

Não se encontram nas revistas relatos apresentados como "o relato do paciente X" ou "relato do doutor K", mas sim o "relato da doença Z". Em seguida, pela mesma razão da característica acima, tem-se o destaque dos fatos clínicos, dos sintomas e reações do paciente, dos exames e achados cirúrgicos. É interessante anotar que, além da evidente presença de um léxico especializado, os verbos em voz ativa têm como sujeito, normalmente, uma manifestação clínica ou um exame ou, ainda, uma atitude do paciente, enquanto que os atos clínicos (terapêuticos e propedêuticos) aparecem em voz passiva. Mais do que isto, há um certo grupo de verbos recorrentes, como "mostrar", "demonstrar", "indicar", "apontar", "apresentar" (com exames ou manifestações clínicas como sujeito gramatical) e "operar", "realizar", "fazer", "aplicar" (com sujeitos pacientes correspondentes a atos clínicos). Finalmente, a objetividade e a informatividade são marcadas por um estilo bastante cifrado, com muitos períodos simples e até sem verbos.

Tome-se, como exemplo, um trecho de um relato de caso apresentado no *Jornal de Pediatria*, Vol 62, Fasc 1/2, Jan/Fev de 1987:

#### Relato do caso

Recém-nascido com oito horas de vida, encaminhado de outro hospital por apresentar dificuldade respiratória desde o nascimento. Mãe com 24 anos, primípara, com gestação a termo sem intercorrências. O parto foi normal e o recém-nascido recebeu Apgar 3 no primeiro minuto e 5 no quinto minuto, necessitando manobras de reanimação. Pesou 3.120g, com 50cm de es-

tatura. Ao exame de admissão apresentava-se hipotônico, taquipnéico, gemente, cianótico, com retração esternal e tiragem intercostal. A radiografia de tórax demonstrou extenso derrame pleural à direita, com desvio do mediastino para a esquerda. Foi feita punção pleural, com retirada de 65ml de líquido com aspecto sero-hemorrágico. Durante o procedimento, acidentalmente produziu-se pneumotórax. Instalou-se, em seguida, drenagem pleural contínua com boa expansão pulmonar. O líquido drenado inicialmente era hemorrágico, passando progressivamente para amarelo-citrino e amarelo-ouro. Posteriormente, no sexto dia e coincidindo com a introdução de dieta, houve turbidez do mesmo.

O dreno torácico permaneceu por 21 dias, tendo sido drenado um total de 460ml. A análise do líquido mostrou 3,4g/dl de proteína, 102mg/dl de colesterol, 453mg/dl de triglicerídeos e 870mg/dl de lipídios totais. O exame citológico demonstrou 9.413 leucócitos por mm<sup>3</sup>, com 98% de linfócitos. A cultura foi negativa.

A insuficiência respiratória persistiu durante os primeiros seis dias, sendo que a cianose esteve presente somente no primeiro dia. A concentração máxima de O<sub>2</sub> necessária para manter a PaO<sub>2</sub> em níveis normais foi de 30%. Do sexto ao 21º dia o RN recebeu dieta composta de leite desnatado, com adição de 3% de triglicerídeos de cadeia média. Quatro dias após o início da dieta, o líquido drenado já apresentava composição diferente, com concentração de triglicerídeos reduzida de 453 para 72mg/dl. No 21º dia, concomitante com a retirada do

dreno torácico, iniciou-se transição para leite materno. Não houve recidiva do derrame e a criança recebeu alta em boas condições no 29º dia, com peso de 3.490g. Retornou para revisão com 40 dias de idade, pesando 4.260g. O RX de tórax nessa ocasião apresentou-se normal".

Os 31 verbos do trecho transcrito estão em terceira pessoa, havendo várias orações reduzidas e nominalizações. Daquele total, 5 estão na voz passiva, todos relativos a atos clínicos; dos 26 restantes, 10 são relativos ao paciente ("o recém-nascido" 7 vezes e "a criança" 3 vezes), 14 aos fatos clínicos ("o parto", "o líquido drenado", "a cianose") ou exames ("a radiografia", "o exame", "a cultura") e dois são ocorrências de "haver" com complemento relativo a fatos clínicos ("turbidez" e "recidiva").

Fillmore (1967), ao desenvolver sua teoria de uma gramática de casos, defende que a possibilidade dos diferentes casos aparecerem em uma determinada função sintática, por exemplo, a de sujeito do verbo, não é aleatória, mas hierarquizada. Assim, dado um verbo que admita mais de uma estrutura sintática e os casos agentivo, causativo e objetivo, este só será sujeito gramatical na ausência dos outros casos. Em termos discursivos, pode-se dizer que o locutor, ao produzir um enunciado, depara-se com uma restrição linguística que veta a colocação de um caso objetivo como sujeito de voz ativa quando há a presença do caso agentivo.

Assim, supondo-se um verbo como "operar", um agente (o operador) e um "objetivo" (o operado), pode-se construir os enunciados "João" (o operado) opera o estômago" ou o "Dr. Márcio operou João".

Os dois enunciados relatam basicamente o mesmo fato do mundo e a escolha por um ou outro passa pelas estratégias discursivas do locutor.

Além disto, e ainda para "descrever" o "mesmo fato", o locutor dispõe de outros recursos, tais como o tipo de verbo, a estrutura sintática da oração, as nominalizações, cada um oferecendo um determinado tipo de "descrição". No que diz respeito à indicação do agente (entendido nos termos de Fillmore, ou seja, como o responsável da "ação verbal"), a escolha por uma outra construção pode evidenciá-la ou escamoteá-la, pondo em foco outro aspecto do discurso.

Tome-se, como exemplo, um trecho do relato de caso acima transcrito:

"O dreno torácico permaneceu 21 dias, sendo drenado em total de 460 ml. A análise do líquido mostrou..."

Há, neste trecho, três atos clínicos bem identificados: a manutenção do dreno torácico no paciente; a drenagem do líquido torácico; e a análise deste mesmo líquido. Apesar de todos estes atos pressuporem, logicamente, um agente, em nenhum momento ele está indicado. Para que isto fosse possível, o locutor lançou mão de três recursos expressivos diferentes: a "substituição" do verbo manter, que exigiria, na voz ativa, a indicação do agente, pelo verbo "permanecer", que admite o objetivo "dreno" como sujeito e não indica o agente; a construção em voz passiva analítica para "drenar", que eleva o objetivo (o líquido drenado) à condição de sujeito do enunciado; e a nominalização de "analisar", que passa, na forma nominal "análise", a sujeito de "mostrar". Nos dois últimos casos, a própria ação - "drenar" e "ana-

liar" - é apresentada como o tema da frase, tornando desnecessária a indicação do agente.

Assim, paralelamente a relações sintáticas como as previstas pela gramática de casos de Fillmore, podem-se imaginar outras, relacionadas ao tipo de construção sintático-semântica de uma frase ou ao tipo de significado que apresentem os termos escolhidos. Tais recursos permitem, por exemplo, a maior ou menor explicitação do agente, que, por sua vez, estará associada às estratégias discursivas. Um fato descrito por um verbo tipicamente agentivo teria, na estrutura básica em voz ativa, o agente indicado como sujeito e tema; já em uma construção na voz passiva analítica, o tema passa a ser ou o objetivo (que será também o sujeito gramatical) ou o próprio ato descrito pelo verbo; ao se apresentar este mesmo ato numa descrição nominalizada, o tema será necessariamente o ato e raramente haverá indicação de agente. A substituição de um verbo por outro que descreva, grosso modo, o mesmo ato pode permitir o aparecimento do objetivo como sujeito gramatical e, talvez, como tema e a não-indicação do agente.

Todas estas construções para se "descrever" um fato do mundo são construções sintático-semânticas mais ou menos correspondentes e certamente concorrentes, no sentido em que todas se referem ao mesmo "fato", ainda que focalizando "aspectos" diferentes. Sendo concorrentes, a ocorrência de uma dessas construções implica a não-ocorrência das outras, cabendo ao locutor, a partir de suas estratégias e interesses, a escolha de uma delas. "Produziu-se acidentalmente pneumotórax" não tem, por exemplo, o mesmo efeito de sentido que "produzimos pneumotórax, marcando grau de responsabilidade diferente, apesar de referir o mesmo "fato".

Esta escolha não é necessariamente sempre um gesto consciente e deliberado, estando associado também às demais condições de produção do discurso, tais como, o tipo de relação interlocutiva, o nível de convencionalidade e formalidade, o tipo de informação requerida etc. Num discurso "protocolar" e pautado no "desejo de saber", como seria o relato de caso clínico, é de se esperar que se dê mais atenção ao fato clínico do que ao indivíduo que o realiza.

Tais características, fruto do "desejo de saber", indicam uma relação fundamentalmente referencial para o relato de caso e muito pouca preocupação argumentativa. Há exatamente três momentos em todo o texto, em que há uma aparente mudança desta tônica, a saber, marcas de primeira pessoa e voz ativa com sujeito agente. Esta aparente mudança encontra-se no último parágrafo da introdução, onde os autores localizam o seu caso no quadro da doença, e na discussão que segue ao relato, ao comentarem a reação clínica do paciente em relação a outras reações descritas para a mesma doença e ao avaliarem, no último parágrafo, a validade do procedimento adotado. São todos momentos exemplares, que individualizam o caso em relação ao quadro geral da doença. Não se trata, propriamente, de expressões de caráter pessoal, mas da evidência do duplo significado do caso clínico na experiência médica, reforçando a particularidade na generalidade. Não obstante, opondo-se às formas de terceira pessoa, estas ocorrências são a expressão maior da presença do médico no caso.

Por outro lado, não há em todo o texto nenhuma remissão explícita ao "desejo de curar"; isto não significa que tais médicos não tenham seguido esta máxima ao tratar do paciente, mas sim que, dada a sua obviedade (trata-se de uma regra ética da profissão), ela não pre-

cisa ser informada. Aliás, as marcas éticas dos relatos de caso são aqueles que menos remetem à individualidade, como a não nomeação do paciente, identificado apenas pelas iniciais ou, como é o caso deste relato, por características básicas do tipo "recém-nascido".

Além dos aspectos sintáticos, os relatos de caso apresentam uma organização textual relativamente constante. Em 13 casos estudados, de 6 especialidades diferentes, 12 apresentavam três seções básicas: a introdução, em que se apresenta o quadro típico da doença; o relato do caso, em que se historia, cronologicamente, o caso em questão; e a discussão, em que se compara o caso com o quadro geral descrito na literatura, localizando seu aspecto exemplar. O relato do caso, por sua vez, apresenta inicialmente o paciente, seguindo-se os antecedentes clínicos, a queixa principal, o diagnóstico, a conduta, a evolução e o desfecho. O prognóstico fica para a discussão. Vejam-se, como ilustração, as sub-seções do relato do caso de um dos casos estudados ("Rabdomiossarcoma e Gravidez"; in: "Jornal Brasileiro de Medicina", Vol 52, nº 5, maio de 1987):

- identificação do paciente
- queixa principal
- histórico do paciente
- exame físico
- hipótese diagnóstica
- conduta

Tais características dos relatos de caso sugerem que há um "modelo de texto" a ser seguido, valorizando-se basicamente a função

referencial da linguagem. É neste sentido que se pode compará-los aos textos comerciais. Mas eles parecem confirmar também o que se dizia ao final do capítulo II: um discurso produzido no interior de uma instituição está sujeito a regras normativas que constroem sua produção. Dadas as situações normais de produção, é de se esperar que o locutor as siga. No entanto, se houver novas condições de produção, seja a tentativa de um posicionamento diferente no interior da instituição, seja uma mudança de objetivo, seja uma mudança de relação interlocutiva, então é provável que haja "transgressões" às regras ou a parte delas, que serão maiores ou menores conforme menores ou maiores forem as mudanças nas condições de produção.

É isto o que acontece, por exemplo, com o relato "Um Caso de Atendimento Psicológico Numa Complicação Pós-Comissurotomia Mitral", publicado no "Jornal Brasileiro de Psiquiatria", Vol 36, nº 3, mai/jun de 1987. Este texto não tem introdução, iniciando diretamente com o relato do caso, feito em primeira pessoa do singular, com uso de avaliações subjetivas e impressionistas e de metáforas ("estabeleço com sua mão um contato que V. solicitava para si, como um todo"; "Aos poucos este mergulho dentro de seu mundo interno cede lugar às inesgotáveis possibilidades de projeção para o mundo externo"). No entanto, ao passar à discussão do caso - anunciada apenas por três asteriscos de separação - a autora muda da primeira pessoa do singular para a primeira pessoa do plural - o nós-majestático ou de modéstia -, reaproximando-se dos demais relatos.

Estas transgressões, que não são absolutamente proibidas, surgem em função dos efeitos de sentido que a autora quereria dar ao seu texto, entre as quais estaria o de marcar a sua relação intersub-

Jetiva com o paciente. É um recurso que quer acrescentar à descrição o elemento "subjetividade" presente na técnica terapêutica. Ao passar à discussão, o uso deste recurso torna-se desnecessário, reassumindo-se o tom acadêmico, caracterizado pelo nós majestático, que assume aí, inclusive pelo contraste estabelecido com o "eu" do relato, a marca de impessoalidade e afastamento. Note-se que o elemento que marca o maior grau de impessoabilidade neste caso tem, do ponto de vista léxico-sintático, exatamente a mesma forma que a marca de maior pessoalidade no caso anterior. Tal fato é possível pelo tipo de arranjo que se dá aos recursos expressivos em cada relato: no primeiro, passa-se de uma supervalorização do objeto para a sua individuação, através de identificação de seus responsáveis, dentro do quadro geral da doença; neste último caso, o objeto são os próprios sujeitos da terapia que aparecem no relato e são preteridos pela avaliação acadêmica na discussão do caso.

Esta breve passagem pelos relatos de caso permite considerá-los como uma prática própria à atividade médica, que apresenta, em decorrência de funções e objetivos bem estabelecidos de seu uso convencional, uma série de características recorrentes.

Se se retoma, agora, o relatório Pinotti, cuja unicidade discursiva decorre de suas condições particulares de produção, vê-se que este não é uma invenção de seu autor. Ao contrário, apresentado como o relato do caso do paciente Tancredo Neves, inscreve-se, mais em sua organização textual do que em seu contexto de aparecimento, numa tradição médica: a do relato de caso ("esclarecimento ordenado dos fatos médicos relacionados ao paciente").

Comparem-se os esquemas abaixo:

I. Esquema de apresentação do caso clínico (relato de caso):

- a. apresentação
- b. relato do caso
  - b.1. antecedentes
  - b.2. diagnóstico inicial
  - b.3. evolução do quadro clínico e terapêutico
- c. discussão (avaliação e prognóstico)

II. Esquema de apresentação do relatório Pinotti

§ 1., 1º período - apresentação e justificativa do relatório

2º período - primeira operação e sua causa

§ 2 ao § 4. e § 6, 1º período - reconstituição histórica a partir da segunda cirurgia

§ 5 - parecer sobre a infecção originária

§ 6, 2º período - agradecimentos à contribuição de Departamentos da Faculdade de Medicina

§ 7 - avaliação da equipe técnica e dos recursos disponíveis

§ 8 - avaliação do paciente e prognóstico

Da comparação dos dois esquemas, ver-se-á que a introdução dos relatos de caso corresponde o 1º período do § 1; o 2º período cor-

responde aos antecedentes do paciente e diagnóstico inicial; os § 2, 3, 4 e o 1º período do § 6 correspondem à evolução do quadro clínico e terapêutico; e, finalmente, o § 5 e os § 7 e 8 correspondem à discussão, ou seja, à avaliação e prognóstico. Para completar, o relatório está escrito basicamente em terceira pessoa, com a mesma distribuição de verbos descrita para os casos clínicos, sendo que as ocorrências de primeira pessoa, com uma exceção, são encontradas nos mesmos lugares em que aparecem nos casos comuns, isto é, na introdução e na discussão.

É neste sentido que se pode entender o argumento oferecido pelo médico e pela comissão de sindicância para recusar a leitura política do relatório. É a própria medicina, em sua organização disciplinar (a prática de relato de caso) e institucional (o parecer do conselho Regional de Medicina), que autoriza esta recusa, e isto é corroborado pela própria forma do relatório.

Mas o jogo não é assim tão simples. Afinal, não se liam como políticos os boletins e informes que diariamente se divulgavam. Há algo no acontecimento do relatório que permitiu esta leitura.

Viu-se que o relatório organiza-se como um relato de caso, prática frequente e tradicional à medicina. No entanto, ele faz um deslocamento importante nesta mesma prática: ele relata o caso *para fora da medicina*, sem nenhuma preocupação pedagógica, acadêmica ou de prestação de contas à instituição. Seu interlocutor nomeado não será um grupo de médicos, estudantes de medicina ou pesquisadores da área, mas sim "a opinião pública". Em outras palavras, ao mesmo tempo em que Pinotti mantém-se na tradição, ele a rompe, uma vez que não é hábito médicos irem a público para fazer relatórios ou prestar contas de suas

atividades, cabendo aos boletins médicos a função de informar sobre o estado de saúde dos pacientes ilustres. Comparem-se, por exemplo, os relativamente contemporâneos tratamentos de João Paulo II em um hospital da Itália ou de Ronald Reagan nos EUA com o de Tancredo Neves; ou mesmo o relato do plano anestésico da primeira cirurgia, feito pelo Dr. Edno de Magalhães, e o relatório do Dr. Francisco Pinheiro da Rocha, entregues à Associação Médica Brasileira e ao C.P.M. de Brasília, ao invés de serem apresentados à opinião pública.

Há, então, uma significativa mudança num dos pólos da relação discursiva e no lugar de apresentação previstos pela prática de relatar os fatos clínicos, trazendo fortes consequências para a produção do discurso. Uma delas, como já se esboçou, foi a leitura política do relatório. Outras anunciam-se na própria estrutura do relatório que, além de suas semelhanças com os relatos de caso clínico, apresenta diferenças importantes e não tão frequentes nesta prática.

A primeira e mais evidente das diferenças está no fato de que o relatório é o relato de um paciente (e não de uma doença) e leva o nome de seu autor; além disso, nem a introdução corresponde à localização do caso no quadro geral da doença nem a discussão relaciona o caso a outros casos, mas avalia o próprio caso (chega até a apresentar um "parecer" sobre as causas originárias da doença) e as condições técnicas e humanas do tratamento, antes de fazer o prognóstico. Finalmente, nomeia todos aqueles, médicos e não médicos, que contribuíam para o tratamento e explicita princípios éticos ("o desejo de curar").

A explicação do porquê destas modificações em relação à tradição do relato de caso e da sua significação, enfim, dos próprios efeitos de sentido a que visava o relatório, deve ser procurada, a

exemplo do que se viu no relato de caso psiquiátrico, nas condições particulares de produção do relatório.

### 3. Um discurso que se explicita

O primeiro parágrafo do relatório Pinotti, em seu primeiro período, diz:

"Na qualidade de responsável pela equipe médica de tratamento a que está sendo submetido o exmo. sr. presidente da república, doutor Tancredo de Almeida Neves, julgo importante transmitir algumas informações que somadas às já divulgadas em boletins médicos conjuntamente com o professor João Satis-ta Rezende Alves, vem melhor esclarecer a opinião pública sobre o seu quadro clínico e a terapêutica que está sendo aplicada."

Encontram-se aí a razão de ser do relatório ("esclarecimento do quadro clínico e da terapêutica utilizada") e a identificação do locutor ("eu" de julgo, mas que fala "na qualidade de responsável pela equipe de tratamento") e do interlocutor ("a opinião pública"). Vê-se, já de início, que não se quer deixar dúvidas sobre o relatório; e vê-se também o porquê da presença destes elementos no relatório e sua ausência em relatos de caso típicos. Prática interna à medicina, a apresentação de caso clínico tem, como já se disse no item anterior, uma relação interlocutiva pré-estabelecida (dá-se entre médicos) e motivos

próprios (controle, ensino ou pesquisa), não havendo nenhuma necessidade de explicitação. Trazer estas informações seria uma clara ruptura da "máxima de quantidade" (Grice, 1967:86) e, para que tal ruptura ocorra, é de se esperar que haja alguma razão. Neste caso que se analisa, o fato de haver esta introdução reforça a idéia de que houve um desvio na relação interlocutiva (e por isso a necessidade de informá-lo), sendo que um dos pólos interlocutivo está, pelo menos em parte, fora da medicina: é a opinião pública.

Mas quem é exatamente o locutor? A se julgar pela pessoa verbal, trata-se de um sujeito individual que, por conta de seu discernimento pessoal, resolve esclarecer a opinião pública; mais do que isto, é um sujeito conhecido do público naquele instante, que aparece no vídeo e nos jornais, que encabeça a lista de assinaturas dos boletins médicos. Ora, se assim fosse, então o longo epíteto que antecede ao "eu" de julgo não acrescentaria, do ponto de vista informativo, nada de novo. E aqui poder-se-ia invocar a "maxima da quantidade" de grice (1967:86), que prevê que o falante não deve fazer sua contribuição mais informativa do que é requerido. Entretanto, como alerta Foucault (1965:66):

"A palavra do médico não pode vir de quem quer que seja; seu valor, sua eficácia, seus próprios poderes terapêuticos, e, de uma maneira geral, sua existência como palavra médica não são dissociáveis da personagem estatutariamente definida que tem o direito de articulá-la, reivindicando para si o poder de conjurar o sofrimento e a morte" (grifo meu).

O epíteto (sintaticamente, um aposto explicativo) tem a função de autorizar a fala do locutor: não será um cidadão qualquer que fala, nem mesmo um médico qualquer, mas "o responsável pela equipe de tratamento", um lugar institucionalmente definido. Pinotti, independentemente de ter ou não decidido fazer o relatório por conta própria, não fala como cidadão, mas sim reivindicando para si, para sua fala, o lugar institucional que ocupa e o direito de responder em nome da medicina, como, aliás, já vinha fazendo nos boletins médicos. Veja-se, por exemplo, a maneira como é introduzido o boletim divulgado às 18:30hs de 29 de março de 1985:

"A equipe médica que assiste o excelentíssimo Senhor Presidente da República, Tancredo Neves, chefiada pelo professor doutor Henrique Walter Pinotti, titular de cirurgia do aparelho digestivo da Universidade de São Paulo, após os exames feitos esta manhã, emitiu as seguintes informações"\* (anexo 6).

é, portanto, a própria instituição que fala, representada por sujeito qualificado e autorizado, o que coloca o locutor, mesmo que duplamente identificado enquanto indivíduo (pelo "eu" que fala e pela assinatura do texto, que o responsabiliza pelo que está dito), fora da esfera do pessoal.

A mesma duplicação de sentido encontra-se na referência ao paciente: além de doente, sujeito privado, ele é uma função da insti-

---

\* esta prática começou exatamente neste dia. Ainda nos boletins de 28/3, encontra-se apenas a equipe médica, sem referência à chefia de Pinotti.

tuição e um fato público: das 21 referências a Tancredo Neves existentes no relatório, 16 são feitas pela expressão "o sr. presidente", das quais apenas três acompanhadas do nome, e 5 pela expressão "o paciente". Há, de fato, apenas uma referência pessoal, quando o locutor cita a família Tancredo Neves. Vê-se que a diferença anotada entre o relatório Pinotti, que relata o caso de um paciente e traz o nome do médico, e os casos clínicos relatados em revistas, que privilegiam o nome da doença, relaciona-se à própria condição do paciente e do médico, que ocupam lugares institucionais bem definidos.

Nos dois casos há uma sobreposição de função e sujeito e a ênfase em um outro destes aspectos dependerá do efeitos de sentido que o locutor quer atingir. Ao negar a leitura política em sua entrevista à Folha de São Paulo, Pinotti diz: "nosso paciente era o doutor Tancredo, não a política brasileira", transformando o "sr. presidente" do relatório em "doutor Tancredo". (anexo 4)

Finalmente, da mesma natureza impessoal deve ser o interlocutor. A instituição, enquanto tal, não se dirigirá a pessoa, mas à sociedade, à opinião pública, ou seja, aos meios de comunicação, ao governo, às lideranças políticas e sociais, enfim, a tudo aquilo e aqueles que, por sua função social, são formadores de opinião. Esta não é nenhum sujeito em particular nem mesmo um grupo de sujeitos: é uma situação, um estado de coisas determinado.

Não se pense disto que os relatos de caso, porque centrados no particular, sejam marcados pela subjetividade; ao contrário, o que se pode depreender de sua análise (cf. item 2 deste capítulo) é que também aí se impõem uma relação institucional, e talvez com maior força, já que sequer se nomeiam os interlocutores. As diferenças entre

estes e o relatório Pinotti não está, em essência, no grau de subjetividade, mas exatamente nesta explicitação discursiva dos locutores e de seus lugares sociais, bem como da imagem de referente.

Não há dúvida, e para isto já se chamou a atenção nos capítulos anteriores, de que todo discurso produzido no interior de uma instituição sofre constrangimentos diversos em sua elaboração e, neste sentido, o relatório Pinotti não difere dos outros. Mas é preciso lembrar que a forma como estes constrangimentos acontecem é que é diferente: nos relatos de caso clínico os interlocutores se "apagam" (apagamento imaginado como possibilidade discursiva, restando sempre o espaço de produção do sujeito ao escolher os recursos expressivos disponíveis) numa relação intra-institucional em favor do objeto.

No caso do relatório Pinotti, os sujeitos não se apagam, antes se realçam através da marcação dos lugares institucionais que cada um ocupa.

Cabe aqui uma referência a Clavreul (1978), que também fala deste apagamento, ao argumentar a favor de deslocamento do paciente de seu papel de sujeito do discurso. Observe-se que, na perspectiva que aqui se desenvolve não se trata de uma competição entre um sujeito e um objeto pelo lugar de enunciação do discurso, mas de uma estratégia discursiva de que dispõem os locutores.

Em síntese, o primeiro período do relatório acrescenta à forma básica de relato de caso uma dupla explicitação: a dos sujeitos do discurso e a dos lugares que ocupam, superpondo estes àqueles, visando com isto a estabelecer o próprio lugar da interlocução. É devido à necessidade desta explicitação que se entende o porquê do conteúdo informacional deste primeiro período "romper" as máximas de "quantidade"

e "qualidade" (Grice, 1967). Se, do ponto de vista puramente informacional, trata-se de informações redundante e desnecessária, do ponto de vista discursivo, ele joga um papel fundamental, "informando" quem fala, quem escuta e o lugar em que cada um deve estar.

#### 4. À soberania do fato clínico

Caberia, então, perguntar que fatores permitiram ou levaram o locutor a se apresentar da forma acima descrita. Que condições particulares de produção de um discurso como este intervieram para que isto se passasse. Há, pelo menos, duas hipóteses que, não se contradizendo, podem ser pensadas como complementares:

1. A marca de impessoalidade é característica aos discursos interiores à academia, funcionando como uma expressão de cientificidade da medicina e regras de uso desta forma de discurso. Observe-se que a impessoalidade estaria garantida mais pela caracterização de um falar institucional que se imporia ao "eu" do discurso do que pelas formas que se utilizassem;

2. Trata-se de uma estratégia discursiva que, entre outras coisas, visou a colocar o locutor numa posição privilegiada em relação ao interlocutor, seja através da referência específica ao lugar institucional, seja através de um estilo que o identificasse a uma certa prática.

Tome-se a questão da impessoalidade, que parece ser uma tônica no relatório: dos 53 períodos do texto há apenas 8 que apresentam marcas de primeira pessoa, sendo uma no primeiro parágrafo, uma no

início do segundo, uma no quinto, uma no sexto e quatro no oitavo parágrafo. Além disso, de um total de 166 verbos, 55 estão na voz passiva, 34 na voz ativa, 15 na forma infinitiva e 12 em outras formas (ligação, modais, haver), havendo 22 indicações de agente, 10 como agente da passiva (9 dos quais não correspondem ao locutor, mas a outros sujeitos) e 12 como sujeito gramatical, 8 dos quais no último parágrafo e um no primeiro. Finalmente, há diversas ocorrências de sujeitos causativos, objetivos e instrumentais e de nominalizações de verbos tipicamente agentivos. Em suma, pode-se dizer que a tônica do relatório está na terceira pessoa e em formas que privilegiam o objeto da narração, a exemplo do que aparecera no relato de caso analisado no item 2 deste capítulo.

Benveniste (1959), ao fazer a análise das relações de tempo no verbo francês, cria uma famosa distinção que prevê duas manifestações discursivas distintas: o discurso e a enunciação histórica:

"A enunciação histórica caracteriza a narrativa dos acontecimentos passados. (...) Trata-se da apresentação dos fatos sobrevindos a um certo momento de tempo, sem nenhuma intervenção do locutor na narrativa (...) Na narrativa histórica só se verificarão formas de terceira pessoa". (pg 262)

"[O discurso será] toda enunciação que suponha um locutor e um ouvinte e, no primeiro, a intenção de influenciar, de algum modo, o outro. (...) O discurso emprega livremente todas as formas pessoais do verbo, tanto eu/tu como ele. Explícita ou não, a relação de pessoa está presente em toda parte" (pg 267 e 268).

Como se pode ver, o autor francês busca na própria estrutura linguística os índices que distinguem os dois tipos de enunciações, de tal forma que apenas em discursos que contenham os marcadores de pessoa é que se encontraria a "intenção de influenciar, de algum modo, o ouvinte". Sem pretender uma discussão alongada sobre a pertinência desta divisão no que diz respeito à postulação de categorias discursivas distintas, anote-se diferença apontada por Benveniste pode ser entendida como formas discursivas distintas. Privilegiar uma ou outra (ou seu grau de incidência, visto que "passa-se de um a outro instantaneamente, (...) [sendo que] o próprio da linguagem consiste em permitir essas transferências instantâneas" (idem, pg 226) é consequência dos interesses do locutor, dos efeitos de sentido que pretende, do que da presença ou ausência de subjetividade.

Em outras palavras, está se postulando que tanto o que Benveniste chama de "discurso" como o que chama de "história" são formas de discurso e devem ser vistas como diferentes estratégias discursivas, estando sua escolha, o valor investido e o privilégio de uma ou outra relacionados aos efeitos de sentido que pretende o locutor. (cf. Osakabe, 1979). No limite, pode-se imaginar um discurso todo em terceira pessoa fortemente subjetivo ou um discurso feito em primeira pessoa que seja histórico.

O que esta estratégia permitiria, entre outras coisas, seria a existência, pelo menos ao nível textual, de uma ênfase maior no sujeito ou no objeto do discurso. A enunciação histórica pensada por Benveniste seria o lugar por excelência da função referencial da linguagem.

A literatura realista do século XIX, um dos exemplos analisa-

dos por Benveniste, caracterizaria bem esta estratégia pela evidência com que é mostrada a escolha: seus teóricos, ao defenderem o narrador onisciente, pretendiam o "desaparecimento do narrado", de modo que "os fatos falassem por si", alcançando maior poder descritivo e verossimilhança. Este tipo de narração seria, então, uma técnica literária que se adequaria aos objetivos do autor.

Os textos científicos de um modo geral e, como regra, também os relatos de caso clínico, interessados em desviar a atenção do interlocutor para o objeto do discurso, igualmente utilizam normalmente este expediente, ainda que a presença de verbos em outras pessoas, em particular na primeira pessoa plural, não necessariamente signifique um discurso marcado pela subjetividade. De fato, mais do que a presença desta ou daquela marca de pessoa, é o modo como são arranjados os recursos disponíveis que faz com que cada marca assuma este ou aquele valor. Um discurso que use regularmente a primeira pessoa do plural investe-a de um valor diferente de outro que a use contrastivamente à presença da terceira ou primeira pessoa do singular. Que sirvam de exemplo os dois relatos de caso analisados páginas atrás.

O esquema de construção do relatório Pinotti apresenta elementos significativos nesta perspectiva. Conforme já se assinalou, há um predomínio da terceira pessoa e a presença contrastiva de marcas de primeira pessoa, concentradas nas partes do relatório correspondentes à introdução e à discussão do caso. Se se tomarem os parágrafos 2º, 3º, 4º e primeiro período do 6º, que correspondem ao "relato ordenado dos fatos médicos", ver-se-á que ocorre aí uma narração típica de terceira pessoa, com nítido destaque dos fatos em detrimento dos sujeitos de discurso envolvidos, ou seja, há uma nítida opção pelo referente.

Esta característica torna-se evidente não apenas pelo predomínio da terceira pessoa (há, em todo o trecho, uma única primeira pessoa - "nossa", de nossa responsabilidade), mas pela própria organização sintático-semântica do trecho, com larga utilização de voz passiva (43 ocorrências de um total de 55 em todo o relatório), nominalizações e sujeitos causativos, objetivos ou instrumentais na voz ativa e a indicação apenas de agentes "técnicos". Em suma, desaparecem não apenas as marcas do locutor como também tudo aquilo que poderia remeter de volta a ele: os fatos não apenas falam por si, como tornam-se absolutos, incontestes.

Tomem-se, como exemplos, os seguintes trechos do relatório:

1. "O decurso dessa segunda intervenção foi razoavelmente bom, a ponto de ter-se aberto perspectivas de alta hospitalar. Todavia um inesperado sangramento intestinal exigiu, no dia 26 de março, a rápida remoção do paciente para São Paulo".

2. "No dia 9 de abril, pela necessidade da manutenção prolongada da ventilação pulmonar artificial, praticou-se uma tranquiostomia."

3. "em função dos repetidos surtos de bacteriemia e da necessidade de restrição hídrica para recuperação pulmonar, os rins do paciente passaram a sofrer conseqüências que tem exigido adoção de medidas terapêuticas rigorosas, tais como hemodiálise e ultrafiltração."  
(grifos meus)

Os três trechos correspondem a três momentos críticos da história da doença de Tancredo Neves, que implicaram em decisões importantes, tanto do ponto de vista clínico como do político. No entanto, em todos eles os "fatos médicos" são apresentados de tal forma que

qualquer discussão sobre a correção ou não das decisões torna-se impertinente. Mais do que isto, aparentemente não houve decisão, dado que não havia outra coisa a fazer: é o sangramento intestinal que exige a remoção do paciente; são as consequências que exigem a hemodiálise e ultrafiltração; é a necessidade da manutenção prolongada da ventilação que determina a traqueostomia.

Anote-se a relação sintático-semântica estabelecida nestes trechos: em (1), há um sujeito causativo que determina uma ação médica que aparece nominalizada; em (2), a causa aparece nominalizada antecedendo o ato médico descrito em voz passiva sintética; em (3) tem-se inicialmente a indicação da causa, seguida da consequência causada pelo ato médico descrito por uma nominalização, que se torna sujeito de "exigir", que tem como objeto outro ato médico, novamente descrito por uma nominalização.

A força deste argumento fica patente quando se analisa com atenção o verbo "exigir". Seu uso neste tipo de construção não é uma peculiaridade deste relatório (o locutor raramente "inventa" um recurso), sendo até comuns expressões em que algo não-humano exige algo, estando em seu escopo significativo a idéia de inevitabilidade, de negação de vontades ou de ponderações contrárias. Se A exige B, A não ocorre sem B, ou B ocorre por exigência de A.

Se isto pode ser considerado como constitutivo da palavra exigir, a sua escolha pelo locutor implica no "apagamento" de seu papel na tomada de decisão. É que diferença faria dizer que a equipe médica decidiu pela rápida remoção por causa de a, b, c! Dizer desta ou daquela forma implica no ponto de vista que o locutor assume perante o fato.

Para completar, a ocorrência de "o sangramento exigiu" acontece numa frase adversativa que reorienta argumentativamente a afirmação que a antecede e que fala em alta hospitalar, outro fato clínico, decorrente do bom decurso da segunda operação. O sangramento "inesperado" é a causa clínica que determina toda uma mudança no tratamento de Tancredo Neves. Houve, entretanto, um fato de discurso anterior, tendo o doutor Pinotti declarado às vésperas da transferência de Tancredo Neves para São Paulo que ele teria alta em oito dias e o boletim do dia 24 de março falava em alta na sexta-feira (29/03/85). São fatos de discurso que desaparecem no fato clínico.\*

Ao ser apresentado desta maneira, o "relato ordenado dos fatos" transforma os fatos em absolutos, que falam por si e que não passam em nenhum momento, pela decisão de sujeitos, dispensando o enunciador. Será a necessidade clínica que, avaliada pela ciência médica, obriga a realização de um exame ou de uma intervenção cirúrgica. A ausência de marcas de locução e, mais ainda, a não indicação do agente emprestam ao relato a impressão de objetividade absoluta.

Talvez seja a partir deste tipo de questão que Clavreul (1978) fala em apagamento dos sujeitos do discurso e do alçamento do objeto à condição de sujeito do enunciado. Mas, para dizer isto, Clavreul precisa, ele mesmo, fazer um apagamento outro para poder ver aí a ocorrência de uma determinação e de um discurso que viveria autono-

---

\* A polêmica do anúncio da alta de Tancredo causou divergências entre os médicos e foi motivo de comentários nos relatórios das comissões de sindicância. (Ver anexo 2, §3 e anexo 3, §9).

mamente. Ao se reconhecer que tal estrutura não é independente, mas passa pela escolha dos sujeitos, estes reaparecem no discurso, por trás de sua impessoalidade, em seu trabalho de falantes efetivos.

## 5. A substituição e o sujeito

Mas nem todo o relatório está construído dentro destas características. Há, como já se disse, oito marcas de primeira pessoa no relatório, sendo sua presença já um aspecto interessante, em primeiro lugar, porque seria um "desvio" da prática de relato de caso e, em segundo lugar, porque contrasta, no interior mesmo do texto, com a terceira pessoa. Estivesse o relatório total ou predominantemente redigido em primeira pessoa, outro seria o efeito destas mesmas formas. O que torna estas ocorrências ainda mais significativas é que, à exceção de uma, todas acontecem nos trechos que, apesar de guardarem certa aproximação ao relato de caso em seu esquema básico, mais dele se diferenciam, dando a impressão de que elas dividem o texto.

Vejam-se as ocorrências:

1. "Na qualidade de responsável pela equipe de tratamento a que está sendo submetido o exmo. sr. presidente da República, doutor Tancredo de Almeida Neves, julgo importante transmitir algumas informações..." (§ 1, 1º período)

2. "No dia 20 de março, devido a problemas pós-operatórios, o sr. Presidente foi reoperado sob ~~oussa~~ responsabilidade, com a participação do doutor Pinheiro da Rocha e do

professor João Rezende Alvez." (§ 2, 1º período)

3. "é parecer de nossa equipe, que a infecção originária tenha sido agravada pelos seguintes fatores de risco:" (§ 5, período único)

4. "Tem sido necessária a contribuição valiosa de vários departamentos do complexo hospitalar da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ressaltando-se a atuação dos colegas da Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo sob nossa chefia, das clínicas de Urologia, de Cirurgia Vascul ar Periférica, de Neurologia, bem como de Cardiologia, Pneumologia, Anestesiologia e de Cuidados Intensivos do Instituto de Coração (§ 6, 2º e último período)"

5. "Estamos, todos os companheiros de equipe, com o apoio da família Tancredo Neves, buscando a difícil mas sempre possível recuperação do paciente (§ 8, 4º período)

6. "é importante, no entanto, deixar claro à opinião pública que não podemos esperar resultados rápidos" (§ 8, 5º período)

7. "O que temos pela frente vai possivelmente exigir um período prolongado e delicado de tratamento" (§ 8, 6º período)

8. "é, pois, nosso dever persistir obstinadamente, com todo o empenho na busca da plena cura do presidente Tancredo Neves". (§ 8, 7º período)

Estas ocorrências não devem ser entendidas todas da mesma maneira, tendo, cada uma, interpretação diversa, a partir do contexto

específico em que aparece. É o primeiro fato que salta à vista é que elas não diferem apenas em aspectos particulares, mas em sua própria referência. Os casos de "nossa responsabilidade" e "nossa chefia" (casos (2) e (4)), que a gramática tradicional classifica como pronome de modéstia, referem um sujeito individual, o mesmo que aparece em "julgo" (caso (1)); já o referente de "nossa equipe" (3) é um grupo de médicos, o "nós" de "estamos, todos os companheiros de equipe" (5) é contextualizado pelo próprio aposto e, finalmente, o referente das três últimas ocorrências confundem-se com um sujeito semanticamente indeterminado, estando próximo a algo do tipo "a opinião pública" ou "a nação brasileira".

Cabe observar que todos estes referentes, mais ou menos explicitamente, apresentam também referências em terceira pessoa. O "eu" de julgo é interpretado por "na qualidade de responsável pela equipe de tratamento", que se sabe, por informações exteriores ao texto, ser o doutor Pinotti; a "nossa equipe" (3) é co-referida por a "equipe médica" que aparece no início do sétimo parágrafo; "Todos os companheiros de equipe" é co-referido também no parágrafo sétimo como a "equipe conjuntamente com enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, laboratoristas e psicólogos"; e as últimas ocorrências são acompanhadas no último parágrafo, por "é importante deixar claro à opinião pública". A expressão "opinião pública" é equivalente referencialmente a "nós" de (7) e (8).

A identificação dessas relações referenciais não é garantida pelo pronome ou forma verbal em si, mas sim pela relação texto-contexto. Assim, em (2) o entendimento de "sob nossa responsabilidade" como referindo o agente de "operar" e identificando-o ao médico passa por

uma série de aspectos sintáticos e discursivos. A leitura de "sob" como marcador de agente da passiva é possível à medida em que não há outra indicação de agente; mas é também discursivamente tornada possível à medida em que trata-se de um ato médico e "responsabilidade" remete às obrigações sociais e profissionais do médico. Haveria aí um percurso do tipo: "foi operado por alguém" (possibilidade sintática); "este alguém é responsável" (possibilidade pragmática); "com a participação de" coloca os outros médicos num grau de responsabilidade menor; logo, "sob nossa responsabilidade" aponta o médico responsável pela operação, ou seja, o Dr. Pinotti, que já havia se apresentado como "o responsável pela equipe de tratamento" no início do relatório. É este percurso que permite essa interpretação. A novidade informativa está no fato da definição dos papéis dos médicos no tratamento, o que, se já estava estabelecido no momento em que se divulga o relatório, não estava no momento em que fora feita a segunda operação, tendo o boletim relativo à mesma sido assinado por vários médicos sem distinção de função.

Quanto ao exemplo (4), em que também aparece um pronome de modéstia, a solução é mais simples e sustenta-se num dado pragmático, a saber, que Pinotti era introduzido nos boletins médicos como chefe daquele departamento e não há no relatório referência a outros gastrocirurgiões. O que é mais interessante neste caso é a inclusão do departamento do qual ele lembra ser o chefe numa listagem de departamentos da Faculdade de Medicina e do Instituto do Coração, valorizando a "chefia". Observe-se que neste processo o pronome de modéstia não indica apenas o referente como ganha outra orientação argumentativa. Ao associar-se aos termos responsabilidade e chefia, é adjetivado pelos

mesmos: "eu, que sou o responsável"; "eu, que sou o chefe". Se do ponto de vista informativo estas referências pouco informam, do ponto de vista discursivo elas têm um papel importante, porque contribuem para construir uma determinada imagem do locutor. Ao referir-se como o responsável pelo tratamento e como chefe do departamento, o locutor chama a si um lugar e uma função que lhe teriam sido outorgados pela instituição (daí a importância da lista de departamento da Universidade de São Paulo), reafirmando seu direito de operar o presidente e de dizer a palavra médica sobre seu estado de saúde. O pronome de modéstia transforma-se em "pronome de autoridade".

Somadas ao "eu" de julgo (1), estas ocorrências de "nosso" são as únicas auto-referências do locutor individualmente. No restante do relatório encontra-se uma orientação discursiva contrária, com a omissão do agente dos atos médicos presumivelmente realizados pelo locutor e a indicação do agente sempre que este for outro médico. Lembra-se, assim de que a primeira cirurgia foi realizada pelo doutor Francisco Pinheiro da Rocha, que os exames ou atos técnicos especializados foram conduzidos por médicos das respectivas especialidades e que autoridades governamentais atuaram prontamente sempre que seu auxílio foi necessário.

A primeira hipótese para justificar a indicação do agente da primeira operação sai do próprio interior da tradição médica, seja porque um relato de caso começa no momento em que o médico que o relata recebeu o paciente, estando os fatos anteriores incluídos na "história progressa", seja porque não indicar o responsável da primeira cirurgia seria anti-ético. De fato, o relatório parece coerente com esta possibilidade, indicando sistematicamente o agente de um ato mé-

dico sempre que este não seja o próprio locutor. Ter-se-ia, então, uma "regra" institucional que atuaria sobre a constituição do discurso médico, obrigando-o a indicar os responsáveis pelos atos médicos a cada vez que estes não sejam feitos pelo locutor.

A indicação das autoridades governamentais e de administradores de institutos de saúde, no entanto, não se explicaria da mesma forma, já que tecnicamente não há necessidade de tal indicação. O locutor estaria, então, considerando uma outra "regra", não mais institucional, mas social, indicando aqueles agentes em reconhecimento ou agradecimento a atitudes que, apesar de não-clínicas, teriam contribuído para o tratamento do paciente. Assim como seria anti-ético não indicar aqueles, seria uma falta de educação não indicar estes.

Avance-se um pouco mais com a questão da "regra ética". Há realmente comportamentos, previstos na ética médica, que um médico deve ter em relação a outros médicos e o próprio Conselho de Medicina de Brasília identificou comportamentos considerados anti-éticos durante o tratamento de Tancredo Neves\*. Mas não está entre estes comportamentos indicar ou não num relato de caso os responsáveis por exames, sendo mais frequente sua não indicação. Se se retomam as referências do relatório aos médicos que tiveram alguma participação no tratamento de Tancredo Neves, e se se considerarem os contextos em que aparecem, bem

---

\* - "Há indícios de que a relação entre alguns médicos foi de hostilidade e desrespeito aos padrões éticos. Os implicados foram indiciados em processo ético-profissional" (Nota à população e a classe médica - CRM de Brasília, 5 16)

como o "valor" dos nomes dos indicados, percebe-se que, além de respeito à ética, elas cumprem outras funções discursivas. No caso da indicação do responsável pela primeira cirurgia, reafirma-se, e isto "é importante", que não foi o locutor quem a fez e que não deve ser responsabilizado pelos seus resultados (cf. a análise de "nossa equipe" mais adiante); já, ao afirmar que a investigação do quadro imunológico foi "coordenada pelo professor Vicente Amato Neto", além de informar que não foi ele quem a fez, o locutor lembra que a investigação foi feita pelo mais renomado imunologista do país. É poder-se-ia lembrar ainda que esta não é sua área específica, que a medicina trabalha em equipe etc.

Em suma, aparentemente sem marcar sua subjetividade (que estaria "apagada" nas formas de terceira pessoa), o locutor utiliza-se de uma regra institucional (a ética) e de uma regra social (a modéstia) para fazer, num momento, um argumento de exclusão e, noutro, um argumento de autoridade. Algo do gênero: 'não sou o responsável pela internação e pela primeira cirurgia, e por isso não me comprometam com ela'; 'o meu trabalho é bem feito, veja com quem eu trabalho'; e, ainda, 'as autoridades confiam em mim e me apóiam'.

Há ainda um pequeno detalhe a ser considerado nesta relação: trata-se do título anteposto ao nome de cada médico, doutor ou professor; se, do ponto de vista do nível técnico-profissional, o locutor apenas informa o nível de cada um ao lembrar que o médico Pinheiro da Rocha é apenas um doutor, enquanto que ele, Vicente Amato e João Batista Rezende Alvez são professores, do ponto de vista discursivo ele está novamente marcando uma diferença e construindo para si e seus colaboradores a imagem de médico de competência institucionalmente mais

reconhecida.

O que estes fatos indicam é que, no interior da função institucional ou, mais especificamente, através dela, há um locutor que busca posicionar-se, angariar apoio e fazer distinções.

O exemplo (3) das ocorrências de primeira pessoa, "nossa equipe", parece exemplar neste sentido. Já se anotou que sua referência é diferente das anteriores, não podendo ser lido como um pronome de modéstia, mas como referindo-se de fato a um grupo de médicos, e isto se deve às próprias relações contextuais e situacionais estabelecidas, completamente diferente das anteriores. Em primeiro lugar, porque o tipo de termo que acompanha "nosso" impede, por seu sentido usual que este seja lido como referindo-se apenas ao locutor (equipe é um coletivo, que supõe um referente plural); não há como imaginar uma "nossa equipe" como igual a "o médico", pelo menos nas condições padrões de atendimento médico. Em segundo lugar, porque esta ocorrência vem depois do relato do caso Tancredo, feito em terceira pessoa, e anuncia uma avaliação técnica dos médicos que o acompanhavam. E, em terceiro lugar, porque há, logo adiante, outra referência à equipe médica feita em terceira pessoa. Assim, é preciso ler-se "nossa equipe" como um grupo de médicos que trabalham em conjunto.

Os aspectos acima descritos em que o "nosso" de "nossa equipe" aparece lhe dão certos contornos, mas não explicam nem sua ocorrência nem sua significação nem mesmo precisam seu referente, isto é, não indicam quais médicos fazem parte da "nossa equipe" e quais estão dela excluídos. Na verdade, as ocorrências de "nosso" não se explicam plenamente nem por regras sintáticas e, talvez, nem por "regras" de construção de texto. Sua interpretação também não é possível apenas

por regras semânticas nem por procedimentos interpretativos que tomem em conta exclusivamente o texto. Ao contrário, somente considerando-se fatores de situação pode-se tanto resgatar o porquê da escolha de um ou outro recurso expressivo quando interpretá-los.

Da leitura dos boletins médicos pode-se reconstruir mais de uma equipe, já que, no decorrer do tratamento de Tancredo Neves, a equipe médica que assinava os boletins modificou-se várias vezes, não sendo estes suficientes para "informar" de qual "nós" fala o locutor. Para se reconstituir não só essa equipe como também outras possíveis, é necessário saber dos acontecimentos de Brasília, das disputas internas entre os médicos\* e do lugar em que trabalha Pinotti.

São estas circunstâncias que explicam a ocorrência de "nossa equipe" ao invés de "a equipe médica". Aquela, diferentemente desta, implica em outras equipes médicas, que podem ter outros pareceres. Em outras palavras, tal expressão, de uma só vez, explicita a existência de um grupo e implícita a de outro (novamente, cabe observar que esta possibilidade é situacional, na medida em que a história do caso Tancredo Neves relata divergência e disputa entre os médicos, e contextual, pelo contraste com "a equipe médica" do parágrafo sétimo). Do ponto de vista de seu valor significativo, ter-se-ia aí um "nós" do tipo excludente, e que exclui não apenas o interlocutor, já que "a

-----

\* - tanto o texto final da comissão de sindicância do CREMESP quanto o divulgado pelo CRM - Brasília reconhecem que houve divergência entre os médicos. O documento de Brasília chega a falar em professo ético-profissional (ver anexos 2 e 3)

equipe médica" também o faria, mas principalmente outros médicos.

E por que isso? Em "é parecer de nossa equipe" não há verbo agentivo, mas "parecer" remete a uma ação social que pede um ator: ato jurídico, institucionalmente autorizado, a ser realizado por profissional capaz e não por qualquer pessoa. Nele se reconhece que "houve retardo na internação do paciente", internação que já fora debitada na conta do Dr. Pinheiro da Rocha. O parecer, então, não apenas exclui a outra equipe como a coloca em evidência através de uma crítica a sua conduta.

Benveniste (1946) anota que "nós" não é um plural de "eu", mas uma somatória de "eu + outros", sendo que é sempre "eu" que predomina (pg 256). Anote-se que, no caso do relatório, o "eu" suposta na ocorrência (3) se quer duplamente desconsiderado: em primeiro lugar, porque dilui-se num grupo como forma de reforçar seu argumento (o parecer não é meu, mas da equipe); e, em segundo lugar, porque exige o [-eles] (eles = outra equipe) para tornar-se significativo. Mais explicitamente, este "nós" de nossa equipe" exige, para seu pleno entendimento, a localização de três lugares: o da equipe médica que emitiu o parecer; o do interlocutor excluído (você = opinião pública); e o da outra equipe (eles). É no interior desta relação que o locutor espera que o interlocutor o veja, relação que não é mais fala de instituição, mas marca de posição dentro dela.

Retomando o raciocínio desenvolvido no item 3, pode-se dizer que, transitando no interior do discurso primeiro, que se quer técnico, impessoalizado, "um discurso ordenado dos fatos", há um outro discurso que se individualiza e marca a diferença, que ordena os fatos narrados, seleciona-os e esconde-se atrás deles. Se, do ponto de vista

da relação medicina-opinião pública, o que está em jogo é o papel da instituição, do ponto de vista interno à medicina, é a disputa pelo poder, pelo direito de representá-la.

Ao diluir-se no interior de um discurso impessoal, este sujeito busca confundir-se com ele, amparar-se nele. Não será o Dr. Walter Pinotti quem chefiará a equipe, mas sim o Professor Doutor, titular da cirurgia do aparelho digestivo da Universidade de São Paulo. Se Pinotti se arvora no direito de dizer o que disse, é porque se pretende autorizado a fazê-lo pela própria instituição médica.

Para fazer isto, o locutor se utiliza tanto de marcas de primeira pessoa quanto de terceira pessoa, ora fazendo referência explícita a sua pessoa, ora omitindo essas referências e escondendo-se na terceira, seja através da citação de outros profissionais, seja através da transformação de um fato de discurso (anunciar a alta do paciente) em fato clínico ("o decurso da segunda operação abriu perspectivas de alta hospitalar"). Em outras palavras, é através de sua atividade, dentro dos espaços e disponibilidades linguísticas, que o locutor escolhe este ou aquele recurso e o investe de valores que sua estratégia discursiva quer construir e espera que o interlocutor os adote. Para marcar a força do fato clínico e a sua diferença em relação a outros médicos envolvidos no tratamento de Tancredo Neves, num diálogo surdo e interior à medicina, o médico buscou na própria tradição médica os recursos mais adequados aos seus interesses.

#### 6. À MEDICINA SE SUBORDINA

Há ainda uma terceira orientação discursiva no relatório. Re-

tomem-se as ocorrências de marcas de primeira pessoa que ficaram sem comentários no item anterior (5 a 8). Elas apresentam em seu co-texto várias mudanças importantes de forma na organização geral do relatório: em primeiro lugar, porque correspondem aos quatro últimos períodos do relatório, cuja tônica, como já se frisou anteriormente, é o uso da terceira pessoa; em segundo lugar, são frases em voz ativa, com sujeito humano, agentivo, quando o relatório organiza-se em frases ou na voz passiva ou, então, na voz ativa com sujeitos causativos ou instrumentais; em terceiro lugar, trazem afirmações opinativas, quando a dominância, até este ponto, havia sido de afirmações objetivas.

Em que medida estas mudanças seriam necessárias, se ainda no mesmo parágrafo encontram-se frases de acordo com a estrutura geral do texto e, no parágrafo anterior, vê-se uma referência à equipe médica em terceira pessoa? Aparentemente, uma paráfrase em terceira pessoa deste trecho não interferiria no "conteúdo informacional" do texto.

Estas mudanças, entretanto, são centrais para os interesses do locutor, concentrando a informação mais importante do relatório: a que fala das possibilidades de sobrevivência de Tancredo Neves. De fato, as mudanças da estrutura do texto estão acompanhando uma mudança do eixo argumentativo do relatório. Ao apresentar-se a si e aos outros membros da equipe como "companheiros" (exemplo 5) e garantir que seu trabalho tem o apoio da "família" Tancredo Neves, o locutor quer mudar a imagem que vinha fazendo de si para seu interlocutor. Estabelecido o quadro clínico, o médico despe a roupa cirúrgica: não é mais o técnico quem fala, mas o homem e, além do compromisso profissional, há o envolvimento e a abnegação pessoal. Além do "desejo de saber", há a "desejo de curar". "Companheiros de equipe" carrega de afetividade o su-

jeito "a equipe médica" (nós), dando-lhe uma face humana; um sujeito que "busca a difícil cura", que age de "maneira harmônica", que "persiste obstinadamente, com todo empenho, na plena cura", que se apóia "na família". Ao fazer isto, o locutor posiciona-se como cidadão perante o mesmo fato diante do qual, também através de um aposto (is período), havia se posicionado como técnico. E aí não poderia mais ser "o responsável pelo tratamento", "o chefe da equipe", mas apenas um dos "companheiros".

Ato contínuo, a expectativa de adoção desta mesma atitude será estendida, nos períodos seguintes, a um conjunto ainda maior. Em "o que temos pela frente" (7), tem-se uma construção que permite tanto uma leitura de sujeito indeterminado ("o que se tem pela frente"), como de um sujeito determinado, subentendendo 'nós, que estamos interessados na cura do paciente', ou seja, 'a noção brasileira'. Não é casual que o locutor abandone neste momento a postura técnica, que descreve fria e precisamente os fatos, e recorra a noções vagas como "companheiros", "família", "difícil mas sempre possível". A própria construção "o que temos pela frente" é investida desta vaguidade, a exemplo do que acontece em discursos morais.

A importância deste tipo de recurso requer maior esclarecimentos. Osakabe associa o uso de noções vagas à "função persuasiva", salientando que elas constituem um "a priori cognitivo", ou seja, um conjunto plenamente satisfatório de noções que o locutor crê que sejam aceitas pelo próprio ouvinte, ocorrendo como "instâncias últimas", jamais questionadas ou questionáveis. Em outras palavras, se há o que colocar em discussão, não será o próprio sentido ou o sentido pro-

posto pelo locutor, mas aquele atribuído ao adversário\* (Osakabe, 1977:67 e 68). Tais noções fazem parte dos "discurso edificantes", comuns a manuais escolares, textos de orientação morais, éticos etc, que impregnam o dia-a-dia das sociedades modernas, e "cujos componentes são invariavelmente, em última instância: a Pátria, a Família e a Religião, fundados em valores difusos como Bem, Mal, Certo, Errado" (Osakabe, 1984:151).

Este raciocínio torna particularmente interessante a presença de "nosso dever" (8). O mesmo termo que já referiu um sujeito individual (2 e 4) e um grupo de médicos em oposições a outro (3), remete agora a uma noção completamente diferente. Se, a exemplo do que acontece com as duas ocorrências imediatamente anteriores de primeira pessoa do plural (6 e 7), pode-se também aí postular um "nós" indeterminado ou genérico, de nenhuma maneira perde-se a remissão ao valor ["+humano"] como mostram as paráfrases "é dever de todos" ou "é dever de cada um" ou, ainda, simplesmente "deve-se". E isto decorre exatamente da noção vaga "dever" que acompanha o "nosso" e da forma declarativa, deontológica até, que toma a frase. "É nosso dever" predica um comportamento social esperado, a exemplo de frases do cotidiano como 'é (nossa) obrigação', 'é (nossa) responsabilidade', que, noções vagas que são, trazem valor argumentativo absolutizado, excluindo toda pos-

\* - Veja-se que, neste caso, e diferentemente dos discurso de Vargas que Osakabe analisa, não há propriamente um adversário no mesmo nível de discurso: este seria a doença, o Mal que atingiu Tancredo e afligia a Família Brasileira.

sibilidade de constatação.

Se o "nosso" de "nossa equipe" era excludente, este deve ser considerado inclusivo, dele só se excluindo aqueles que quiserem ser excluídos; ou seja, não é o pronome que exclui (e, portanto, não é aquele que o enunciou), mas sim o próprio indivíduo, ao não aceitar o "dever de persistir obstinadamente". Após assumir para si o compromisso técnico-institucional ("nossa responsabilidade") e ético ("a equipe médica... todos agindo de maneira harmônica, em alto nível de dedicação e consciência das elevadas responsabilidades assumidas"), o locutor estende à opinião pública o compromisso moral ("é nosso dever") de lutar pela causa médica e humana de curar Tancredo Neves. Não é casual a proximidade deste "nosso" com aqueles que se encontram em frases que se referem à pátria, à nação brasileira, como 'nossa bandeira' ou 'nossas riquezas', tão comuns em cartilhas escolares. Objetivamente, o "nosso dever" não se estende a argentinos ou chineses, mas apenas a brasileiros.

Para chegar a esta situação, o locutor usou de vários recursos, que vão desde as regras institucionais e sociais até usos de linguagem próprios a outros contextos ("companheiros", por exemplo, não é um termo normalmente usado na medicina, mas em contextos políticos, sociais ou de cotidiano). Partindo da referência distante da terceira pessoa e do pronome de modéstia, ampliou progressivamente o rol de pessoas comprometidas com e interessadas no tratamento e cura de Tancredo Neves. Assim, do "nosso" = 'eu' da primeira ocorrência, passa-se por várias terceiras pessoas nomeadas (os técnicos que atuam tecnicamente, mas que apóiam o 'eu' inicial), para, em seguida, ampliar o "nosso" para "nossa equipe" ou "a equipe médica", que, por sua vez,

será engrossada por outros técnicos no parágrafo sétimo, tornando-se uma equipe multidisciplinar e que, já no oitavo parágrafo, transformasse em "companheiros de equipe" que, com "o apoio da família", buscam a difícil cura. A grande equipe, a nação brasileira, surge naturalmente deste processo, a um só tempo, sintático, semântico e pragmático.

Esquemáticamente, tem-se (o sinal "-->" equivale a "ampliam-se em"):

nós (1) = eu --> eu = médico responsável --> médico que trabalha com outros médicos --> nós (2) = a equipe --> que trabalha com outros profissionais (laboratoristas, enfermeiros, psicólogos) --> equipe multidisciplinar (todos trabalhando harmoniosamente) = companheiros de equipe --> que têm o apoio da família = todos que lutam pela cura do presidente --> e esperam a solidariedade da opinião pública --> é nosso dever = é dever de todos = a nação brasileira na luta pela cura de Tancredo Neves (axioma moral)

Neste processo em que todos estão envolvidos surge a face humana da medicina, que coloca seus conhecimentos e poderes (o desejo de saber) a serviço da vida (o desejo de curar).

## 7. Um discurso fundador

A análise até aqui desenvolvida aponta para aspectos do relatório que autorizam a sua leitura como algo que vai além da leitura

política que dele se fez na época e que foi reiteradamente negada pelo médico e pela comissão de sindicância do Conselho de Medicina de São Paulo.

Tal recusa, obviamente necessária, pois, caso contrário, estaria o médico assumindo ter-se imiscuído em assunto que não seria de sua competência, tem como fundamento, além do fato de que tal interpretação se situa ao nível de implícitos da enunciação, a própria organização textual do relatório, que se insere, em linhas gerais, na prática de relato de caso, comum à medicina. Além disso, no próprio artigo de Clóvis Rossi, comentado no início deste capítulo, diz-se que os médicos, já havia algum tempo, "pretendiam transmitir à opinião pública um quadro completo de todo o processo clínico-terapêutico desde a primeira internação" (ver anexo 5)

Claro que nada disto poderia evitar a leitura política, seja porque o paciente era quem era, isto é, o próprio presidente da República, mais ainda, "o fiador da transição democrática", seja pelas circunstâncias particulares que cercavam a internação do paciente, seja, finalmente, pelo próprio trabalho significativo que os interlocutores podem fazer e que, de fato, fizeram. Mas, se seu fim último fosse político, este não pode ser imaginado como um simples recado (que bem podia ser dado em "off", como provavelmente terá ocorrido), mas como uma cartada política mais alta do médico ou do grupo do qual ele estivesse sendo porta-voz.

O relatório diz mais e parece ter razões internas à medicina. Cabe, então, perguntar que razões são estas, a que outros efeitos de sentido visaria o locutor.

Já se viu no item 1 deste capítulo que o episódio da interna-

ção de Tancredo Neves fora cercado de expectativas e ansiedades. Pelo menos parte desta ansiedade decorreu das dúvidas e desinformações a respeito das condições clínicas do paciente, que, de alguma forma, criavam um clima de insegurança. Tomem-se, a título de exemplo, algumas manchetes da época (todas da Folha de São Paulo, donde se tomou parte do corpus auxiliar desta tese):

"Da: Risoleta irrita-se com boatos" (18/03/85)

"No Congresso, um dia de boatos e ceticismo em relação aos boletins" (19/03)

"Na entrevista coletiva, os médicos tranquilizam" (22/03)

"Especialistas questionam boletins" (23/03)

"Médico Paulista diverge da equipe de Brasília" (23/03)

"Foram treze dias de tensão e desinformação" (27/03)

"Contradições marcam boletins e declarações dos médicos" (27/03)

"Médicos enviaram relatório sigiloso ao CRM" (1/04)

"Médico do Hospital de Base não confia nos boletins" (1/04)

A estes exemplos poderiam ser acrescentados outros, tanto oriundos da imprensa como presentes nos boatos de que Tancredo Neves teria sido vítima de atentado a tiro, envenenamento, ou até o anúncio de sua morte feito por uma rádio.

Havia, então, um quadro que indicava que a população, representada por aquela gente que se aglomerava à frente do Instituto do Coração, não estava suficientemente esclarecida, o que levaria a "opinião pública" a duvidar da palavra médica e, até, da possibilidade da

medicina de cuidar do paciente. Médicos importantes, como o presidente da Associação Médica Brasileira, o doutor Nelson Proença, chegam a declarar "sua preocupação com a credibilidade da própria medicina". Dizia Nelson Proença: "os boletins são contraditórios" e "a verdade ainda é a melhor solução" (F.S.P. 21/03/85).

O próprio Conselho Regional de Medicina de Brasília reconheceu esta "ameaça", como fica atestado em várias passagens de sua nota à população e à classe médica (anexo 3), particularmente na introdução e nos § 12 e 14.

Era a medicina brasileira que estava ameaçada. Havia uma cobrança pública no que diz respeito à sua capacidade de cuidar da saúde do paciente e, por extensão, à sua própria condição de prática social.

É este contexto que explica a divulgação do relatório, ou seja, a necessidade de "transmitir informações que viariam melhor esclarecer a opinião pública". E que torna coerente o caráter institucional que o locutor reivindica para si. É ainda este contexto que permite que se reinterprete o relatório a partir das leis da informatividade, da exaustividade e da litotes. Tomando a reinterpretação que Osakabe (1977:79), "tendo em vista o discurso", faz da primeira delas e que aqui se estende às demais, é lícito dizer que, dados os questionamentos que se faziam à medicina, todo ele é "informativo", já que funcionalmente considera-se que o interlocutor tinha um conhecimento dos fatos distinto daquele que tinha o locutor. Mais do que isto, admitindo que o conhecimento que o interlocutor detinha contribui para que ele fizesse uma imagem "equivocada", tanto do referente (o tratamento dispensado a Tancredo Neves) como do locutor, era necessário investir na mudança desta imagem (sobre a noção de imagem, vejam-se Pêcheux (1969)

e Osakabe(1977)).

Se se retoma o esquema da organização textual do relatório, ver-se-á que tanto as partes que correspondem ao esquema do relato de caso como aquelas que se afastam dele fazem parte da estratégia discursiva do locutor: é necessário "informar" à noção brasileira ("a opinião pública") o que é e o que pode a medicina. Não se busca, então, apenas ou fundamentalmente relatar um caso, mas convencer o interlocutor da capacidade, competência e compromissos da medicina. Neste sentido, também os trechos que não encontram correspondência nos relatos de caso se inscrevem na tradição médica: trata-se de explicitações de elementos éticos, previstos na deontologia médica (e por isso não aparecem nos relatos de caso: estão pressupostos). Trata-se, em suma, de afirmar o caráter humano da medicina, que, aliado ao seu caráter científico, a coloca numa posição privilegiada no que diz respeito à capacidade da saúde do homem.

Será somente após ter restabelecido o papel da medicina que o locutor dirá aquilo que poderia ser considerado como o que a "opinião pública" desejava ouvir: qual o estado real de Tancredo Neves naquele momento e quais suas possibilidades de recuperação:

"(...) o sr. presidente persiste vivo, embora com quadro que, apesar das dificuldades conhecidas, ainda apresenta perspectivas de cura" (§ 7, último período).

"(...) não se esperam sequelas. Não existem indícios de lesões irreversíveis em quaisquer órgãos." (§ 8, 1º período)  
(grifos meus)

é a voz médica recuperada que emite seu parecer. Por isso ela

vem quase ao final do relatório: mesmo considerando-se que tecnicamente o prognóstico deve suceder ao histórico, para os interesses do relatório, ele só faria sentido após haver-se resgatado a confiança e a adesão do interlocutor. Só aí teria a força que se desejava que tivesse.

Dentro desta análise, pode-se dizer que, se a um nível mais imediato a diferença entre o relatório Pinotti e os relatos de caso comuns estaria na presença de trechos inusitados naquele e na diferente orientação interlocutiva, num nível mais profundo, e decorrente da reorientação interlocutiva, a diferença está exatamente no caráter retórico que o relatório assume.

A ausência, em relatos de casos e até mesmo em outros momentos discursivos interiores à medicina, de trechos presentes no relatório Pinotti, explica-se pela própria concepção de doença, ciência e prática médica aí estabelecida (cf. Foucault e Clavreul). Ao apresentar, anotar ou estudar um caso, o médico não precisa preocupar-se com a adesão do interlocutor porque "os fatos falam por si". De alguma forma, a adesão é dada com estabelecida a priori e não passa nem pela necessidade da reafirmação do poder científico da medicina nem de sua ética. Daí poder-se afirmar que estes discursos cumpriam uma função basicamente referencial e tendem a apresentar-se em formas protocolares. Em outras palavras, poder-se-ia dizer que nos relatos de caso pretende-se que seu valor decorra do enunciado e não da enunciação.

O relatório Pinotti, ao contrário destes, mais do que informar, a partir de funções e imagens bem estabelecidas, busca exatamente construir uma imagem pública do tratamento de Tancredo Neves e, através dela, da medicina enquanto tal. Recuperando os valores fundamen-

tars da medicina ("o desejo de saber" e "desejo de curar"), aquele submetida a este), sua própria razão de ser, ele procura estabelecer o lugar e a função social da medicina. Desta forma, busca, a exemplo do discurso hipocrático, um caráter fundador, que, não sendo original, torna-se restaurador.

Retome-se aqui a Clavreul (1978), que identifica o "discurso médico" ao discurso hipocrático. Para este autor, isto se daria porque se encontram na medicina hipocrática os fundamentos metodológicos, epistemológicos e éticos da medicina. Ainda que não se tenha adotado nesta tese a concepção de discurso médico de Clavreul (cf. capítulo II) e sem se pretender estender suas observações a qualquer discurso produzido no interior da instituição médica, cabem bem três observações que ele faz sobre o discurso médico que se adequam perfeitamente ao relatório Pinotti:

"é diante do doente e da doença que o médico deve, sobretudo, afirmar seu poder" (pg 95)

"é com o prognóstico que o médico afirma seu poder" (pg 95)

"A mestria do médico é consagrada menos pela verificação (sempre duvidosa) de seu saber no decorrer dos exames da faculdade que pela prestação do juramento (por onde ele dá testemunho de sua fidelidade e obediência à Ordem Médica) e pela demonstração em manter o discurso médico" (pg 88)

Admitindo-se estas postulações de Clavreul como regras de

construção do discurso, mais do que como fatos de discurso\*, pode-se dizer que o locutor do relatório as explora para criar um certo efeito de sentido. E aí, mais que Clavreul, é Luz (1979) que serve de referência: o discurso do Dr. Pinotti seria não uma instanciãção do "discurso médico" uno e indivisível, mas a expressão de um setor que se quer hegemônico da medicina naquele instante. E é por apresentar-se desta forma que ele deve ser entendido como "fundador" e não apenas como uma reprodução de uma instância discursiva superior a ele.

#### 8. Considerações finais

Procurou-se nesta análise fazer uma interpretação do relatório Pinotti que, mais do que recusar a inevitável leitura política que se fez dele, busca entender em sua própria estrutura, nas palavras dos médicos sobre ele e em seu contexto de aparecimento, o modo como se organiza e os efeitos de sentido que quis produzir. Viu-se, assim, que sua inserção na tradição médica e sua forma descritivo-narrativa funcionam como elementos argumentativos em defesa de uma concepção da função da instituição médica que estaria ameaçada em seu prestígio ou assim se sentia. A forma inusitada e surpreendente de seu aparecimen-

---

\* - Nem o diagnóstico nem a relação médico-paciente nem o prognóstico são, dentro dos parâmetro definido nesta dissertação, fatos puros de linguagem, mesmo que apresentando uma face linguística. Eles são também fatos epistemológicos, sociológicos, psicológicos etc.

to, a presença de aspectos pouco comuns à prática de relatos de caso e levou o seu contexto de aparecimento, pelo menos parte deles, a interpretá-lo como dizendo mais do que seu sentido literal. As respostas dos médicos a estas leituras e o desenrolar do caso Tancredo Neves, com a instalação de comissões de sindicância pelo Conselho Regional de Medicina de Brasília e de São Paulo e de processo ético-profissional contra os médicos de Brasília, mostram que, além do político, havia motivos próprios à medicina para sua divulgação. Neste sentido, pode-se falar em pelo menos dois fatos discursivos desencadeados pelo relatório (a leitura política e a que aqui se chamou de fundadora), ambos superpostos ao caráter polêmico e retórico que ele assumiu, não na sua forma explícita (que, como já se disse, quer ser "um relato ordenado dos fatos médicos relacionados ao paciente"), mas nos jogos significativos construídos pelos locutores.

O que é mais uma vez necessário ressaltar é que, dados os recursos expressivos que a língua oferece e as condições em que o discurso se produz, o locutor os investe de valores que sua estratégia discursiva quer construir e espera que seu interlocutor os adote, o que não está a priori garantido. Como quer Coudry (1986:97), a construção conjunta da significação pelos interlocutores não resulta de uma "derivação", (...) mas do resultado de estratégias que os interlocutores põem em jogo na composição das expressões aos múltiplos fatores contextuais e de ação recíproca."

É neste sentido que a análise aqui desenvolvida afasta-se de enfoques como o de Benveniste. Para este autor, era o próprio aparelho formal que garantia o tipo de discurso, cabendo ao locutor apropriar-se destas marcas. Em seu artigo *L'appareil formel de l'association*

(Benveniste, 1970), o autor francês leva ao limite a possibilidade de inclusão do sujeito numa análise linguística de base estruturalista, procurando descrever os elementos deste aparelho que autorizassem ao locutor apropriar-se subjetivamente da língua. Na concepção adotada nesta dissertação, as formas linguísticas apresentam-se todas como possibilidade ao locutor, sempre presente no discurso. Na análise das marcas de primeira pessoa encontradas no relatório, por exemplo, viu-se que o "nosso" de "nossa responsabilidade" não está investido de subjetividade, no sentido de Benveniste, da mesma forma que o "nós" de "estamos, todos os companheiros de equipe", e isto se dá pelos contextos sintáticos, textuais e pragmáticos em que cada um aparece. Lá recupera-se um lugar institucional, aqui se vislumbra um cidadão, um homem e seus companheiros; lá recupera-se a técnica médica, aqui, a ética. Vejam-se, ainda, os contextos: "nossa responsabilidade" está numa construção em voz passiva, com sujeito paciente em terceira pessoa, indicação indireta de agente e narrativa fatural; no outro caso, tem-se voz ativa, sujeito agente em primeira pessoa, verbo no presente e noção vaga. Tais construções, além de possibilidades sintático-semânticas, são fruto da atividade do locutor, de sua escolha.

Concluindo, não são as formas em si que garantem uma possível subjetividade ou impessoalidade, maior ou menor presença de valores persuasivos etc. São, isto sim, os interesses e estratégias do locutor e do interlocutor que, trabalhando sobre elas e sobre o que elas historicamente trazem consigo, investem-nas de efeitos de sentido. Dados o caráter histórico social deste trabalho e o trabalho do interlocutor sobre o discurso, o locutor não pode ser visto como um criador que inventa formas. Ele trabalha sobre um produto já existente, porém nunca

completo ou de contornos definidos. Daí falar-se em quase-estrutura, em indeterminação da linguagem.

## CONCLUSÃO

Conforme anunciou-se na introdução e procurou-se demonstrar no decorrer desta dissertação, o discurso - enquanto entidade linguística -, caracteriza-se, antes de mais nada, pela sua unicidade, num "processo pelo qual eu e tu aproximam-se pelo significado" (Osakabe, 1979:21).

Neste sentido, diferentemente do que advogaria uma noção tipológica, não será o conjunto de traços virtuais que interessará ao pesquisador, mas o fato linguístico efetivamente acontecido, quando um locutor, tendo em vista um determinado efeito de sentido, coloca em funcionamento os recursos expressivos que sua estratégia discursiva escolhe entre os disponíveis.

O discurso é o lugar de existência da língua. Não enquanto, ou simplesmente, uma instância aleatória onde se manifesta a forma regular e organizada da língua, mas sim como o lugar em que a língua ganha forma e significado. A linguagem não deve ser imaginada como uma estrutura acabada, fechada ou definitiva. Como quer Franchi (1975;1977), ela é caracterizada por uma radical indeterminação (isto é, não traz na raiz todos os elementos capazes de determinar o significado), que só se resolve na sua realização efetiva. Dada sua sócio-historicidade, a linguagem se reveste de valores e possibilidades (sintáticas, semânticas) que, postas em funcionamento no discurso, podem tornar-se precisas.

Tal aceção de discurso implica na recusa da noção de "tipofuncional", como seria o caso de "discurso médico". Isto, entretanto,

não significa que o pesquisador, ao fazer a análise de um discurso particular, desconsidere as relações que este discurso estabelece com, por exemplo, uma instituição ou não se preocupe em estabelecer as condições de produção em que tal discurso ocorreu. Mas não mais se vê o discurso como um instanciamento ou exemplo de uma entidade abstrata, anterior e superior à enunciação, caracterizada por um conjunto de traços ideológicos, sociológicos, epistemológicos.

A forma vaga com que tem sido usado o termo "discurso" (cf. Osakabe, 1979; Possenti, 1986) permite que haja a convivência de diferentes concepções. Apontaram-se algumas nesta tese, procurando-se anotar suas diferenças em relação ao que seria uma acepção linguística. Nos autores estudados (Luz; Foucault, e Clavreul), fica evidente que a concepção de discurso médico aproxima-se bastante à noção de "tipo funcional", sendo suas diferenças decorrentes do enfoque particular de cada autor (sociológico, epistemológico, psicanalítico). Grosso modo, pode-se dizer que para todos eles o "discurso médico" caracteriza-se por um conjunto próprio de valores, que permite o aparecimento de certas formulações e exclui outras (Foucault), que estabelece um modo determinado de relação intersubjetiva (Clavreul), que dirige a organização da medicina e é objeto de disputa (Luz). Na perspectiva deste tese, estas características, considerando que sejam próprias à medicina, participam da produção de discursos no interior da medicina, ora restringendo-o, ora criando condições para seu aparecimento, mas não são o discurso propriamente. Poder-se-ia lembrar, além desses, muitos outros fatores participam na produção de "discursos médicos" e que estes mesmos fatores podem participar na produção de discursos outros.

Em vista desta acepção de discurso, tomou-se o "relatório Pi-

notti" como um discurso particular e procurou-se ver os efeitos de sentido que, através dele, o locutor quis produzir ou produziu. O fato de ele aparecer como uma "voz" da medicina é, como se procurou mostrar, uma efeito de sentido intentado pelo locutor e não algo inerente ao discurso médico.

Viu-se, então, que o relatório foi tomado como um ato político, que informava aos dirigentes nacionais o que esperar do tratamento a que se submetia Tancredo Neves (um dos efeitos de sentido efetivamente produzidos), o que foi taxativamente negado pelos médicos. A partir desta recusa, tratou-se de buscar outros efeitos possíveis do relatório (atingidos ou não). Observou-se que o relatório, dada a ameaça de descrédito que a medicina brasileira estaria vivendo, apresenta a tentativa de restabelecimento do papel e do valor da medicina moderna, técnica e humana, e a disputa pelo direito de representá-la perante a sociedade. Foi neste sentido que se aproximou o relatório à "voz" de Hipócrates, tido como o pai da medicina ocidental.

## ANEXOS

## ANEXO 1

### RELATÓRIO PINOTTI

\*Na qualidade de responsável pela equipe do tratamento a que está sendo submetido o exmo. sr. presidente da República, doutor Tancredo Neves, julgo importante transmitir algumas informações que somadas às já divulgadas em boletins médicos conjuntamente com o professor doutor João Batista Resende Alves, vem melhor esclarecer a opinião pública sobre o seu quadro clínico e a terapêutica que está sendo aplicada. É importante reafirmar que, na noite de 14 de março, o sr. presidente Tancredo Neves, foi internado no Hospital de Base de Brasília e submetido à primeira intervenção cirúrgica em caráter de urgência pelo doutor Francisco Pinheiro da Rocha, para tratar de complicação aguda de afecção de intestino delgado, de caráter benigno, comprovando-se já haver infecção concomitante.

\*No dia 20 de março, devido a problemas pós-operatórios, o sr. Presidente foi reoperado sob nossa responsabilidade, com a participação do doutor Pinheiro da Rocha e do professor João Resende Alves. Nesta intervenção foi praticada secção de aderências intestinais, jejunoestomia descompressiva e reconstrução da parede abdominal. O decurso dessa segunda intervenção foi razoavelmente bom, a ponto de se ter aberto perspectivas de alta hospitalar. Todavia, um inesperado sangramento intestinal agudo e intenso exigiu, no dia 26 de março, a rápida remoção do paciente para São Paulo, o que foi possível devido ao empenho das autoridades governamentais. Graças à eficiente ação do professor Guilherme Rodrigues da Silva, superintendente do Hospital das Clínicas e contando com integral colaboração dos professores Fúlvio Pinazzi e Adib Jatene, o sr. Presidente foi internado no Instituto do Coração da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde se procurou, com maiores recursos técnicos, esclarecer o preciso ponto da hemorragia. O diagnóstico cintilográfico foi realizado pelo doutor Etevaldo Camargo e artereográfico pelo doutor Sérgio Lima. Não surtiu efeito a tentativa de coibir o sangramento através da injeção de medicamentos diretamente na artéria sangrante ao nível do ilíodistal. O sr. Presidente, foi então, reoperado sob anestesia geral conduzida pelo professor Rui Gomide do Amaral. Foi verificada a presença de uma artéria sangrante ao nível da sutura intestinal praticada na 1ª intervenção. Realizou-se a recepção do segmento intestinal que incluía sutura. Ainda nessa intervenção foi notada a persistência de infecção na parede abdominal. A partir dessa verificação, iniciou-se ampla e contínua investigação clínica e laboratorial da infecção, bem como do quadro imunológico coordenada pelo professor Vicente Amato Neto e sua equipe. Observaram-se assim, focos infecciosos com identificação das bactérias em catéter venoso utilizado até então na reposição de líquidos e nutrientes bem como material colhido da incisão operatória. O sr. Presidente vinha evoluindo bem dessa intervenção em relação ao abdome, sendo reintroduzida a alimentação oral no 3º dia do pós-operatório por ter havido movimentação intestinal.

\*No dia 2 de abril, devido a encarceramento irreduzível de alça intestinal conseqüente a hérnia inguinal esquerda de que era portador há cerca de trinta anos, o sr. Presidente foi submetido a outra operação, observando-se nesta oportunidade que havia também pequena quantidade de pus no saco herniário, a despeito da intensa procura an-

terior de foco infeccioso através de metodologia apropriada. Naqueles dias, agravaram-se os sinais de infecção, caracterizados por crises de febre, aumento das frequências cardíaca e respiratória, hipertensão arterial, vasoconstrição periférica e cianose. Na busca contínua de novos focos infecciosos, foram repetidamente, realizados exames clínicos, laboratoriais, cintilográficos e ultra-sonográficos. No dia 4 de abril, através de ultra-sonografia foram localizados pelo dr. Giovanni Ferri, dois abscessos abdominais imediatamente drenados através de duas pequenas incisões cirúrgicas. Após essa intervenção, considerando-se as progressivas dificuldades em se manter respiração espontânea, houve necessidade de auxílio respiratório através de cânula orotraqueal e respirador artificial. Dois dias depois, como persistissem os sinais de infecção bacteriêmica, uma equipe especializada do Departamento de Radiologia, sob a responsabilidade do professor Álvaro Almeida Magalhães, do Instituto Central do Hospital das Clínicas, realizou uma tomografia computadorizada completada com cintilografia e ultra-sonografia abdominal. Os exames não permitiram a comprovação de novos focos infecciosos, tendo se decidido prosseguir o tratamento clínico a que se submetia o sr. Presidente, com vistas a combater processo infeccioso. A repetição das crises de bacteriemia comprometeu o sistema respiratório do sr. Presidente, tendo ocorrido apreciável infiltração líquida intersticial pulmonar. No dia 9 de abril, pela necessidade da manutenção prolongada da ventilação pulmonar artificial, praticou-se uma traqueostomia sob anestesia local, no intuito de facilitar a limpeza das vias respiratórias e melhorar a função pulmonar, bem como conferir ao paciente maior conforto e mobilidade. No dia 11 de abril, após ter passado 44 horas sem ocorrências febris, o que denotaria a regressão do processo infeccioso, voltou o sr. Presidente a manifestação de infecção. Com os exames cintilográficos e de ultra-sonografia que vinham, sendo processados diariamente, não deram à equipe médica indicações precisas quanto à localização de novos focos infecciosos baseados em critérios clínicos e no conjunto de exames laboratoriais, foi decidida a realização de intervenção cirúrgica no dia 11 de abril para revisão e limpeza da cavidade abdominal.

Foram encontrados e drenados três pequenos abscessos localizados profundamente no abdome. Ao mesmo tempo, procede-se a ampla ressecção dos tecidos infectados da parede abdominal, tendo sido colocada uma prótese de material plástico para proteger a cavidade peritoneal e facilitar a cicatrização da parede. No que concerne às infecções, resumidamente deve ser esclarecido que o paciente, ao chegar a São Paulo, apresentava candidíase do trato digestivo alto, foco pneumônico em regressão e infecção na área da incisão cirúrgica. Nos abscessos encontrados, estavam presentes três tipos de microorganismos: *Interobacter coaqui*, *Aquitinas missis israeli* e *Aquitinus bacillus*, *aquitinus missis* concomitantes. Muito provavelmente, participantes, ao lado de outros fatores, da crise de bacteriemia. A presença dessas bactérias documenta a origem intestinal endógena dos focos intra-abdominais. O permanente apoio bacteriológico e imunológico tem sido considerado eficaz. Deve se ressaltar que a história clínica correspondente à presença de infecção no organismo do sr. Presidente, vem de um período que certamente precede à 1ª. intervenção cirúrgica. Considerando-se que o sr. Presidente era portador de uma infecção anterior, que agudamente se complicou pela formação de abscesso, a primeira operação foi classificada como infectada. Isto marcou o desenvolvimento de novos focos de infecção a despeito de todos cuidados técnicos dispensados pelos cole-

gas de Brasília. Por outro lado, entretanto, além da infecção endógena não se pode afastar a possibilidade do agravamento do processo por superposição de infecção hospitalar, que pode ocorrer em qualquer hospital do Brasil e do Exterior.

É parecer de nossa equipe, que a infecção originária tenha sido agravada pelos seguintes fatores de risco:

\*1a. - Retardo na internação hospitalar do do paciente;

\*2a. - Circunstâncias ligadas à sua idade;

\*3a. - Episódio hemorrágico que contribuiu para debilitar seu organismo.

Em função dos repetidos surtos de bacteriemia e da necessidade de restrição hídrica para recuperação pulmonar, os rins do paciente passaram a sofrer consequências que têm exigido adoção de medidas terapêuticas rigorosas, tais como hemodiálise e ultrafiltração, realizadas pela equipe da nefrologia do Hospital das Clínicas, sob a responsabilidade do professor Marcelo Marcondes. Tem sido necessária a contribuição valiosa de vários departamentos do complexo hospitalar da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, ressaltando-se a atuação dos colegas da Clínica Cirúrgica do Aparelho Digestivo sob nossa chefia, das clínicas de Urologia, de Cirurgia Vasculiar Periférica, de Neurologia, bem como de Cardiologia, Pneumologia, Anestesiologia e de Cuidados Intensivos do Instituto do Coração.

A equipe médica vem trabalhando em tempo integral, juntamente com enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, laboratoristas e psicólogas. Todos agindo de maneira harmônica, em alto nível de dedicação e consciência das elevadas responsabilidades assumidas. Por outro lado, os recursos técnicos do Instituto do Coração do Hospital das Clínicas, equiparáveis ao que existe de mais moderno e sofisticado em todo o mundo, vem sendo acionados pelos responsáveis, dentro dos mais elevados padrões éticos e operacionais. Em tempos relativamente recentes, a Medicina não dispunha de recursos cirúrgicos e terapêuticos para enfrentar com possibilidade de êxito quadros complexos como o que atingiu o presidente Tancredo Neves. Graças aos grandes progressos da Medicina, da terapêutica, dos métodos cirúrgicos e dos equipamentos, o sr. Presidente persiste vivo, embora com quadro grave, que apesar das dificuldades conhecidas, ainda apresenta perspectivas de cura.

Os exames de avaliação clínica permitem afirmar que suas funções neurológicas estão preservadas, podendo-se dizer que nesse sentido não se esperam sequelas, não existem indícios de lesões irreversíveis em quaisquer órgãos. O processo de sedação possibilita que o presidente Tancredo Neves enfrente esses momentos sem sofrer dor. Não se pretende, porém, diminuir a gravidade do momento. Estamos, todos os companheiros de equipe, com apoio da família Tancredo Neves, buscando a difícil mas sempre possível recuperação do paciente. É importante, no entanto, deixar claro à opinião pública, que não podemos esperar resultados rápidos. O que temos pela frente vai possivelmente exigir um período prolongado e delicado de tratamento. É pois, nosso dever persistir obstinadamente, com todo o empenho na busca da plena cura do presidente Tancredo Neves. Muito Obrigado".

Divulgado em 17/04/1985

## ANEXO 2

### CONCLUSÕES DA COMISSÃO DE SINDICÂNCIA DO CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DE SÃO PAULO

"1. Depoimentos de médicos e de familiares, bem como informes da imprensa, indicam que o paciente apresentava, já há alguns meses, sinais e sintomas de doença. Não foram tomadas, por parte do paciente, medidas efetivas para o diagnóstico e tratamento de sua doença;

"2. O diagnóstico anatomo-patológico da doença que acometeu inicialmente o paciente foi de 'leiomioma pediculado do intestino delgado com microabscessos', não tendo ocorrido solicitação, nem dos familiares nem das autoridades, para o fornecimento de laudo em contrário;

"3. Houve, efetivamente, problemas de relacionamento entre os drs. Francisco Pinheiro da Rocha e Henrique Walter Pinotti durante o atendimento prestado ao paciente. A decisão de transferi-lo para São Paulo, não obstante, em face da hemorragia digestiva apresentada em 25.03.85, foi pacífica e consensual, dela participando a família e as equipes médicas de São Paulo e Brasília;

"4. Não pairam dúvidas sobre o atendimento médico, clínico e cirúrgico, efetuado em São Paulo, havendo coerência nos diagnósticos e nas condutas. Tal conclusão é corroborada pela análise do prontuário, pelo laudo necroscópico e pelos depoimentos dos médicos e dos familiares;

"5. O quadro infeccioso que o paciente apresentou foi exaustivamente investigado, corretamente diagnosticado e adequadamente tratado do ponto de vista cirúrgico, imunológico e antibioticoterápico;

"6. Os recurso de terapia intensiva utilizados permitiram que o paciente apresentasse condições de sobrevida, na expectativa de recuperação, uma vez que, até a data de seu óbito, não apresentava sinais de lesões irreversíveis que justificassem a interrupção da conduta adotada;

"7. O dr. Warren Zapol, médico dos EUA, convidado pela equipe que atendia o paciente para opinar sobre o seu tratamento, limitou-se a ratificar as condutas adotadas pelos médicos de São Paulo;

"8. Diante da suspeita de envenenamento levantada pela imprensa e pelo população, a equipe médica de São Paulo colheu 33 amostras de material biológico que, enviadas para análise no Instituto Médico Legal, 'forneceram resultado negativo para agentes tóxicos do grupo dos voláteis, metálicos e orgânico-fixos';

"9. A elaboração dos Boletins Médicos foi de exclusiva responsabilidade dos médicos que os assinavam, não tendo havido interferência dos órgãos de segurança e de informações, nem da família;

"10. O chamado 'Relatório Pinotti', divulgado no dia

17.03.85, em São Paulo, teve objetivo de esclarecimentos ordenado dos fatos médicos relacionados ao paciente, deles não participando fatores políticos ou de segurança. No entanto, dadas a maneira e a ocasião em que se o apresentou, tal relatório foi considerado inoportuno:

"11. A necrópsia, que teve sua realização autorizada pela família do paciente, confirmou todos os diagnósticos feitos em vida e comprovou que o processo infeccioso fora controlado, decorrendo o óbito de insuficiência respiratória, provocada por síndrome de desconforto respiratório do adulto em fase crônica, em combinação com falência cardíocirculatória e insuficiência renal aguda.

"Assim sendo, do ponto de vista do atendimento médico propiciado ao dr. Tancredo de Almeida Neves em São Paulo, a Comissão de Sindicância não detectou elementos que configurassem infringência ao Código Brasileiro de Deontologia Médica e, deste modo, seu parecer, aprovado em reunião plenária do Conselho Regional de Medicina, opinou pelo arquivamento de todo o material coligido na fase de sindicância".

Divulgado em 26/02/1986

## ANEXO 3

### "NOTA À POPULAÇÃO E À CLASSE MÉDICA"

Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal

Nota à população e à classe médica

"Em 24 de abril de 1985, o Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal recebeu do cirurgião Francisco Pinheiro Rocha relatório datado de 02.04.85 sobre a sua atuação médica, na condição de cirurgião, junto ao presidente eleito Tancredo de Almeida Neves, durante o período das intervenções cirúrgicas em Brasília e São Paulo, para apreciação e deliberação deste Conselho.

"A partir da apreciação e de diligências preliminares, tendo por base esse relatório e outros laudos e documentos referentes às condições do ilustre paciente, o plenário do CRM-DF, considerando que o episódio do tratamento do presidente Tancredo Neves despertou suspeitas e acusações, principalmente por leigos em vários órgãos de comunicação social; considerando a importância histórica da apuração detalhada de todos os fatos; considerando as suas atribuições legais, resolveu instaurar sindicância por meio de conselheiros para esse fim designados, visando a apreciação de todos os fatos relativos à doença e ao tratamento do senhor Tancredo de Almeida Neves, durante sua permanência em Brasília.

"Foram então examinados relatórios, boletins, prontuário, laudos; ouviram-se, a termo, declarações e depoimentos de familiares, membros de equipes médicas e hospitalares e pessoas presentes em fases do tratamento. Algumas pessoas convidadas a prestar esclarecimentos não atenderam à convocação ou simplesmente recusaram-se a fazê-lo.

"Apresentado o parecer conclusivo da sindicância, o plenário entendeu presentes elementos que autorizam a sua manifestação ético-disciplinar, decidindo, assim, determinar a instauração do competente procedimento: processo ético profissional.

"1 - o diagnóstico da doença abdominal aguda, com indicação de tratamento cirúrgico de urgência, foi suscitado clinicamente na manhã de avaliação laboratorial e radiológica no início da noite do mesmo dia. A intervenção cirúrgica, só ocorreu na madrugada do dia 15.

"2 - houve retardamento na execução do ato operatório. A responsabilidade médica será definida em processo ético profissional.

"3 - o diagnóstico de divertículo de Meckel foi efetivamente suspeito na primeira cirurgia; também houve suspeita de tratar-se de tumor do intestino delgado, benigno ou maligno.

"4 - o diagnóstico da peça operatória foi de leiomioma pediculado do intestino delgado, com microabscessos na intimidade do tumor.

"5 - a manutenção do diagnóstico de divertículo de Meckel, não confirmado pelo laudo histopatológico, foi de inteira responsabilidade médica. Os responsáveis foram indicados em processo ético profissional.

"6 - a técnica operatória utilizada na primeira cirurgia foi correta, segundo entendimento deste Conselho e da junta médica composta de professores de notório saber, convocada pelos familiares e médicos assistentes.

"7 - no pós-operatório imediato da primeira intervenção cirúrgica, já ocorrera complicação e o quadro clínico nos dias seguintes foi de progressivo agravamento.

"8 - há discordâncias entre médicos que participaram da segunda cirurgia, em relação aos achados cirúrgicos e suas causas que serão apreciadas em processo ético profissional.

"9 - as causas da hemorragia que motivou a transferência do paciente para São Paulo sua relação com as duas primeiras cirurgias e a conduta terapêutica adotada após a segunda cirurgia, serão definidas em processo ético profissional.

"10 - o Hospital apresentou falhas administrativas importantes; as repercussões dessas falhas sobre a evolução do paciente serão avaliadas em processo ético profissional.

"11 - no centro cirúrgico havia dezoito pessoas, número acima do recomendável. Das dezoito pessoas, apenas dez faziam parte da equipe.

"12 - o prontuário médico carece de suficiência, apesar de tratar-se de um paciente especial que emprestava prestígio e importância à instituição e despertava atenção de toda comunidade médica e da população. O dia-a-dia de um paciente grave, com má evolução, que se caracterizou por mudança do quadro clínico a cada momento, não está descrito com os detalhes e a cronologia adequados. Um acervo tão básico quanto importante e, no presente caso, até histórico, teve que ser subsidiado por depoimentos; ainda assim e talvez por isso mesmo, a reconstituição técnica poderá ter sido prejudicada pela memória, pelo subjetivismo, pela versão pessoal e pelos fatos ocorridos após a remoção do paciente para São Paulo.

"13 - não foi possível definir, com clareza, as condutas adotadas, a equipe que cuidava do paciente e a quem estava afeto o seu comando. Essa situação será apurada em processo ético profissional.

"14 - os boletins médicos, ao mesmo tempo em que não refletiam a realidade da evolução clínica e do diagnóstico do paciente, geraram a desconfiança que estimulou o florescimento da informação paralela, oficiosa - que aliás já fora praticada antes mesmo da primeira cirurgia -, e o aparecimento da figura do informante, bem como a prática da entrevista, fatores que contribuíram para que estes informes se transformassem em elementos de confusão e alimentadores de esperanças quase sempre descabidas. Esse fato também será apurado em processo ético profissional.

"15 - o relacionamento de alguns médicos com determinadas autoridades não obedeceu aos preceitos éticos e de independência compatíveis com a boa conduta profissional. Os que adotaram esta atitude foram indiciados em processo ético profissional.

"16 - há indícios de que a relação entre alguns médicos foi de hostilidade e desrespeito aos padrões éticos. Os implicados foram indiciados em processo ético profissional.

"17 - houve por parte de autoridades reconhecido abuso de poder na relação com os médicos e com a instituição.

"18 - a apreciação da conduta dos médicos de São Paulo é de responsabilidade do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

"19 - no Processo ético Profissional poderão ser ouvidos médicos de outros Estados, através dos conselhos regionais, na forma do Código de Processo ético Profissional.

"O Processo ético Profissional tem caráter sigiloso. A divulgação dos nomes dos envolvidos está vedada nesta fase. Isto só ocorrerá em caso de condenação transitada em julgado e nos termos do artigo 22, da lei nº 3.268/57.

"O Processo ético Profissional ora instaurado é o instrumento

legal que se aplica ao presente fato, de acordo com a legislação em vigor (lei nº 3.268/57, decreto nº 44.045 e Código de Processo Ético Profissional, aprovado pela resolução CFM nº 419/69). No curso do Processo Ético Profissional serão asseguradas às partes as condições regulamentares para a confirmação de suas declarações e acusações e para a livre e ampla defesa.

"Por fim, decidiu o Plenário do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal divulgar esta nota, com o objetivo de informar à sociedade as decisões até aqui adotadas.

"Esclarecemos, por oportuno, que o Hospital de Base do Distrito Federal está dotado de recursos humanos, capacitação técnica recursos materiais e experiência adequado ao tratamento da doença que acometeu o Senhor Tancredo de Almeida Neves, bem como ao atendimento geral à população".

Brasília, 26 de fevereiro de 1986.

Francisco Álvaro Barbosa Costa  
Presidente

Conselho Regional de Medicina de Brasília

## ANEXO 4

### MÉDICO CONSIDERA QUE A CRÍTICA É "DESCABIDA"

Da Reportagem Local da Folha de São Paulo

O médico-chefe da equipe que assistiu em São Paulo o presidente Tancredo Neves, Henrique Walter Pinotti, 55, disse ontem, por telefone, às 16h, que considera "descabida" a crítica de "inoportuno" feita pelo Conselho Regional de Medicina, em documento divulgado ontem, ao seu relatório sobre a doença do presidente, datado do dia 17 de abril do ano passado. Neste relatório, levado a público quatro dias antes da morte do presidente, Pinotti afirmou que este ainda apresentava "perspectivas de cura".

Para Pinotti, o CRM "está em contradição consigo mesmo". Esta contradição, a seu ver, estaria no fato de o Conselho reconhecer que do seu relatório de 17 de abril "não participaram fatores políticos ou de segurança", para logo em seguida considerar o documento "inoportuno do ponto de vista político". O documento do CRM, porém, diz somente que o relatório foi "inoportuno", sem especificar se sob o aspecto político ou não.

O médico - que é titular da cadeira de Cirurgia do Aparelho Digestivo da Faculdade de Medicina da USP e chefe de clínica cirúrgica 2 do Hospital da Clínicas - afirmou que o seu relatório "não visou nada em relação à parte política nem visou enviar mensagem a político nenhum". "Estávamos desligados da política, tanto que nem sabíamos que o presidente Sarney viria a São Paulo precisamente naquela data em que divulgamos o nosso relatório. Nosso paciente era o doutor Tancredo, não a política brasileira", disse.

### ROTINA

Hoje, passados dez meses do 'relatório Pinotti', que teve, não obstante o alegado desvinculamento político, fortes repercussões precisamente nessa área, o médico-chefe da equipe que assistiu o presidente diz que o "faria de novo". "Eu o faria, porque é hábito relatar e ordenar os procedimentos clínicos, mais do que isso, é rotina e tradição num trabalho de elevada qualidade, ainda mais em se tratando de um paciente da importância do presidente", disse.

A referência às perspectivas de cura de Tancredo seria também mantida pelo cirurgião. "Qualquer paciente que tem o coração batendo, exceto se tem lesão cerebral ou câncer disseminado, tem perspectivas de cura. Eu já tive pelo menos dez paciente depois do doutor Tancredo que, em condições clínicas semelhantes às dele, se recuperaram", disse.

Em relação ao documento divulgado pelo CRM, Pinotti fez questão de acrescentar que a sugestão de analisar o atendimento dado a Tancredo em São Paulo partiu dele, Pinotti, e foi acolhida pelo órgão.

Folha de São Paulo - 27.02.86

## ANEXO 5

### PINOTTI REINTRODUZ ESPERANÇAS SOBRE SAÚDE DE TANCREDO

Clóvis Rossi

O médico-chefe da equipe que atende o presidente eleito Tancredo Neves, Henrique Walter Pinotti, 55, subiu ontem, finalmente, ao palco do Centro de Convenções Rebouças - o QG da imprensa - para uma mensagem de dez laudas que reintroduz a palavra esperança no caso clínico de seu ilustre paciente ("o Presidente persiste vivo, embora em um quadro grave que, apesar das dificuldades conhecidas, ainda apresenta perspectivas de cura") e contém explosivo conteúdo político.

A palavra de um Pinotti sereno e seguro, iluminado pelos refletores das televisões e pelos flashes dos fotógrafos, muda, semântica mas não praticamente, o quadro traçado a partir de domingo não só pelos próprios boletins oficiais mas, principalmente, pelas informações oficiosas de porta-vozes da Presidência. De fato, já no início da tarde de domingo, o porta-voz da Presidência, Antonio Britto, admitia que o quadro era "praticamente irreversível" e que "se confia mais em um milagre do que em uma solução natural".

Pinotti, além de acenar com "perspectivas de cura" ainda diz que a recuperação do paciente, embora "difícil", é "sempre possível". Mais: o único boletim oficial divulgado ontem (18h20) define o quadro geral como "grave", gradação inferior ao "muito grave" que aparecera nos boletins de domingo, segunda e terça-feiras últimas.

O que teria mudado para justificar essa ponta de esperança? Nada, rigorosamente nada, a não ser o fato de que, primeiro, não houve um agravamento ainda maior na situação do presidente eleito e nem surgiram problemas novos, em segunda lugar. Mas o pulmão continua tão afetado como antes pela infiltração de líquidos nos interstícios, os rins continuam não funcionando e o coração chega perto mas não recupera inteiramente o batimento regular (ver números em reportagem publicada nesta edição).

Mais concretamente, constata um importante assessor do presidente eleito: "Os problemas graves infiltração pulmonar (insuficiência renal, esta geral extremamente debilitado e processo infeccioso ainda não dominado), estão aí e persistem no pé em que estavam no domingo" - exatamente o dia em que Tancredo foi desenganado pelos médicos.

"A única melhora - completa ainda o informante - é que não houve piora", avanço insignificante para justificar uma real mudança de tom na avaliação do estado de saúde do presidente eleito.

Aí é que entra o conteúdo político inescapável da alocução do médico-chefe, mesmo que ele não estivesse em suas intenções. Uma leitura atenta das dez laudas do trabalho do dr. Pinotti permite duas interpretações exatamente opostas:

1 - Ele transmitiu à opinião pública (e, por consequência, à classe política) a impressão de que Tancredo, se viver, o que é reconhecida e infelizmente difícil, demorará muito tempo para poder reasumir e não há, ademais, garantias de que não tenha sofrido lesões irreversíveis, especialmente no aspecto cerebral.

Com isso, as autoridades devem preparar-se para governar efetivamente a chamada "nova República" sem o seu criador.

2- Ele quis avisar que ainda é possível a sobrevivência, o que inevitavelmente conduzirá à manutenção da paralisia político-administrativa que se nota desde o 15 de março.

Qual é a leitura correta? Para credenciada fonte de Presidência, é a primeira. E se apóia numa verdadeira decodificação do texto de Pinotti, especialmente da sua parte final, a única que entra em previsões sobre o futuro. Vejamos:

1 - O médico-chefe reconhece que o quadro é grave, que há dificuldades, que a recuperação, embora possível, é difícil.

2 - Pinotti afirma, textualmente, que "os exames de avaliação clínica permitem afirmar que suas funções neurológicas (as de Tancredo, obviamente) estão preservadas, podendo-se dizer que, neste sentido, não se esperam sequelas". Decodificação literalmente igual à que a Folha publicou ontem e anteontem: o Presidente só pode, por ora, ser submetido a avaliações clínicas que medem exclusivamente reflexos e reações e não a manutenção (ou não) de sua inteligência e raciocínio. Ninguém pode garantir, enquanto o paciente estiver sedado (como está desde sexta-feira), que houve ou não houve dano cerebral irreversível.

3 - O médico-chefe diz, igualmente, que "não existem indícios de lesões irreversíveis em quaisquer órgãos". Mas não diz - e não pode dizer - que não existam lesões. Só não há indícios. Para saber se o rim ainda voltará a funcionar, é preciso tirar o presidente eleito da máquina de diálise que substitui os rins na função de purificação do sangue. Só então se terá certeza.

4 - O penúltimo parágrafo é o que mais se adapta à interpretação de que Pinotti está passando o recado de que Tancredo, se voltar, demora demais para fazê-lo: "é importante, no entanto, deixar claro à opinião pública que não podemos esperar resultados rápidos. O que temos pela frente vai, possivelmente exigir um período prolongado e delicado de tratamento". Mais claro impossível. O que, obviamente, dá margens a que políticos ou mais afoitos ou mais sensíveis à realidade passem a discutir a declaração de vacância da Presidência e a sucessão em termos definitivos.

Convém reiterar que essa análise sobre a leitura política do documento não é do repórter mas de uma qualificada fonte da Presidência. Mais: ela é contestada por outros funcionários - ainda que de escala inferior - da própria Presidência, que preferem agarrar-se na reintrodução da esperança, não só de sobrevivência mas até de recuperação plena. Essa linha de raciocínio vai além e faz uma leitura mista do relatório de Pinotti: o médico estaria aviseando que, se houver recuperação, ela será lenta e que convém governar sem Tancredo mas alerta ao fato de que Tancredo vive. Ou, trocando em questão práticas: nada de mudar, para um lado ou para outro, o pacto político que levou Tancredo à Presidência e nem de alterar o Ministério.

Para se ter uma definição mais precisa, será preciso esperar a reação dos políticos, da própria opinião pública (tendente, mais por fé do que por convicção, a esperar sempre o melhor) e, ainda, conhecer a história do documento que Pinotti ontem à tarde.

Desta, sabe-se pouco. Sabe-se, por exemplo, que os médicos, há tempos, pretendiam transmitir à opinião pública um quadro completo de todo o processo clínico-terapêutico desde a primeira internação de Tancredo. Dessa parte, fica evidente que Pinotti poupou os médicos de Brasília que cuidaram inicialmente, do paciente, afinal responsabilizado, ele próprio, pelo que aconteceu ("deve-se ressaltar que a histó-

ria clínica correspondente à presença de infecção no organismo do senhor Presidente vem de um período que, certamente, precede à primeira intervenção cirúrgica", afirma Pinotti. E, mais adiante, assegura que o agravamento da infecção foi causado pelo "retardo na internação hospitalar do paciente", retardo provocado pela insistência de Tancredo em tomar posse antes de cuidar da saúde (já abalada).

Sabe-se, também, que o documento começou a ser preparado no fim-de-semana e que o trabalho foi interrompido pelas sucessivas crises a partir, especialmente, de domingo. Um assessor da Presidência garante que o trabalho é exclusivamente dos médicos, que só deram ciência dele à família, por elementar dever de cortesia. O filho do presidente eleito, Tancredo Augusto, leu antes e não opôs objecções. O "timing" da divulgação coincidiu com a estabilização do quadro clínico, o que deu tempo a Pinotti para sair do Instituto do Coração e dirigir-se ao Centro Rebouças para leitura, ao lado do professor João Baptista Rezendo Alves.

Mas uma fonte política responsável garante que também o Serviço Nacional de Informações tinha conhecimento do texto que Pinotti leria.

## ANEXO 6

### BOLETINS MÉDICOS

A. "A equipe médica que assiste o Exmo. Sr. Presidente da República, após examiná-lo esta tarde, emitiu as seguintes informações:

1º - As condições clínicas gerais do paciente continuam boas, bem como seu estado psicológico;

2º - As funções cardiovasculares respiratória e renal permanecem normais;

3º - O paciente apresentou atividade intestinal espontânea;

4º - O Sr. Presidente segue cumprindo o programa de exercícios fisioterápicos e respiratórios, já tendo hoje à tarde saído do leito e caminhado um pouco pela sala de recuperação;

5º - Os exames bioquímicos de sangue realizados no período da tarde estão dentro da normalidade;

6º - A infecção registrada na ferida cirúrgica permanece estável.

São Paulo, 28 de março de 1985.

Prof. Dr. Henrique Walter Pinotti, prof. Francisco Pinheiro da Rocha, João Batista Resende e Renault Matos Ribeiro".

B. "A equipe médica que assiste o excelentíssimo senhor presidente da República Tancredo Neves, chefiado pelo professor doutor Henrique Walter Pinotti, titular de cirurgia do aparelho digestivo da Universidade de São Paulo, após os exames feitos nesta tarde, emitiu as seguintes informações:

1º - As condições clínicas gerais e psicológicas do paciente são boas.

2º - As funções respiratórias e renais permanecem normais.

3º - As funções do aparelho digestivo estão dentro da normalidade, a alimentação oral vem sendo introduzida progressivamente e com boa aceitação.

4º - Os exames bioquímicos continuam estáveis.

5º - Observou-se esta tarde discreto aumento das frequências cardíacas e respiratórias, atribuído à elevação de temperatura, provável consequência do processo infeccioso já mencionado em boletins anteriores.

6º - O sr. Presidente tem permanecido a maior parte do tempo fora do leito.

São Paulo, 29 de março de 1985, às 18h30.

Professor dr. Henrique Walter Pinotti, prof. Francisco Pinheiro da Rocha, dr. Renault Mattos Ribeiro e prof. dr. João Baptista Rezende.

## BIBLIOGRAFIA

- BAKHTIN, M. (1929) Marxismo e Filosofia da Linguagem (São Paulo, Hucitec, 1981 2a ed) [trad. de Marksizm: Filossófia Iaziká].
- BENVENISTE, E. (1939) "Natureza do Signo Linguístico". In: Problemas de Linguística Geral (São Paulo: Cia Editora nacional & EDUSP, 1976) [trad. de Probleme de Linguistique Générale] pp 53-59.
- \_\_\_\_\_ (1946) "Estrutura das Relações de Pessoa no Verbo". In: Problemas de Linguística Geral (São Paulo: Cia Editora Nacional & EDUSP 1976) [trad. de Probleme de Linguistique Générale] pp 247-259.
- \_\_\_\_\_ (1959) "As Relações de Tempo no Verbo Francês". In: Problemas de Linguística Geral (São Paulo, Cia Editora Nacional & EDUSP, 1976) [trad. de Probleme de Linguistique Générale] pp 260-276.
- \_\_\_\_\_ (1970) "L'Appareil Formel de L'Enonciation" In: Langages (Paris: Didier Larousse), 17, pp 12-17
- CANGUILHEN, (1943) O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro, Forense, 1978) [trad de Le normal et le Pathologique]
- CLAUREUL, J. (1978) A ordem médica - Poder e Ineficiência do Discurso Médico (São Paulo: Brasiliense, 1983) [trad. de L'ordre Médical]

COHEN, B. et al (1981) Materialités Discursives (Lille: Presses Universitaires)

COUDRY, M.I.H. (1986) Diário de Narciso: Avaliação e Acompanhamento Longitudinal da Linguagem de Sujeitos Afásicos de uma Perspectiva Discursiva (Campinas IEL - UNICAMP: Tese de doutoramento, inédita).

DONNANGELO, M.C.F. (1979) Saúde e Sociedade (São Paulo: Duas Cidades).

DUCROT, O. (1972) Princípios de Semântica Linguística (São Paulo: Cultrix, s/d) [trad de Dire et ne pas dire].

FANTE, J. (1939) Pergunte ao Pó (São Paulo: Brasiliense, 1984) [trad de Ask the Dust].

FILLMORE, ch. J. (1967) "The Case for Case". In: Bach, E & Harms, R.T. (orgs) Universal in Linguistic Theory (New York: Holt, Rinehart & Wilson) pp 1-88.

FOUCAULT, M. (1963) O Nascimento da Clínica (Rio de Janeiro: Forense, 1980) [trad de Naissance de la Clinique: une Archéologie du Regard Medical].

\_\_\_\_\_ (1969) Arqueologia do Saber (Rio de Janeiro: Vozes, 1972) [trad de Archéologie du Savoir].

- \_\_\_\_\_ (1971) L'Ordre du Discours (Paris: Gallimard).
- \_\_\_\_\_ (1974A) "O Nascimento da Medicina Social": conferência realizada no Instituto de Medicina Social da U.E.R.J. In: Microfísica do Poder (Rio de Janeiro, Graal, 1979) pp 79-98.
- \_\_\_\_\_ (1974B) "O Nascimento do Hospital", conferência realizada no Instituto de medicina Social da U.E.R.J. In Microfísica do Poder (Rio de Janeiro, Graal, 1979) pp 99-111.
- \_\_\_\_\_ (1974C) "A Política de Saúde no século XVIII", Conferência realizada no Instituto de Medicina Social da U.E.R.J. In Microfísica do Poder (Rio de Janeiro, Graal, 1979) pp 193-207
- FRANCHI, C. (1975) Hipótese para uma Teoria Funcional da Linguagem (Campinas: UNICAMP, tese de doutoramento, inédita)
- \_\_\_\_\_ (1977) "Linguagem: Atividade Constitutiva" In: Almanaque (São Paulo, Brasiliense), 9. pp 9-27.
- BRANGER, G.G. (1960) "Língua e Sistemas Formais". In: Sumpj et al. Filosofia da Linguagem (Coimbra: Livraria Almedina, 1973) [trad. de Langages (Paris: Didier-Larousse), 21, La Philosophie du Langage] pp 139-171.
- \_\_\_\_\_ (1968) Filosofia do Estilo (São Paulo: Perspectiva & EDUSP, 1974) [trad. de Essai d' une Philosophie du Style].

GRICE, H.P. (1967) "Lógica e Conversação". In: Dascal, M. (org.) Elementos Metodológicos da Linguística, vol. IV, (Campinas, edição do autor, 1982) [Trad. de Logic and Conversation] pp. 81-103.

LAKATOS, I. (1965) "O Falseamento e a Metodologia dos Programas de Pesquisa Científica". In: Lakatos, I. & Musgrave, A. (orgs.) A Crítica e o Desenvolvimento do Conhecimento, (São Paulo: Cultrix & EDUSP, 1979) [Trad. de Criticism and the Growth of Knowledge] pp. 109-243.

LUZ, M.T. (1979) As Instituições Médicas do Brasil - Instituições e Estratégias de Hegemonia. (Rio de Janeiro, Graal).

MAINGUENAU, D. (1976) Initiation aux Méthodes de l'Analyse du Discours (Paris: Hachette).

\_\_\_\_\_ (1981) Approche de l'Énonciation en Linguistique Française (Paris: Hachette).

\_\_\_\_\_ (1984) Genèses du Discours (Paris: Pierre Mardaga).

MORENO, A.R. (1985) Wittgenstein, Essai Introductoire (Rio de Janeiro: Taurus).

ORLANDI, E.P. (1978) "O Discurso Pedagógico, a Circularidade". In: Sé-

rie Estudos, (Uberaba, FISTA, 1978), 5. Republicado in Ô\_Lingua-  
gem\_e\_seu\_Euncionamento (São Paulo, Brasiliense, 1983), pp.  
9-17.

\_\_\_\_\_ (1986) "A Análise do Discurso: Algumas Observações". In:  
D.E.L.I.A., vol. 2, nº 1 (São Paulo, EDUC), pp. 105-126.

\_\_\_\_\_ (1987) "Os falsos da forma". In: Orlandi, E.P. (org.) Escrever  
É Poder (Campinas: Pontes).

OSAKABE, H. (1979) Argumentação\_e\_Discurso\_Político (São Paulo: Kai-  
rós).

\_\_\_\_\_ (1984) "Considerações em Torno do Acesso ao Mundo da Escrita".  
In: Zilberman, R. (org.) Leitura\_em\_Crise\_na\_Escola\_-\_as\_Pers-  
pectiva\_da\_Professora (Porto Alegre: Mercado Aberto).

PÊCHEUX, M. (1969) Analyse\_Automatique\_du\_discours (Paris: Dunod)

POSSENTI, S. (1986) Discurso\_Estilo\_Subjetividade (Campinas: IEL -  
UNICAMP, tese de doutoramento, inédita).

SEARLE, J.R. (1965) "What is Speech Act". In: Searle J.R. The\_Philos-  
ophy\_of\_Language (London: Oxford University Press, 1974) pp.  
39-53.

SOUZA CAMPOS, G.W. (1986) Os\_Médicos\_e\_a\_Política\_da\_Saúde\_entre\_a\_És-

talização e o Emersiciamento a Defesa da Prática Liberal da Medicina (São Paulo: Dep. de Medicina Preventiva da Fac. de Med. de São Paulo, tese de mestrado, inédita).

SOUZA, J.R. (1980) Aspectos Sociolinguísticos na Interação Médico/Paciente (Recife, Centro de Comunicações e Artes/UFPE, dissertação de mestrado).

WITTGENSTEIN, L. (1975) Investigações Filosóficas (São Paulo, Abril, 1975) [Trad. de Philosophische Untersuchungen].

## RELATOS DE CASO ESTUDADOS

- ANDREOLLO, N.A. et. al. (1987) "Megaesôfago Chagásico com Hemorragia", in *Jornal Brasileiro de Medicina*, vol. 52, nº 5, pp. 38-39.
- BARRETO, S.S.M. (1986) "Linfangiolielomiomatose Pulmonar: Resposta Favorável à Progesterona", in: *Jornal de Pneumologia*, vol. 12, nº 4, pp. 229-231.
- BRITO, A.S.J. et.al. (1987) "Quilotórax Espontâneo em Recém-Nascido", in *Jornal de Pediatria*, vol. 62 (1/2), pp. 25-29.
- CONFALONIERI, E.S.B. (1987) "Um Caso de Atendimento Psicológico numa Complicação Pós-Comissurotomia Mitral", in: *Jornal de Psiquiatria*, vol. 36, nº 3, pp. 167-169.
- FERNANDES, Z.M. et. al. (1987) "Nefroma Mesoblástico Congênito", in: *Jornal de Pediatria*, vol. 62 (1/2), pp. 30-33.
- KAPLAN, S. (1977) "Rabdomiossarcoma" in: *Jornal Brasileiro de Medicina*, vol. 34, nº 6.
- MUDEL, J.E. et. al. (1986) "Malacoplasia Vesical", in: *Jornal Brasileiro de Urologia*, vol. 12, nº 1, pp. 30-31.
- ORTIZ, V. et. al. (1986) "Hipertensão Arterial Renovascular na Esteno-

se da Junção Pielouretral", in: Jornal Brasileiro de Urologia, vol. 12, nº 1, pp. 33-34.

PINTO, L.C. et. al. (1987) "Rabdomiossarcoma e Gravidez", in: Jornal Brasileiro de Medicina, vol. 52, nº 5.

SILVA, D.B. (1987) "Laudo Psiquiátrico Procedido em Paciente Portador de Psicose Paranoide-Alucinatorio, Alcoolismo Crônico e Transtornos Explosivos de Personalidade", in: Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 36, nº 1, pp. 5-10.

SILVA, H.M.S. et. al. (1987) "Tratamento de Gravidez Tubária íntegra por Laparoscopia: Apresentação de 4 casos", in: Jornal Brasileiro de Ginecologia, vol. 57, nº 5, pp. 237-239.

VON MUHLEN, C.A. et. al. (1987) "Doença de Behçet e Gravidez", in: Jornal Brasileiro de Ginecologia, vol. 97, nº 5, pp. 241-246.

WRODLOWSKI, E.R. et. al. (1986) "Hipertensão Arterial e Obstrução Uretral por Metástase de Carcinoma Primário de Mama", in: Jornal Brasileiro de Urologia, vol. 12, nº 1, pp. 35-36.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	06
CAPÍTULO I. Possibilidades de Análise de um discurso médico .....	10
1. Questões Preliminares .....	10
2. A noção de tipo discursivo .....	13
3. Alguns exemplos .....	25
4. O discurso enquanto acontecimento .....	33
5. O relatório Pinotti e a instituição médica .....	40
6. A identificação do discurso .....	49
CAPÍTULO II. Discurso Médico e Medicina .....	57
1. As visões de discurso médico .....	57
1.1. Luz: a análise sociológica do discurso médico .....	57
1.2. Foucault: a análise epistemológica da medicina .....	69
1.3. Clavreuil: a leitura psicanalítica da medicina .....	79
1.4. Considerações gerais .....	87
2. As condições de produção de um discurso médico .....	91
CAPÍTULO III. Um discurso hipocrático .....	100
1. O relatório Pinotti: primeira aproximação .....	100
2. O relato de caso: um caso de estilo .....	106
3. Um discurso que se explicita .....	124
4. A soberania do fato clínico .....	129
5. A instituição e o sujeito .....	136

6. A medicina se humaniza .....	146
7. Um discurso fundador .....	151
8. Considerações finais .....	158

CONCLUSÃO .....	162
-----------------	-----

#### ANEXOS

1. Relatório Pinotti .....	166
2. Conclusões da Comissão de Sindicância do Conselho Regional de Medicina de São Paulo .....	169
3. Nota à População e à Classe Médica .....	171
4. Médico Considera que a Crítica é "Descabida" .....	174
5. Pinotti Reintroduz Esperanças Sobre Saúde de Tancredo .....	175
6. Boletins Médicos .....	178

BIBLIOGRAFIA .....	179
--------------------	-----

LISTA DOS RELATOS DE CASO ESTUDADOS .....	185
---	-----